

Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung

**Kurzexpertise im Auftrag der
DAK-Gesundheit**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
Dominik Domhoff, M.A

Oktober 2019

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Universität Bremen
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Mary-Somerville Str. 3
D-28359 Bremen
eMail: rothgang@uni-bremen.de

Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Entwicklung der Eigenanteile.....	4
3	Normative Bewertungsmaßstäbe	6
3.1	Zielsetzungen bei Einführung der Pflegeversicherung	6
3.2	Sozialstaatliche Prinzipien	8
4	Reformoptionen	8
4.1	Optionen zur Begrenzung der Eigenanteile.....	8
4.2	Optionen zur Begrenzung der Beitragssatzanstiege	9
5	Szenarien der Modellrechnung	10
5.1	Grundannahmen für alle Modellrechnungen.....	11
5.2	Untersuchte Szenarien	12
6	Methodik.....	15
7	Ergebnisse der Modellrechnungen	16
8	Zusammenfassung und abschließende Bewertung	21
9	Literatur.....	23

1 Einleitung

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde im Jahre 1995 nach einer 20-jährigen Diskussion und Vorbereitung sozialstaatlich anerkannt, dass Pflegebedürftigkeit und ihre finanziellen sowie sozialen Folgen zu einem allgemeinen Lebensrisiko geworden waren. Die wachsende Zahl hochaltriger Personen führte in Kombination mit sich verändernder Familienstrukturen und schon damals steigenden Pflegekosten dazu, dass eine immer größere Anzahl von Personen in Folge von Pflegebedürftigkeit auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen war. Dass aber Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben nicht vor pflegebedingter Armut geschützt waren, sondern regelmäßig zum Sozialhilfebezug gezwungen waren, wurde als eines modernen Sozialstaates unwürdig kritisiert (Pabst & Rothgang 2000; Götze & Rothgang 2014). Das selbstgesetzte Ziel, das hieran anschließend durch die Einführung der Pflegeversicherung erreicht werden sollte, war dementsprechend, durch die Leistungen eines neuen Sozialversicherungszweiges die Sozialhilfeabhängigkeit der Pflegebedürftigen (deutlich) zu reduzieren und damit eine weitgehende *Lebensstandardsicherung* bei Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurde jedoch eine Reihe von Entscheidungen getroffen, die – zumindest aus heutiger Sicht – einer nachhaltigen Finanzierung und damit einer zukunftsfesten Wirksamkeit im Wege stehen (Rothgang 2015a; Rothgang & Jacobs 2013; Rothgang 2015b; Rothgang & Kalwitzki 2015).

Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung erfolgte 1995 als *Teilleistungssystem*, bei dem sowohl die Kosten ambulanter als auch stationärer Versorgung nur bis zu einer begrenzten Leistungshöhe durch die Pflegeversicherung übernommen werden, darüber hinaus gehende Kosten aber als private Zuzahlungen übernommen werden müssen. Obwohl also in weiten Teilen das Krankenversicherungssystem dupliziert wurde (Rothgang 2015a), wurde in Bezug auf die Leistungsstruktur eine andere Entscheidung getroffen: Im Gegensatz zur Krankenversicherung, die bedarfsdeckende Leistungen zur Verfügung stellt und bei der der Beitragssatz angepasst werden muss, um die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, wurden die Pflegeversicherungsleistungen als Pauschalen (oder gedeckelte Leistungen) ausgestaltet. Zusammen mit einer strikten Kontrolle des Leistungszugangs durch den MDK wurde es so möglich, den Beitragssatz zu fixieren. Die Pflegeversicherung folgt so implizit dem Budget- und nicht dem Bedarfsprinzip (Rothgang 1996). Damit wird das Risiko aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu verarmen, für die Pflegebedürftigen zwar gemindert, nicht aber systematisch aufgehoben. Bei den gegebenen Leistungshöhen besteht – unabhängig vom Versorgungssetting nämlich auch unter Einbezug der Leistungen der Pflegeversicherung regelmäßig ein Risiko, durch die Höhe der erforderlichen (monatlichen) Eigenanteilszahlungen und/oder die Dauer der Eigenanteilszahlungen das eigene Vermögen aufzuzehren und dann auf Sozialhilfeleistungen angewiesen zu sein.

Diese Ausgestaltung erfolgte 1995 im Wesentlichen aus zwei Gründen: Erstens sollte Pflegebereitschaft der Angehörigen finanziell belohnt (Pflegegeld) und gefördert (Eigenanteile bei Heimpflege) werden. Zweitens sollte dies unter einer hohen Kostenkontrolle erfolgen, die bei einem ex-ante ausgehandelten somit gesetzten Beitragssatz, keine Orientierung der Leistungshöhen an den Bedarfen erlaubte, sondern nur ein pauschaliertes Teilleistungssystem zuließ. Zwar waren die Leistungshöhen im stationären Sektor zunächst ausreichend, um die durchschnittlichen Pflegesätze in der Heimpflege zu finanzieren, fielen dann aber aufgrund fehlender Dynamisierung der Leistungssätze immer weiter hinter die Pflegesätze zurück. Heute sind die Eigenanteile der Pflegebedürftigen im Heimsektor höher als jemals zuvor und übersteigen das Einkommen eines durchschnittlichen Rentners.

2 Entwicklung der Eigenanteile

Zwar ist eine ausreichende Leistungshöhe grundsätzlich auch in einem Teilleistungssystem mit pauschalieren bzw. gedeckelten Leistungen möglich, allerdings nur wenn diese Leistungen bedarfsdeckend bemessen und dann regelmäßig angehoben werden. Dies ist in der Pflegeversicherung *nicht* der Fall. Wie Tabelle 1 zeigt, beliefen sich die monatlichen durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Quartal 2019 bereits auf – bundesweit – 1.874 Euro. Dabei entfielen 662 Euro auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der den Teil der pflegebedingten Aufwendungen angibt, den die Pflegebedürftigen selbst finanzieren müssen, 800 Euro auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie 412 Euro auf den nicht öffentlich geförderten Teil der Investitionskosten, der gesondert in Rechnung gestellt wird. Die Durchschnittswerte unterscheiden sich zwischen den Ländern erheblich – und zwar bei allen drei Komponenten und in deren Summe. So beträgt dieser insgesamt vom Pflegebedürftigen aufzubringende Eigenanteil in NRW durchschnittlich bereits mehr als 2.500 Euro, während er in Sachsen nicht einmal halb so hoch ist (1.203 Euro). Inzwischen sind die Eigenanteile weiter gestiegen und belaufen sich aktuell – gemäß einer Auswertung von rund 11.000 Einrichtungen auf Basis von PKV-Daten auf 1.930 Euro ([Spiegel-Online vom 24.9.2019](#)).

Tabelle 1: Von Pflegebedürftigen zu tragende Teile der Heimvergütung pro Monat, 1. Quartal 2019

	EEE	U&V	IK	EEE + U&V	EEE + U&V + IK
Baden-Württemberg	925	730	339	1.655	1.994
Bayern	849	652	367	1.501	1.868
Berlin	895	590	372	1.485	1.857
Brandenburg	599	605	331	1.204	1.535
Bremen	459	742	519	1.201	1.720
Hamburg	657	778	517	1.435	1.952
Hessen	635	652	488	1.287	1.775
Mecklenburg-Vorpommern	418	707	306	1.125	1.431
Niedersachsen	461	583	420	1.044	1.464
Nordrhein-Westfalen	731	1.261	524	1.992	2.516
Rheinland-Pfalz	696	845	413	1.541	1.954
Saarland	872	861	506	1.733	2.239
Sachsen	340	551	312	891	1.203
Sachsen Anhalt	409	558	289	967	1.256
Schleswig-Holstein	411	856	490	1.267	1.757
Thüringen	274	691	256	965	1.221
Bund	662	800	412	1.462	1.874

Legende:

EEE = *Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegekosten)*

U & V = *Unterkunft und Verpflegung*

IK = *(gesondert in Rechnung gestellte) Investitionskosten*

Quelle: Rothgang et al. 2019a, basierend auf Daten von rd. 11.200 vollstationären Pflegeeinrichtungen freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek.

Die Eigenanteile waren nicht immer so hoch, vielmehr haben sie sich im Zeitverlauf kontinuierlich erhöht (Tabelle 2). Neben den durchschnittlichen Pflegevergütungen enthält Tabelle 2 auch die Eigenan-

teile, die sich nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen gemäß § 43 SGB XI ergeben. Diese Eigenanteile haben seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2015 in Pflegestufe I und II kontinuierlich zugenommen, da zwar die Pflegevergütungen gestiegen, die Leistungen der Pflegeversicherung aber konstant geblieben sind und nicht angepasst wurden. In der Pflegestufe III wurden die Leistungen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile von 2009 bis 2011 sogar gesunken sind und die Wachstumsrate der Steigerung in dieser Stufe insgesamt geringer ist. Werden die Eigenanteile der jeweiligen Pflegestufe mit den bundesweiten Belegungsanteilen gewichtet, ergibt sich der durchschnittliche Eigenanteil. Tabelle 2 zeigt, dass sich der durchschnittliche Eigenanteil von 1999 mit 277 Euro bis 2015 mit 602 Euro mehr als verdoppelt hat. Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert 2017 zwar in geringem Umfang zurückgegangen, danach aber wieder kontinuierlich weiter angestiegen und liegt heute wieder deutlich über dem Wert vor Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahre 2017 (Tabelle 1).

Tabelle 2: Monatlicher Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an der Pflegevergütung			Belegungsanteile in %			Durchschnittlicher Eigenanteil
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32 %	45 %	23 %	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33 %	45 %	22 %	316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34 %	45 %	21 %	394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35 %	44 %	21 %	422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36 %	43 %	21 %	449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38 %	42 %	20 %	502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39 %	41 %	20 %	507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39 %	41 %	20 %	560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40 %	40 %	20 %	602
2017										587

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009–2015; Angaben für das Jahr 2017: Rothgang et al. 2017: 29, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mai 2017, zur Verfügung gestellt vom vdek.

Für die Zukunft ist mit weiteren erheblichen und bezogen auf die einzelnen Einrichtungen zudem sprunghaften Steigerungen der pflegebedingten Aufwendungen und damit auch der EEE zu rechnen. Ursache hierfür ist der Pflegenotstand, der dazu führt, dass – nach Angaben des Bundesgesundheitsministers (Jens Spahn im [heute journal vom 22.09.2019](#)) – derzeit bereits 80.000 Pflegestellen nicht besetzt werden können. Um diesem Pflegenotstand zu begegnen, muss der Pflegeberuf attraktiver werden. Hierzu wurde in den am 4. Juni dieses Jahres veröffentlichten Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) bereits ein umfassender Maßnahmenkatalog entwickelt und beschlossen (BMG 2019b). Für die Pflegekosten von besonderer Bedeutung sind dabei zwei Maßnahmenbereiche. Zum einen wurde die gemeinsame Selbstverwaltung bereits im Zweiten Pflegestärkungsgesetz aufgefördert, bis zum 30. Juni 2020 ein bundesweit einsetzbares Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Die Entwicklung konnte im Sommer 2019 abgeschlossen werden (vgl. Rothgang et al. 2019b), und die Erprobung hat bereits begonnen. Die konzertierte Aktion hat beschlossen, mit der Umsetzung des Verfahrens nach Abschluss der Erprobung zügig zu beginnen. Werden auf Basis dieses Personalbemessungsverfahrens mehr Pflegekräfte beschäftigt, steigen, die Pflegekosten. Eine stufen-

weise Einführung lässt erwarten, dass sich dieser Prozess über einige Jahre hinziehen wird. Zum anderen wird in den Beschlüssen der Konzertierte Aktion eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte gefordert. Am Jahresende 2017 lagen die monatlichen Bruttoentgelte für Fach- und Assistenzkräfte in Pflegeheimen um durchschnittlich 593 (Fachkräfte) bzw. 558 Euro (Assistenzkräfte) und damit um 18 % bzw. 22 % hinter denen für entsprechende Kräfte im Krankenhaus (IAB 2018: 4). Da in drei Jahren die ersten generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte auf den Arbeitsmarkt treten werden, die dann ohne Beschränkung durch ihren Abschluss entscheiden können, in welchem Sektor sie arbeiten wollen, ist es notwendig, die Entlohnung im Langzeitpflegesektor bis dahin zumindest an die im Krankenhaussektor anzugleichen. Allein die Mehrausgaben aufgrund flächendeckender Tarifverträge in der Altenpflege werden von Tisch et al. (2019: 8) in einem Gutachten für die KAP je nach Ausgestaltung mit 1,6 bis 5,2 Mrd. Euro beziffert.

In der derzeitigen Finanzierungssystematik werden die damit verbundenen Kostensteigerungen aber vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet sind. Einen Hinweis auf die quantitativen Auswirkungen der grundsätzlich zu begrüßenden Lohn- und Gehaltssteigerungen auf die individuellen Eigenanteile geben aktuelle Fälle, in denen Einrichtungen bzw. ganze Trägergruppen auf Tarifbindung umsteigen. In den stationären Einrichtungen dieser Träger erhöhten sich die Eigenanteile durch den Umstieg auf eine tarifliche Vergütung sprunghaft um monatlich zusätzlich mehrere Hundert Euro – und das ohne eine systematische Verbesserung des Leistungsgeschehens mit sich zu bringen.¹

3 Normative Bewertungsmaßstäbe

Die Bewertung dieser aktuellen und für die Zukunft zu erwartenden Entwicklungen ist nur auf Basis *normativ gesetzter Maßstäbe* möglich. Als solche bieten sich zum einen die Überlegungen an, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt haben (Abschnitt 3.1) und damit die Ziele der Pflegeversicherung widerspiegeln, und zum anderen allgemeine sozialstaatliche Prinzipien (Abschnitt 3.2).

3.1 Zielsetzungen bei Einführung der Pflegeversicherung

Als das Kuratorium Deutsche Altershilfe das Thema der fehlenden sozialstaatlichen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit bereits 1974 durch ein Gutachten auf die politische Agenda setzte, wurde dies damit begründet, dass es gelte, die *pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit* zu beenden (KDA 1974). Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (Pabst/Rothgang 2000; Götze/Rothgang 2014). Entsprechend wurde im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung als Ziel der im Jahr 1995 eingeführten Pflegeversicherung formuliert: „Die Pflegeversicherung soll ... bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (PflegeVG-E, S. 2).

¹ Vgl. z.B. <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Pflegeheime-erhoehen-Kosten-um-Hunderte-Euro,pflegekosten106.html>;
<https://www.sovd-sh.de/2019/03/14/pflege-irrsinn-kosten-fuer-eigenanteil-gehen-durch-die-decke/>;
<https://www.spiegel.de/spiegel/pflege-warum-jetzt-die-kosten-fuer-pflegeheime-explodieren-a-1203011.html>.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen. Die in § 82 SGB XI normierte Aufteilung der Heimentgelte in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und gesondert in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen, soweit sie nicht nach Landesrecht gefördert sind, geht auf den sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 zurück. Nach diesem Vorschlag sollten die Kassen die pflegebedingten Aufwendungen finanzieren, die Pflegebedürftigen die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung übernehmen und die Kommunen die sonstigen Kosten tragen, womit implizit die Investitionskosten (IK) gemeint waren (AWO 1976). Vorgesehen war dabei also, dass die *gesamten pflegebedingten Aufwendungen* von der Kasse finanziert werden sollten. Entsprechend wurde im Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) festgelegt, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U&V) von Pflegebedürftigen zu tragen sind. Gleichzeitig wird in der Gesetzesbegründung zum PflegeVG konstatiert: „Die Pflegekasse [...] trägt [...] den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind (PflegeVG-E, S. 115). Dass die Versicherungsleistungen die gesamten durchschnittlichen Pflegevergütungen im Pflegeheim abdecken sollten, zeigt sich auch am Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze bei Einführung der Pflegeversicherung. Da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erstmals 1999 erhoben wurde, liegen für die Zeit zuvor keine entsprechenden Werte vor. Tabelle 3 weist daher hilfsweise die Entwicklung im Rheinland aus. Das Rheinland hat dabei traditionell höhere Pflegesätze als der andere Landesteil, Westfalen-Lippe, und NRW insgesamt höhere Pflegesätze als der Bundesdurchschnitt (Augurzky et al. 2008a und 2008b). Die Pflegesätze im Rheinland dürften daher deutlich über den bundesdurchschnittlichen Sätzen liegen.

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

Jahr	Pflegevergütung (Pflegesätze)			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile in %			Durchschnittlicher Eigenanteil
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
Rheinland 1996	906	1.268	1.903	-117	-10	471	30 %	46 %	25 %	77
Rheinland 1998	976	1.363	2.037	-47	85	605	30 %	46 %	25 %	174
NRW 1999	1.156	1.582	2.281	133	303	850	30 %	46 %	25 %	388
Bund 1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32 %	45 %	23 %	277

Anmerkung: Die 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden auch für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 zugrunde gelegt. Die Werte für 1996 beziehen sich auf den 30. Juni, die für 1998 auf den 1. Januar und die für 1999 auf den 15. Dezember.

Quelle: Roth/Rothgang 1999; Statistisches Bundesamt 2002: 13.

Erkennbar ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 selbst im Rheinland ausgereicht haben, die durchschnittlichen Pflegevergütungen in Pflegestufe I und II abzudecken und der durchschnittliche Eigenanteil, der wiederum als nach Belegungsanteilen gewichteter Mittelwert berechnet wird, mit 77 Euro pro Monat noch nahe Null war. Zwei Jahre später lag der durchschnittliche Eigenanteil dann schon um 100 Euro höher. Die erste Erhebung der Pflegestatistik im Dezember 1999 weist dann für NRW schon einen Betrag aus, der um gut 200 Euro über dem ein Jahr zuvor gemessenen Wert für den „teureren“ Landesteil Rheinland liegt, und der Vergleich zum Bund für 1999 bestätigt noch einmal, dass NRW deutlich überdurchschnittliche Werte aufweist (Tabelle 3). Bundesweit dürften die

Pflegeversicherungsleistungen 1996 somit tatsächlich ausgereicht haben, um die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren.

3.2 Sozialstaatliche Prinzipien

In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung wird Deutschland als Prototyp eines *konservativen Wohlfahrtsstaats* angesehen und vom liberalen ebenso wie vom sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat abgegrenzt (Esping-Andersen 1990). Während liberale Wohlfahrtsstaaten lediglich der Existenzsicherung verpflichtet sind und sozialdemokratische Staaten Sozialleistungen als Bürgerrecht ausgestalten, wird der Anspruch auf Sozialleistungen jenseits einer Grundsicherung im konservativen Wohlfahrtsstaat durch Vorleistungen, insbesondere durch Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung, erworben. Diese Leistungen gehen aber dann über eine existenzsichernde Mindestsicherung hinaus und sollen den erreichten Lebensstandard gegen die Wechselfälle des Lebens sichern (Leitbild der Lebensstandardsicherung). Dadurch werden positive Arbeitsanreize gesetzt und wird soziale Sicherheit für risikoaverse Individuen geschaffen. Durch Rentenversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung werden entsprechend die Risiken Alter, Erwerbsunfähigkeit und Krankheit so abgesichert, dass das Eintreten eines solchen sozialen Tatbestandes nicht zu einem sozialen Abstieg führt. Um dies auch für das Pflegerisiko zu gewährleisten, wurde die Einführung der Pflegeversicherung gefordert und schließlich umgesetzt. Effektiv in Bezug auf dieses Kriterium ist die Pflegeversicherung aber nur, insofern es ihr gelingt, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Regelfall zu vermeiden. Dies bezieht sich nicht nur auf die Höhe der durchschnittlichen, bei Pflegebedürftigkeit in jedem Monat selbst zu tragenden Kosten, sondern auch auf das Risiko sehr hoher Gesamtkosten im Lebensverlauf, die durch ein hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einer langen Dauer von Pflegebedürftigkeit entstehen können. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher auch daran zu messen, wie sie mit diesen Risiken umgeht.

4 Reformoptionen

Werden die bereits in der KAP beschlossenen Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflege, insbesondere die Erhöhung der Personaleinsatzmengen in der stationären Pflege und die Steigerung der Entgelte, aber unter den aktuell geltenden Mechanismen der Pflegeversicherung umgesetzt, wird es zu einem erheblichen Anstieg der Eigenanteile kommen, der zu einem steigenden Anteil von Sozialhilfeempfängern an den Heimbewohnern führen und damit die Intentionen der Pflegeversicherung konterkarieren wird. Dies zu verhindern, ist ein ausdrückliches Ziel der KAP (BMG 2019b: 171 f.). Reformen müssen daher zunächst die Eigenanteile für Pflegebedürftige begrenzen (Abschnitt 4.1) und dann festlegen, wer diese Kosten stattdessen tragen soll (Abschnitt 4.2).

4.1 Optionen zur Begrenzung der Eigenanteile

Eine Begrenzung der Eigenanteile kann zunächst durch eine *Anpassung der Leistungshöhen* der Pflegeversicherung erfolgen. Im Heimbereich wären hier die Leistungsbeträge des § 43 SGB XI anzupassen. Hierzu ist die geltende Regel des § 30 SGB XI aber ungeeignet. Dort wird lediglich festgelegt, dass alle drei Jahre „geprüft“ wird, ob die Leistungshöhen angepasst werden. Diese retrospektive Anpassung in einem derartig langen Zeitraum, ist nicht geeignet, die derzeitige Dynamik der Pflegesatzsteigerungen aufzufangen. Zudem werden in dieser Norm zwei Begrenzungen eingeführt: die allge-

meine Preissteigerungsrate und die Lohnsteigerungsrate. Wegen der zu erwartenden außergewöhnlichen Steigerung der Entlohnung im Pflegebereich und der Steigerung des Personaleinsatzes (s.o.) ist für Pflegesätze aber mit deutlich höheren Steigerungsraten zu rechnen. Selbst eine Neufassung des § 30 SGB XI, die kürzere Anpassungszeiträume vorsieht und als Orientierungswert auf die Steigerung der Pflegesätze abstellt, ist letztlich aber ungeeignet, weil sich die Steigerung der Pflegesätze von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich und zudem häufig sprunghaft vollzieht, so dass Pflegebewohnern in Einrichtungen mit sprunghaftem Anstieg des Pflegesatzes mit einem kontinuierlichen Anstieg der Leistungssätze der Pflegeversicherung nicht gedient wäre. Sprunghafte Anstiege erfolgen derzeit regelmäßig dann, wenn Pflegeeinrichtungen durch den Umstieg auf ein tarifliches oder tarifangelehntes Lohngerüst die Pflegekosten zu einem Stichtag um üblicherweise rund 500 Euro pro Monat erhöhen – und diese Kosten ohne entsprechende Veränderung der Leistungen der Pflegeversicherung vollständig von den Pflegebedürftigen getragen werden müssen. In diesen Fällen ist eine Nachsteuerung durch Anhebung der (bundeseinheitlichen) Leistungssätze schlicht nicht möglich.

Zielgerichtet ist dagegen die Umsetzung eines *Sockel-Spitze-Tauschs*, bei dem die Pflegebedürftigen auch weiterhin an den pflegebedingten Kosten im Pflegeheim beteiligt werden können, allerdings nur durch einen monatlichen Sockelbetrag, der über Zeit real konstant gehalten wird, also lediglich inflationsindexiert steigt, während alle darüber liegenden bedarfsnotwendigen Pflegeaufwendungen von der Pflegeversicherung getragen werden. Maßnahmen zur Qualitätssteigerung in der Pflege und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes würden dann nicht mehr von den Pflegebedürftigen getragen, sondern von der viel größeren Gruppe der Pflegeversicherten (Rothgang / Kalwitzki 2018). Ein solcher Sockel-Spitze-Tausch würde bei bundeseinheitlichem Sockel zudem die regionalen Unterschiede in den Eigenanteilen (vgl. Tabelle 1) abbauen, die in einem bundesweiten Sozialversicherungssystem mit bundeseinheitlichen Beitragsregelungen, bundeseinheitlichem Leistungsrecht und bundeseinheitlichen Begutachtungskriterien normativ nur schwer zu begründen sind.

Die Umsetzung des Sockel-Spitze-Tauschs führt – ceteris paribus – aber dazu, dass die zu erwartenden Mehrausgaben der Pflegeversicherung durch Personalkostensteigerungen bei festgeschriebenen Eigenanteilen und durch die zukünftige Fallzahlentwicklung ausschließlich durch Beitragssatzsteigerungen aufgefangen werden. Soll dies vermieden werden, müssen Maßnahmen zur Reduktion dieses – allein schon aus demographischen Gründen unvermeidlichen – Beitragssatzanstiegs diskutiert werden.

4.2 Optionen zur Begrenzung der Beitragssatzanstiege

Selbst ohne eine Personalmehrung in der Heimpflege und bei Anstiegen der Lohnkosten lediglich im gleichen Umfang wie in der restlichen Wirtschaft – was beides unrealistisch ist –, steigt der Beitragssatz in der Sozialen Pflegeversicherung nach aktuellen Berechnungen durch die demographisch bedingte Steigerung der Leistungsfälle bis 2045 auf 4,22 Beitragssatzpunkte (Rothgang & Domhoff 2019: 67). Werden die notwendigen Ausgabensteigerungen für mehr und besser bezahltes Pflegepersonal zusätzlich berücksichtigt, und diese von den Versicherten und nicht von den Pflegebedürftigen aufgebracht, steigt der Beitragssatz auf über 6 Beitragssatzpunkte. Um dies zu verhindern bestehen mehrere Optionen.

Erstens können Finanzierungslasten aus der Sozialen Pflegeversicherung in der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verschoben werden. Sinnvoll erscheint das vor allem in Bezug auf die *medizinische Behandlungspflege* in Pflegeheimen, die aus systematischen Gründen und in Bezug auf die von der

derzeitigen Situation ausgehenden Fehlanreize besser in der GKV angesiedelt wäre (Rothgang & Kalwitzki 2017; Hoberg et al. 2013). Hieraus würde eine Beitragssatzreduktion von etwa 0,2 Beitragssatzpunkten in der Sozialen Pflegeversicherung resultieren, aber auch entsprechende Mehrausgaben in der Krankenversicherung.

Eine *Pflegebürgerversicherung* würde die Ungerechtigkeiten in der Finanzierung der Pflegelasten korrigieren, die derzeit daraus resultieren, dass sich in der Privaten Pflegeversicherung die besseren Risiken versammeln und in der Sozialen Pflegeversicherung die schlechteren. Die Risikoselektion ist dabei so ausgeprägt, dass der Beitragssatz für eine Sozialversicherung nach den Regeln der SPV für die Privatversicherung mit einem Beitragssatz auskäme, der nur ein Viertel des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes ausmacht, der derzeit in der SPV benötigt wird (Rothgang & Domhoff 2019; Greß et al. 2019). Eine Pflegebürgerversicherung würde den Beitragssatz bei sofortiger Einführung um rund einen halben Beitragssatzpunkt reduzieren (Rothgang & Domhoff 2019: 66).

Schließlich könnte eine Beitragssatzsteigerung durch einen *steuerfinanzierten Beitragszuschuss* abgemildert werden wie er bereits in der Kranken- und in der Rentenversicherung besteht. Die Bundeszuschüsse zu den genannten Sozialversicherungssystemen werden jeweils damit begründet, dass die Versicherung auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernimmt, die versicherungsfremd seien. Ähnlich ist auch für die SPV argumentiert worden, dass etwa die Beitragszahlung für pflegende Angehörige an die gesetzliche Rentenversicherung „versicherungsfremd“ sei. Tatsächlich soll die Pflegeversicherung „mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“ (§ 3 Satz 1 SGB XI), und die Leistungen, die seit Einführung der Pflegeversicherung insbesondere darauf abzielen, sind das Pflegegeld und die Beitragszahlungen zur sozialen Sicherheit der informellen Pflegepersonen. Diese sind daher zwar kaum als „versicherungsfremd“ zu bezeichnen. Allerdings konstatiert § 8 SGB XI ausdrücklich: „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ Daran anknüpfend erscheint durchaus dem Geist des SGB XI zu entsprechen, wenn etwa die Anteile der pflegerischen Versorgung, die von Familien und Nachbarn erbracht werden, durch steuerfinanzierte Leistungen (insbesondere Pflegegeld und Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) gefördert werden. Eine solche Steuerfinanzierung für bestimmte Leistungsarten würde auch die Beliebigkeit eines Bundeszuschusses deutlich einschränken, da dieser ansonsten zur Finanzierung nach Kassenlage zu verkommen droht. Die Höhe des steuerfinanzierten Anteils kann dabei politisch bestimmt werden. Im Folgenden wird modelliert, das bisher direkt aus Beitragseinnahmen der Sozialversicherung finanzierte Pflegegeld durch Steuereinnahmen zu finanzieren. Hierzu werden Steuermittel vorgesehen, die erstmals 2024 in einem Umfang von 10 % der zu erwartenden Leistungsausgaben der Pflegeversicherung einfließen und deren Niveau dann linear auf 25 % der Leistungsausgaben im Jahr 2045 steigt. Damit bleibt das Pflegegeld integraler Bestandteil der Pflegeversicherung, wird aber aus Steuermitteln finanziert. Dieser Anteilswert von einem Viertel der Gesamtleistungsausgaben liegt dabei noch unterhalb des Wertes von dem Drittel der Leistungsausgaben, das derzeit für Pflegegeld und Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aufgewendet wird.

5 Szenarien der Modellrechnung

Nachfolgend werden die Entwicklung des zur Bedarfsdeckung notwendigen *Beitragssatzes* und der Eigenanteile für die Pflegeleistungen bei vollstationärer Pflege sowie – soweit dies vorgesehen ist – der

Steuerfinanzierung bis ins Jahr 2045 vorausberechnet. Dazu werden einige Grundannahmen getroffen (Abschnitt 5.1) und die Szenarien definiert, die dann berechnet werden (Abschnitt 5.2).

5.1 Grundannahmen für alle Modellrechnungen

Endpunkte der nachstehenden Berechnungen sind

- a) die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile in der vollstationären Pflege,
- b) die Beitragssatzentwicklung und
- c) die Höhe der Steuerzuschüsse.

Zur Berechnung dieser Endpunkte werden szenarienübergreifend empirische Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten differenziert nach Beitragszahlergruppen, zur demographischen Struktur und zu den Pflegeprävalenzen sowie zum Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger und den Durchschnittskosten für die einzelnen Leistungsarten benötigt.

Annahmen zur Ausgabenseite

Zur Bestimmung der Gesamtausgaben, die auf die drei Kostenträgergruppen zu verteilen sind, wurde die Entwicklung der Bevölkerung entsprechend der 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2017–2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1-L1-W1) verwendet (Statistisches Bundesamt 2019). Auf diese Bevölkerungsstruktur werden über Zeit konstante

- Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad sowie
- Inanspruchnahmequoten einzelner Leistungen und deren durchschnittliche Höhe

angewendet. Als Datengrundlagen hierfür wurden die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Angaben der Kassenstatistiken zur Zahl der Versicherten in der SPV nach Alter und Geschlecht (BMG 2019e), zur Prävalenz der Pflegegrade nach Alter und Geschlecht in der SPV (BMG 2019c), zu den Leistungsempfängern in der SPV nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungsart (BMG 2019d) und zur Finanzentwicklung der SPV (BMG 2019a) verwendet.

Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung wurden darüber hinaus mit einer lohnindexierten Dynamisierung über Zeit fortgeschrieben, die eine jährliche Reallohnsteigerung von 1 Prozent in die Ausgabenberechnung einbezieht. Damit weicht die Modellrechnung bewusst von der derzeitigen Regelung des § 30 SGB XI ab, die die Leistungsdynamisierung auf die Inflationsrate begrenzt. Bei zu erwartenden Reallohnsteigerungen ist der Fortbestand der derzeitigen Regelungen des § 30 SGB XI aber unrealistisch, da er zu kontinuierlichem Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen führt.

Annahmen zur Einnahmenseite

Grundlage für die Berechnung der *durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen* ist die *Zahl der Beitragszahler* in den einzelnen Beitragszahlergruppen. Sie wird über öffentliche Statistiken vorausberechnet, da diese Informationen auf einer Vollerhebung beruhen und damit der Stichprobe des SOEP, die für die Einkommenshöhen verwendet wird (s. u.), überlegen sind. Einbezogen wurde zur Fortschreibung der Bevölkerungszahlen wiederum die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2017–2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1-L1-W1) (Statistisches Bundesamt 2019). Um darauf basierend die Anzahl der Erwerbstätigen abzuleiten, wurden die Potenzialerwerbsquoten bis 2045 nach Alter und Geschlecht des IAB genutzt (Fuchs et al. 2017). Zusätzlich wurden die Informationen der Bundesagentur für Arbeit (BA 2018)

zur Bestimmung der Anteile von Arbeitslosen und Berufstätigen im Jahr 2017 herangezogen. Zur Ermittlung der Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2017 wurde dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2018) gefolgt.

Zur Nachbildung der im Jahr 2017 gültigen Regelungen zur Beitragsbemessungen in der SPV werden im SOEP zunächst die Personengruppen abgegrenzt, für die in der Sozialen Pflegeversicherung jeweils spezifische Regelung zur Beitragsbemessung/-zahlung gelten. Jede Person wird einem dieser Personenkreise eindeutig zugeordnet und verbleibt über alle Modellvarianten in diesem Personenkreis. Für diese Gruppen werden unter Berücksichtigung der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für das Jahr 2017 gebildet. Hierbei wird der im SOEP enthaltene Hochrechnungsfaktor (Kroh et al. 2015) genutzt, um eine Angleichung an die Gesamtbevölkerung zu erreichen und eventuelle Selektionseffekte zu vermindern.

Zur Höhe der Einkommen wurde das sozioökonomische Panel (SOEP) in der Version 34 (Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 2019) verwendet. Das SOEP ist eine jährlich wiederkehrende Befragung von Privathaushalten zu sozioökonomischen Gesichtspunkten. Im Folgenden wird lediglich die aktuellste Befragungswelle 2017 genutzt, welche die Angaben von 44.985 Personen aus 23.358 Haushalten beinhaltet (Britzke/Schupp 2018). Demnach werden alle weiteren Angaben, soweit möglich, zur Wahrung der Konsistenz ebenso aus dem Jahr 2017 verwendet. Die Geflüchteten-Subsamples (M3–M5) des SOEP werden ausgeschlossen (n=7.548), da diese Personengruppe nicht unter die deutsche Pflegepflichtversicherung fällt.

Im Zeitverlauf wurden Reallohnsteigerungen im jährlichen Umfang von 1 Prozent einbezogen und eine Rentensteigerung entsprechend der Lohnentwicklung angenommen. Hieraus ergibt sich dann ebenfalls ein jährlicher Anstieg der (realen) beitragspflichtigen Einkünfte pro Beitragszahler um 1 Prozent.

5.2 Untersuchte Szenarien

Insgesamt sind zu einer Beurteilung der hier vorgeschlagenen Reformen drei Gruppen von Szenarien erforderlich, die zur Berechnung jeweils weiter ausdifferenziert werden:

- a) Ein Szenario, das den *Status quo* als Referenz über Zeit fortschreibt. Hierdurch kann berechnet werden, welche Effekte entstünden, wenn alle Regelungen auf dem Stand des Referenzzeitpunktes eingefroren würden. Allerdings wird – abweichend vom rechtlichen Status quo – eine lohn-, und keine inflationsindexierte Leistungsdynamisierung unterstellt. Unter der Zusatzannahme, dass die Pflegesätze – bei unverändertem Personaleinsatz – der allgemeinen Lohnentwicklung folgen, werden so die Eigenanteile des Status quo fortgeschrieben. Das derart definiert Status quo-Szenario bildet einen Vergleichspunkt für alle anderen Szenarien und Berechnungen. Das wesentliche Problem des Status quo-Szenario ist, dass es sich bereits heute als nicht weiter tragfähig erwiesen hat, was gleichzeitig auch den Ausgangspunkt der gesamten Reformnotwendigkeiten darstellt. In den Basisszenarien wird daher mit realitätsnäheren Annahmen gearbeitet, die die Notwendigkeit einer steigenden Entlohnung für Pflegekräfte und einen Personalaufwuchs im stationären Sektor konzedieren.
- b) Bisher werden alle Ausgabensteigerungen, die durch Maßnahmen im Personalbereich verursacht werden, ausschließlich von den Pflegebedürftigen gezahlt. Bereits heute sind allerdings im Rahmen der KAP umfassende Maßnahmen in diesem Bereich vereinbart worden, deren Umsetzung deutlich steigende Eigenanteile nach sich ziehen würden. In den *Basisszenarien* wird daher berechnet, welche finanziellen Effekte durch eine Umsetzung der KAP-Beschlüsse

ohne weitere Reformen auf die Pflegebedürftigen zukämen und gegebenenfalls, wie diese Effekte beeinflusst werden können, wenn ähnlich der bisherigen Praxis eine Beitragssatzsteigerung nachsteuernd zur Dämpfung der Eigenanteilssteigerungen eingesetzt würde. Weitere Reformelemente werden nicht einbezogen.

- c) Jedoch ist es aus heutiger Sicht unrealistisch, dass weiterhin alle Verbesserungen in Personalausstattung und -entlohnung allein durch die Pflegebedürftigen getragen werden (können). Dies wurde auch bereits in den Beschlüssen der KAP (BMG 2019b: 171) konzediert. Aus diesem Grund werden *Reformszenarien* modelliert, die geeignet sind, die (Re)Finanzierung der Pflegekosten auf die drei Kostenträgergruppen Pflegebedürftige, Pflegeversicherte und Steuerzahler zu verteilen. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reformszenarien können dann in Relation – vor allem zu den Basisszenarien – als differentiellen Effekte zwischen den zu erwartenden Entwicklungen ohne und mit Finanzierungsreform interpretiert und beurteilt werden.

Innerhalb der vorstehend beschriebenen Gruppen wurden letztendlich sechs Szenarien ausgearbeitet, die nachstehend detailliert beschrieben werden.

Status quo:

Der *Status quo* wird in einem Szenario behandelt. In diesem werden keine über die Grundannahmen des Abschnittes 5.1 hinausgehenden Veränderungen vorgenommen. Verwendet wird der *Status quo* als Komparator, weil auch ohne weitere Veränderungen innerhalb der Systemregelungen nur durch eine lohindexierte Leistungsdynamisierung und die allgemeine demographische Entwicklung und die damit verbundenen Fallzahlsteigerungen erhöhte Leistungsausgaben der Pflegeversicherung resultieren. Im Status quo werden diese Gesamtkostensteigerungen durch Beitragssatzerhöhungen bei konstanten EEE in der stationären Pflege refinanziert. Zielgröße der Entwicklungen des *Status quo* ist demnach die Beitragssatzentwicklung, und das Szenario verdeutlicht insbesondere, dass der Beitragssatz auch ohne weitere Reformmaßnahmen steigen wird.

Basisszenario 1:

Für *Basisszenario 1* wird der *Status quo* um eine Umsetzung der aktuellen Vereinbarungen der KAP in Bezug auf bessere Arbeitsbedingungen im stationären Sektor erweitert. Diese beinhalten eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch die zwei Faktoren: Personalmehrung und höhere Entlohnung. Da zu diesen beiden Faktoren noch keine Quantifizierungen vorliegen, wird als Abschätzung eine kombinierte Kostensteigerung von 35 % angenommen, die innerhalb von 5 Jahren linear aufgebaut wirksam wird. Einbezogen werden damit Zusatzausgaben ansteigend von 0 % im Jahre 2018 auf 35 % der Ausgaben im stationären Bereich im Jahr 2024. Anschließend werden die Ausgaben auf diesem Niveau fortgeschrieben. Für den ambulanten Sektor ist eine solch sprunghafte Steigerung nicht zu erwarten, da hier keine externen Personalrelationen zwischen den Leistungsnehmern und den Leistungserbringern festgelegt werden können. Hier wirkt im Wesentlichen – bei einem fast völlig ausgeschöpften Angebot – das mangelnde Personal kostenlimitierend. Aus diesem Grund werden keine zusätzlichen Leistungsdynamisierungen aufgrund von Lohnsprüngen berücksichtigt, wohl aber wird eine reguläre Dynamisierung auf Basis der jährlichen Reallohnsteigerung einbezogen. Zielgröße der Entwicklungen des Basisszenario 1 ist die Entwicklung der kostendeckenden Eigenanteile in stationärer Pflege durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, unter den Rahmenbedingungen, dass die Beitragssatzentwicklung – analog zum *Status quo* – nur die demographische Entwicklung ausgleicht.

Basisszenario 2a:

Nach derzeitiger Rechtslage können die in Basisszenario 1 entstehenden Kostensteigerungen nur durch eine diskretionäre Anpassung der Leistungshöhen der Pflegeversicherung für die pflegebedürftigen gemildert werden. Zur Abschätzung dieser Effekte auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen wird zusätzlich zum *Basisszenario 1* der Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte erhöht. Die zusätzlichen Einnahmen werden in diesem Szenario in voller Höhe in eine gleichmäßige Anpassung der ambulanten und stationären Leistungssätze überführt. Zielgröße ist dabei die Entwicklung der Eigenanteile in stationärer Pflege unter einem gegenüber dem *Basisszenario 1* erhöhten Beitragssatz.

Basisszenario 2b:

Als Variation wird in Basisszenario 2b – auch wenn dies als eher unrealistisch angesehen werden muss – die gesamte Beitragssatzsteigerung in Leistungserhöhungen nur für den stationären Bereich überführt. Zielgröße ist dabei wiederum die Entwicklung der Eigenanteile in stationärer Pflege unter einem gegenüber dem *Basisszenario 1* erhöhten Beitragssatz.

Reformszenario 1:

Die Reformszenarien basieren ebenfalls auf den Grundelementen des Basisszenario 1, allerdings werden zwei wesentliche Systemänderungen eingeführt, die geeignet sind, die Eigenanteilshöhe und die Beitragssatzentwicklung zu beeinflussen und so die in den Abschnitten 3.1 und 3.2 genannten Zielsetzungen zu verfolgen. Es sind dies erstens der sogenannte *Sockel-Spitze-Tausch* und zweitens ein *substanzieller Steuerzuschuss*.

Im *Reformszenario 1* wird im stationären Sektor ein Sockel-Spitze-Tausch eingeführt. Dieser bedeutet, dass nicht mehr die variable „Spitze“ der Pflegekosten, die sich durch Abzug der gesetzlich festgeschriebenen absoluten Leistungshöhen von den Gesamtkosten ergibt, von den Pflegebedürftigen privat getragen werden muss, sondern nur noch ein – ebenfalls in absoluter Höhe begrenzter – „Sockel“. Alle Ausgaben oberhalb des Sockels werden beitragsatzwirksam von der Sozialversicherung übernommen. Der Sockel wird eingangs auf die Höhe des derzeitigen (Stand: 1. Quartal 2019) EEE von 662 Euro festgesetzt und über Zeit lohnindexiert dynamisiert. Die Eigenanteile für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bleiben unberührt, und sind weiterhin ebenfalls vom Pflegebedürftigen zu tragen.

Als zweite Reformkomponente wird ein Steuerzuschuss eingeführt. Dieser wird nicht als zusätzliche pauschale Finanzierungsquelle der Sozialversicherung konzipiert, sondern so ausgestaltet, dass – nach Abschluss der Einführungsphase – die Ausgaben für Pflegegeld aus Steuermitteln aufgebracht werden. Der Steuerzuschuss wird im Jahr 2024 eingeführt und für diesen Bezugszeitpunkt auf einen Umfang von 10 % der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung festgesetzt. Bis zum Jahr 2045 erfolgt dann eine lineare Steigerung bis auf einen Umfang von 25 % der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Durch diese zusätzliche Finanzierung werden dann innerhalb der Sozialversicherung Finanzmittel in gleicher Höhe frei, die dazu genutzt werden können, die stationär versorgten Pflegebedürftigen zu entlasten. Zielgrößen des *Reformszenario 1* ist dabei die Beitragssatzentwicklung, die bei Einführung des Sockel-Spitze-Tauschs in stationärer Pflege und gleichzeitigem Aufbau eines substanziellen Steuerzuschusses entsteht.

Reformszenario 2:

Das *Reformszenario 2* baut wiederum auf *Reformszenario 1* auf. Es unterscheidet sich von diesem nur dadurch, dass der Sockelbetrag zum Einführungszeitraum abgesenkt. Dieser wird mit 450 Euro auf einen Betrag festgelegt, der schon zum aktuellen Zeitpunkt in 12 von 16 Bundesländern zu Entlastungen der Pflegebedürftigen führt, und alle Pflegebedürftigen gegen die kommenden Kostensteigerungen endgültig absichert. Zielgrößen das *Reformszenario 2* ist wiederum die Beitragssatzentwicklung, die bei Einführung des Sockel-Spitze-Tauschs in stationärer Pflege und gleichzeitigem Aufbau eines substanziellen Steuerzuschusses entsteht. In direktem Vergleich zum Reformszenario 1 kann dann abgeschätzt werden, welche differentielle Beitragssatzwirkung durch die – für den einzelnen Pflegebedürftigen – signifikante Absenkung des Sockels gegenüber den heute gültigen Eigenanteilen entsteht.

Überblick

Tabelle 4 fasst die den Szenarien zugrunde liegenden Annahmen noch einmal synoptisch zusammen. Dabei markiert das Kreuz jeweils, welche Elemente in das jeweilige Szenario eingehen.

Tabelle 4: Annahmen in den untersuchten Szenarien

	Demographie & lohnindexierte Leistungsdynamis.	Bessere Arbeitsbedingungen im Heim	Steuerzuschuss im System des Sockel-Spitze-Tauschs	Sockel-Spitze-Tausch	Beitragssatzanpassung zur Leistungsverbesserung	
					nur stationär	ambulant & stationär
Status quo	X					
Basisszenario 1	X	X				
Basisszenario 2a	X	X				X
Basisszenario 2b	X	X			X	
Reformszenario 1	X	X	X	X		
Reformszenario 2	X	X	X	X		

6 Methodik

Der Eigenanteils- und Beitragssatzvorausberechnungen liegt ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell zugrunde. In dieses wird in den Reformszenarien der Steuerzuschuss als Setzung integriert, die nicht aus empirischen Werten abgeleitet ist. Alle Eurobeträge werden dabei deflationiert in Preisen von 2019 angegeben. Dabei werden die *Ausgaben* der Pflegesozialversicherung auf Basis einer Bevölkerungsvorausberechnung, der aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen, den derzeitigen Inanspruchnahmequoten für die verschiedenen Versicherungsleistungen und den gesetzlichen Leistungshöhen für die jeweiligen Varianten der Sozialversicherung bis 2045 vorausberechnet. Für die *Einnahmen* werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für verschiedene Versichertengruppen unter Berücksichtigung der aktuell gültigen Regelungen zur Beitragspflicht bis 2045 fortgeschrieben. Daraus kann der zum Budgetausgleich in der Sozialversicherung notwendige *Beitragssatz* berechnet und ebenfalls bis 2045 fortgeschrieben werden. Datengrundlage sind insbesondere Sozioökonomische Panel (SOEP), das Individualdaten zu den Einkommen enthält und daher für die Einnahmeseite verwendet werden kann, sowie die Statistiken der Pflegeversicherung für die Ausgaben. Für die demographische Entwicklung wird auf die Vorausberechnungen des Statistischen

Bundesamtes zurückgegriffen. Weitere Details zu den verwendeten Daten können dem Abschnitt 5.1 entnommen werden.

Referenzjahr für die Bevölkerungs- und Einnahmenentwicklung ist das Jahr 2017, für die Eigenanteils- und Beitragssatzentwicklung die Finanzergebnisse der Pflegeversicherung des Jahres 2018. Berechnet wird zunächst, welcher Beitragssatz in diesem Jahr in den jeweiligen Modellen zum Budgetausgleich notwendig gewesen wäre. Die Differenz zum Beitragssatz, der im Status quo zum Budgetausgleich notwendig gewesen ist, wird dann als Beitragssatzeffekt der verschiedenen Basis- und Reformszenarien ausgewiesen und interpretiert. Entsprechend werden auch alle Szenarien bis 2045 vorausberechnet.

7 Ergebnisse der Modellrechnungen

Im folgenden Textabschnitt werden die Kernergebnisse der Modellrechnung in den vorgestellten sechs Szenarien dargestellt. Zur Übersichtlichkeit und einfachen optischen Vergleichbarkeit werden die benannten Zielgrößen auch jeweils in einer Grafik dargestellt. Alle Grafiken sind dabei gleich skaliert, so dass zum Vergleich der Ergebnisse die jeweiligen Datenlinien direkt in Beziehung gesetzt werden können. Da es – bis auf den Effekt, der aus verbesserten Arbeitsbedingungen entsteht, – keine sprunghaften Veränderungen oder wechselnde Effektrichtungen gibt – ist es ausreichend, die Entwicklungen grafisch lediglich in 5-Jahres-Intervallen abzutragen. Für genauere quantitative Betrachtungen sind alle Jahreswerte zusätzlich in den vollständigen Datentabellen im Anhang abzulesen.

Status quo

Im *Status quo* wird abgebildet, wie sich der Beitragssatz zur Pflegeversicherung entwickelt, wenn die Eigenanteile der stationär versorgten Pflegebedürftigen durch eine Leistungsanpassung in Abhängigkeit von der Lohnentwicklung konstant bleibt. In diesem Fall kommt es zu einem moderaten Anstieg des Beitragssatzes, der bis zum Jahr 2045 noch auf unter 4,3 Beitragssatzpunkte begrenzt ist (Abbildung 1) – und damit im unteren Bereich der diversen aktuell kursierenden Zukunftsprognosen.

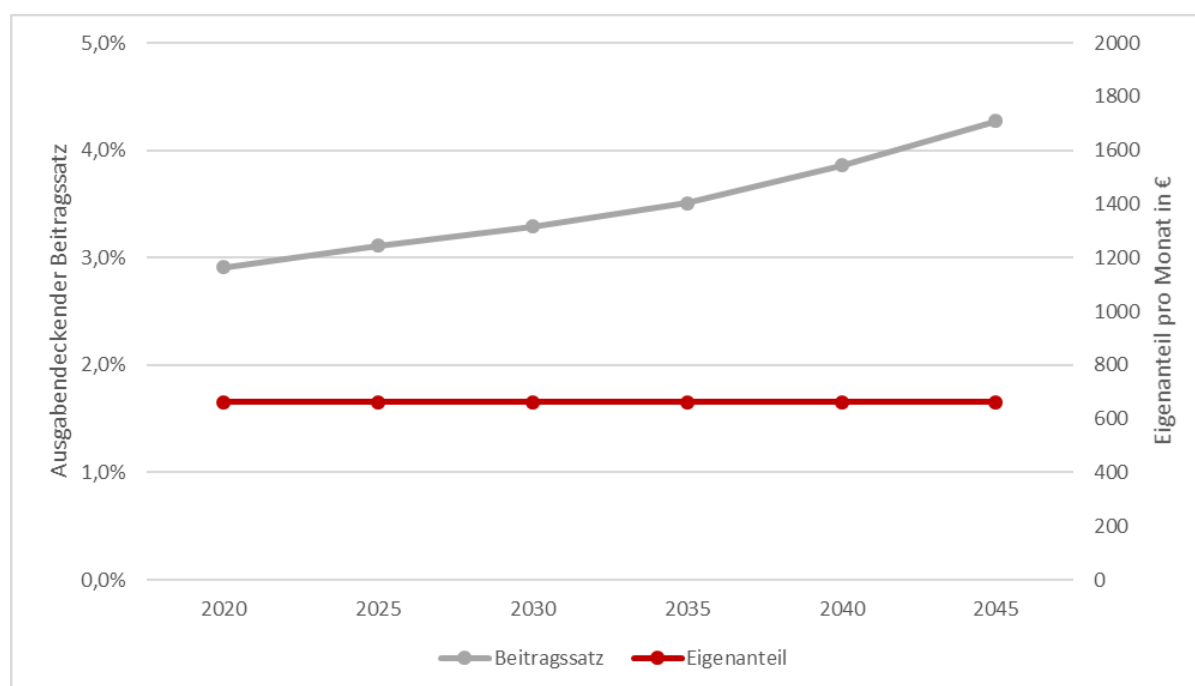


Abbildung 1: Entwicklung von Beitragssatz und Eigenanteil im *Status quo*

In Bezug auf die Beurteilungskriterien des Abschnitts 3 wird weiterhin keine systematische Lebensstandardsicherung eingeführt. Hinsichtlich der Eigenanteile bringt der Status quo definitionsgemäß zwar keine finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen, jedoch auch keine weiteren Belastungen. Allerdings wird dies im *Status quo* dadurch erkauft, dass – entgegen der Beschlüsse der Konzertierten Aktion Pflege – auf eine verbesserte Entlohnung und eine bessere Personalausstattung von Heimen verzichtet wird. Damit würde also nicht nur die dringend erforderliche Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ausgesetzt, sondern generell die kostenwirksame Verbesserung des Leistungsgeschehens unmöglich gemacht. Angesichts des vorherrschenden Pflegenotstands und von empirischen Hinweisen, die eine deutliche Erhöhung der Personalmengen für ein bedarfsorientiertes Leistungsgeschehen als erforderlich ansehen, erscheint der Weg einer reinen Fortführung des Status quo nicht gangbar.

Basisszenario 1

Im Basisszenario 1 bleibt der Anstieg des Beitragssatzes – bei analogem Verlauf zum *Status quo* – ebenfalls noch auf unter 4,3 Beitragssatzpunkten im Jahr 2045 begrenzt. Im *Basisszenario 1* werden allerdings die vorstehend beschriebenen und zu erwartenden Verbesserungen in der Personalausstattung und Entlohnung umgesetzt. Es handelt sich hierbei somit um den – nicht unwahrscheinlichen – Fall, dass die Beschlüsse der KAP ihren Eingang in die Leistungsrealität finden. Ob die hier zur Szenariobil- dung verwendeten kombinierten 35 % Kostensteigerung sich letztendlich für diese Umsetzungsschritte als ausreichend erweisen werden, kann heute noch nicht abschließend beurteilt werden. Ohne eine veränderte Mechanik der Pflegeversicherung und ohne weitere Einnahmequellen wird dies jedoch ausschließlich durch die Pflegebedürftigen selbst finanziert.

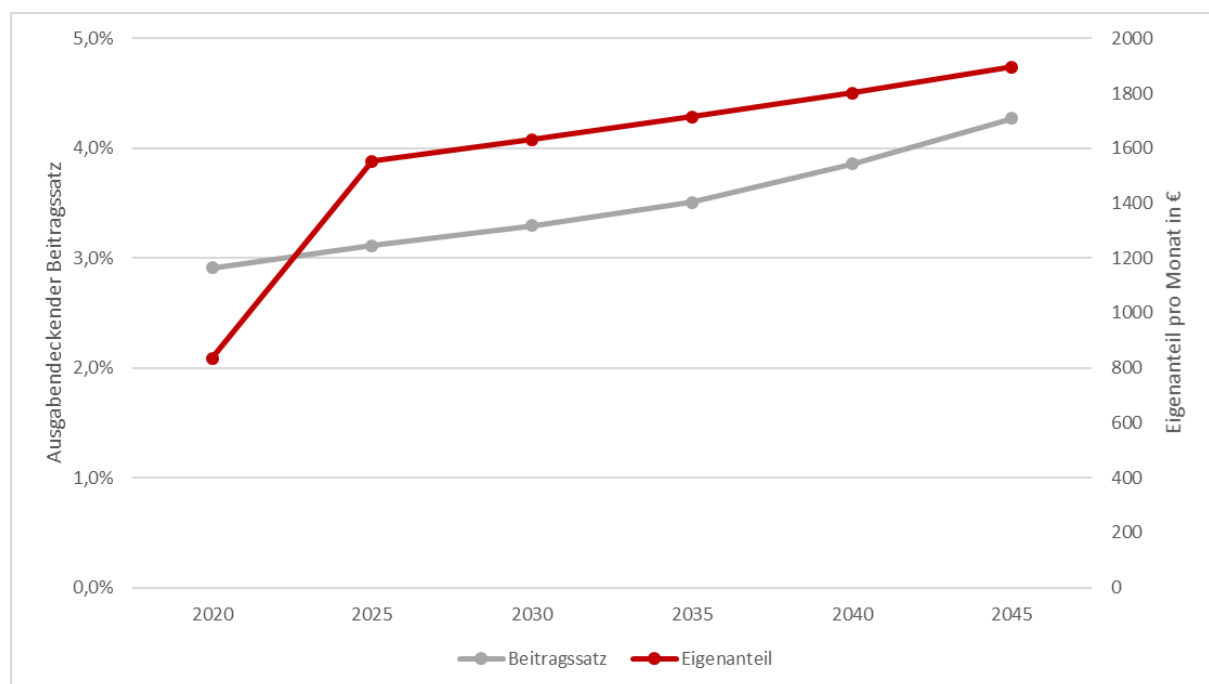


Abbildung 2: Entwicklung von Beitragssatz und Eigenanteil im *Basisszenario 1*

Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, verdreifacht sich der durchschnittliche Eigenanteil für die Pflegekosten im Heim bis 2045 auf monatlich knapp 1.900 Euro – und das in heutigen Preisen. In diesem Szenario werden die steigenden Gesamtkosten also so auf die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler verteilt, dass nur die Effekte der Demographie und lohnindexierten Kostensteigerung durch das

Sozialsystem getragen werden, alle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen jedoch durch die Pflegebedürftigen. Hierdurch würde zukünftig wieder für eine deutlich steigende Anzahl von Pflegebedürftigen der Eintritt in ein stationäres Versorgungssetting auch zu einem Sozialhilfebezug führen. In diesem Fall wird also in Bezug auf die Bewertungskriterien des Abschnitts 3 eine individuell deutliche Verschlechterung der Absicherung der Pflegebedürftigen erreicht und in Bezug auf die Lebensstandardsicherungsfunktion keine Verbesserung erzielt. Damit ist auch dieser Weg nicht gangbar.

Basisszenario 2a

Ausgehend von den Belastungen der Pflegebedürftigen in *Basisszenario 1* wird im *Basisszenario 2* die Gegenmaßnahme angewendet, die innerhalb der aktuellen Mechanik der Pflegeversicherung zu relativ geringeren Eigenanteilen für die Pflegebedürftigen führen kann: Es wird eine Erhöhung der Leistungssätze unterstellt, die einem Gesamtvolumen von 0,5 Beitragssatzpunkte entspricht und über eine entsprechende Beitragssatzanhebung gegenfinanziert wird. Damit erreicht der Beitragssatz allerdings eine kritische Größenordnung von 4,77 % im Jahr 2045 und liegt am Ende des Betrachtungszeitraums um mehr als zwei Drittel über dem heute bedarfsnotwendigen Beitragssatz (Abbildung 3). Wenn die Zusatzeinnahmen dabei anteilig auf die Pflegebedürftigen beider Versorgungssettings verteilt werden, ist der entlastende Effekt jedoch äußerst gering. Im stationären Bereich wird der Eigenanteil gegenüber dem *Basisszenario 1* nur um – je nach Bezugsjahr – etwa 100 bis 200 Euro abgesenkt. Es verbleibt somit immer noch ein Eigenanteil in einer Höhe von mehr als 1.600 Euro im Monat (Abbildung 3), der weit oberhalb des Betrags liegt, der vom Bezieher einer durchschnittlichen Rente dauerhaft finanziert werden kann – zumal die Eigenanteile für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten zusätzlich zu zahlen sind. Hierzu ist die entlastende Wirkung eines solchen Beitragssatzanstieges sowohl zu gering, als auch systematisch nicht geeignet. Das zeigt sich auch in Bezug auf die Bewertungskriterien des Abschnitts 3. So wird das Ziel der Absicherung gegen das allgemeine Eigenanteilsniveau deutlich verfehlt und die lebensstandardabsichernde Funktion des Sozialsystems nicht erfüllt.

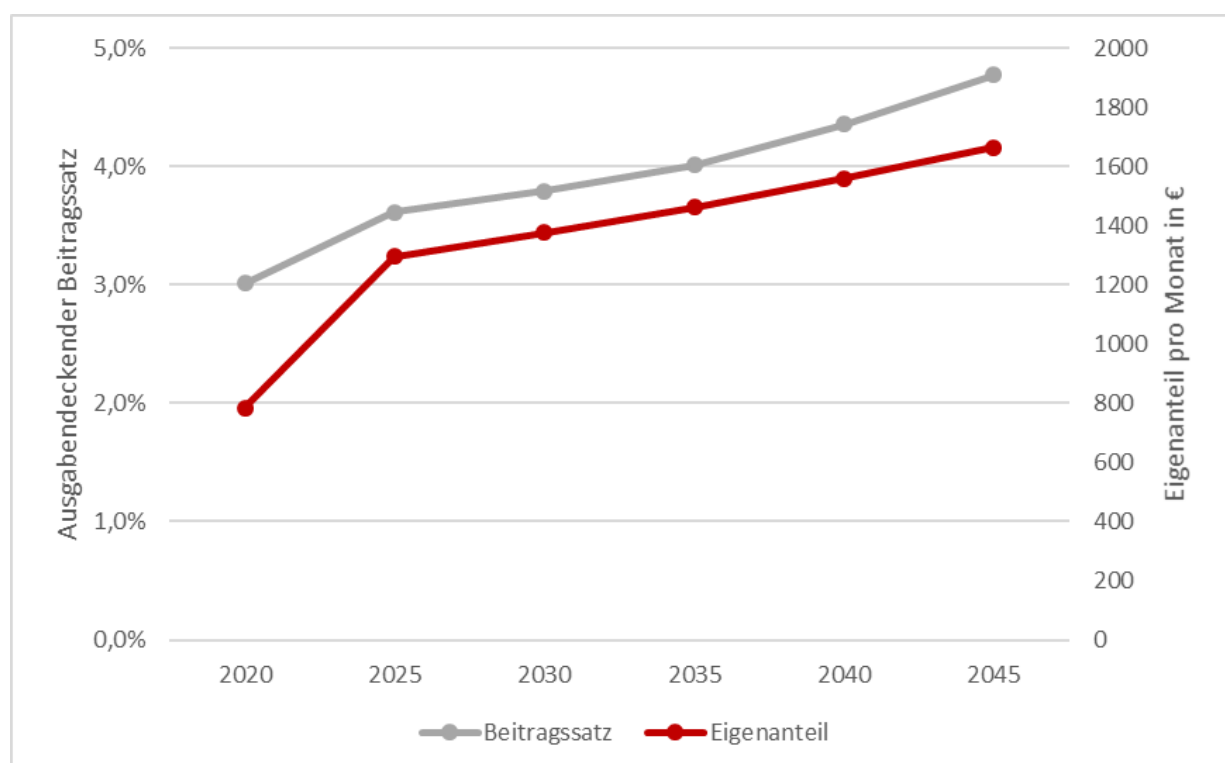


Abbildung 3: Entwicklung von Beitragssatz und Eigenanteil im *Basisszenario 2a*

Basisszenario 2b

Die vorstehenden Aussagen zum Basisszenario 2a können auch dann vollständig beibehalten werden, wenn die Mehreinnahmen nicht mehr auf beide Versorgungssettings, sondern ausschließlich für Leistungssatzsteigerungen im stationären Sektor verwendet werden (Szenario 2b). Abgesehen davon, dass dieses Vorgehen einer impliziten Subventionierung der stationären Kosten – gerade unter dem immer noch zentralen Leitbild ambulant vor stationär – schwer begründbar sein dürfte, kann auch hierdurch die erforderliche Entlastungswirkung nicht erreicht werden. Immer noch wird bis zum Jahr 2045 eine Steigerung der Eigenanteile um reale 80 % erfolgen (Abbildung 4).

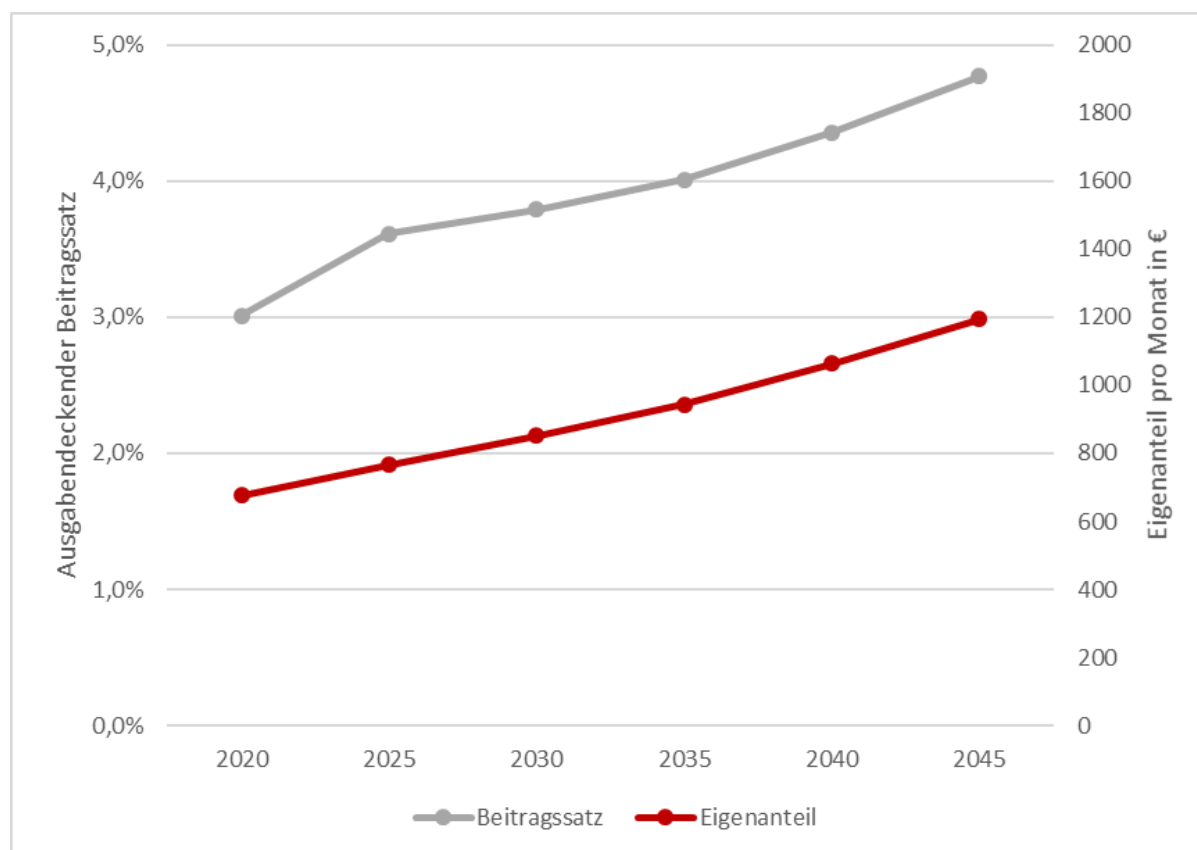


Abbildung 4: Entwicklung von Beitragssatz und Eigenanteil im *Basisszenario 2b*

Dies entspricht dann zwar einem niedrigeren absoluten Niveau – die Eigenanteile liegen mit 1.194 Euro pro Monat dann um 470 Euro unterhalb der 1.664 Euro, die aus dem Basisszenario 2a resultieren –, sind aber von einer Finanzierbarkeit bei durchschnittlichem Rentenbezug immer noch deutlich entfernt. Der qualitative Effekt, dass durch eine den Zielen der Pflegeversicherung nicht angemessene Mechanik, die Sozialhilfeabhängigkeit im Verhältnis zum aktuellen Niveau steigen, statt weiter absinken wird, kann auch im Basisszenario 2b nicht verhindert werden.

Reformszenario 1

Eine systematische Veränderung der Kostenverteilung wird in den beiden Reformszenarien durch die Umsetzung einen Sockel-Spitze-Tausch bei gleichzeitiger Einführung eines Steuerzuschusses erreicht. Wie in Abbildung 5 erkennbar ist, werden dadurch die Kosten nicht mehr auf zwei Kostenträger, sondern durch den Einbezug des Steuerzahlers auf drei Akteure verteilt. Dabei ist zu erkennen, dass der wachsende Steuerzuschuss dazu geeignet ist, auch bei als Sockel begrenzten Eigenanteilen, den Beitragssatzanstieg über Zeit – auf 3,9 % im Jahr 2045 – unterhalb der Steigerungen des *Status quo* zu

ermöglichen. Dazu sind allerdings erhebliche Zuschüsse erforderlich, die insgesamt ein Volumen von 5,2 Mrd. Euro im Jahr 2025 und schließlich 18,3 Mrd. Euro im Jahr 2045 umfassen. Wird hierdurch das Pflegegeld zusätzlich finanziert, werden Mittel der Sozialversicherung in gleicher Höhe frei, die wiederum zur Entlastung der Sachleistungsbezieher verwendet werden können. Wie der Verlauf der Kurve des Steuerzuschusses in Abbildung 5 zeigt, können hierdurch im Jahr 2025 pro stationär versorgtem Pflegebedürftigen monatlich 555 Euro zusätzlich aus der Pflegeversicherung bereitgestellt werden und dieser Betrag erhöht sich bis zum Jahr 2045 auf monatliche 1.577 Euro. Unter Einsatz dieses Steuerzuschusses und unter lohnindexierter Fortschreibung des – allerdings auch heute schon als zu hoch bezeichneten – durchschnittlichen stationären Eigenanteils von 662 Euro pro Monat als Sockel, kann der Beitragssatz im *Reformszenario 1* im Verhältnis zum *Status quo* sogar abgesenkt werden. In Bezug auf die Beurteilungskriterien des Abschnitts 3 erweist sich das *Reformszenario 1* als zielführend. Die Absicherung der Pflegebedürftigen gegen ein allgemein zu hohes Eigenanteilsniveau wird zwar – durch die Beibehaltung des aktuellen durchschnittlichen Eigenanteils – zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht verändert, verbessert sich über Zeit jedoch relativ, da die unvermeidlichen Kostensteigerungen nicht privat getragen werden müssen. Die grundlegende Funktion einer abschließenden Absicherung gegen Extremkosten – und damit die Möglichkeit einer Lebensstandardsicherung – rückt zwar näher, kann aber nicht vollumfänglich als erfüllt gelten. Hintergrund hierfür ist, dass durch die individuell unbekannte Dauer der Eigenanteilszahlungen der Gesamteigenanteil für Pflegeleistungen immer noch nicht begrenzt ist. Jedoch ist durch den Sockel-Spitze-Tausch das Gesamtrisiko vermutlich so weit kalkulierbar, dass auch privatwirtschaftliche Versicherungsprodukte entwickelt werden können, die letztendlich in der Lage sind den Eigenanteil abzusichern.

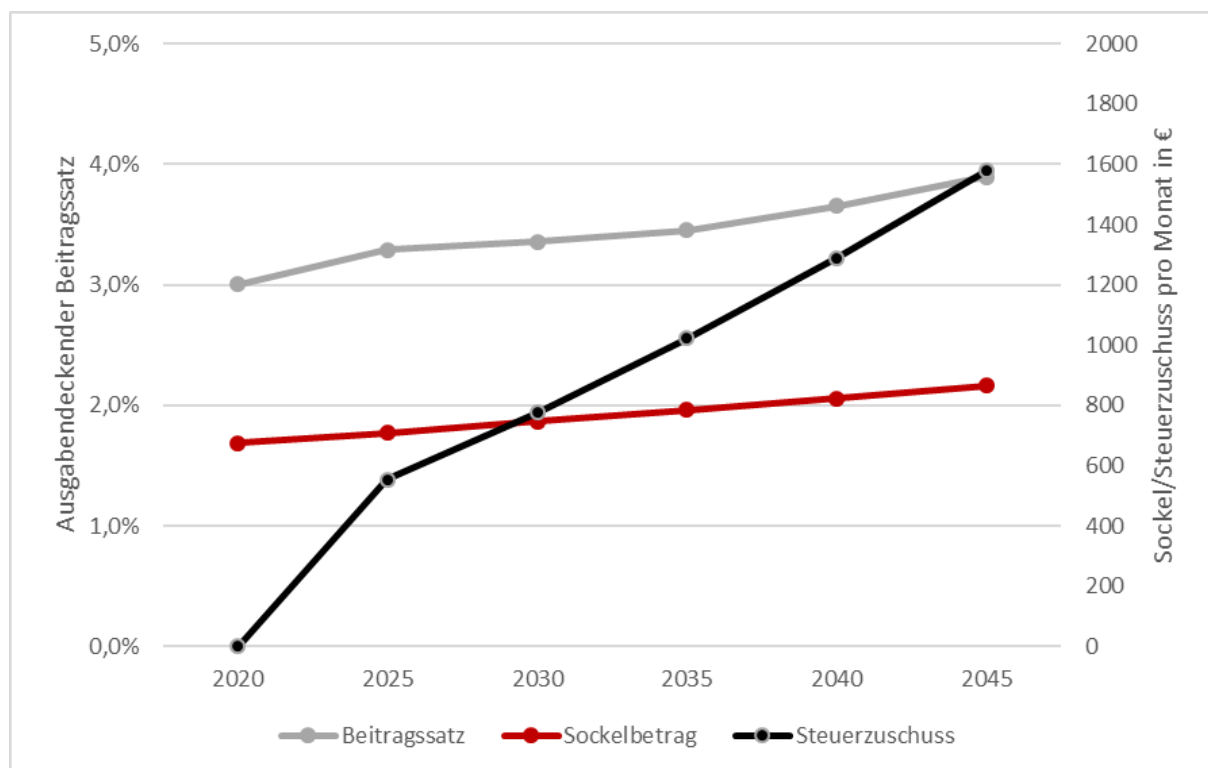


Abbildung 5: Entwicklung von Beitragssatz, Sockelbetrag und Steuerzuschuss im *Reformszenario 1*

Reformszenario 2

Das *Reformszenario 2* wiederum führt zu weitgehend identischen Beurteilungsergebnissen, wie das *Basisszenario 1*. Durch den niedrigeren Startwert für den Sockel in Höhe von 450 Euro wird bei gegebener Höhe des Steuerzuschusses ein entsprechend höherer Beitragssatz erforderlich. Dieser Unterschied beträgt knapp 0,2 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045 (Abbildung 6). In der Betrachtung über Zeit kann somit gesagt werden, dass in den Reformszenarien je 100 Euro, die im Ausgangsjahr weniger für den Sockel angesetzt werden, der Beitragssatz im Jahr 2045 um 0,1 % Prozentpunkt höher ausfallen muss. Diese Differenz scheint dabei vor allem in ihrer Wirkung für Pflegebedürftige mit geringen Einkünften signifikant zu sein, während die Beitragssatzsteigerung eine individuell moderate Wirkung auf die Beitragszahler hat. In Bezug auf die Bewertungskriterien aus Abschnitt 3 kann hier noch einmal von einer weiteren Verbesserung gegenüber dem Reformszenario 1 gesprochen werden, da die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in absoluter Höhe geringer ausfallen – und somit eher geeignet sind, Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden.

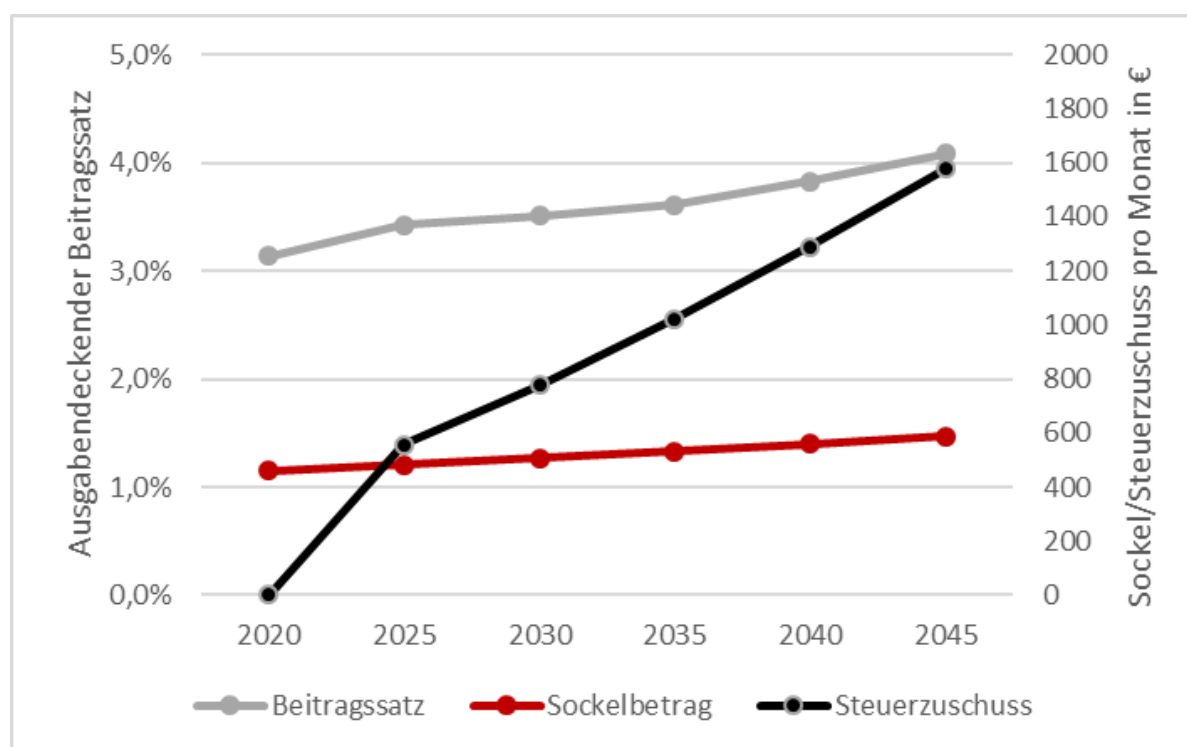


Abbildung 6: Entwicklung von Beitragssatz, Sockelbetrag und Steuerzuschuss im *Reformszenario 2*

8 Zusammenfassung und abschließende Bewertung

Die Modellrechnungen in den beschriebenen sechs Szenarien zeigen, dass nur unter der unrealistischen Annahme eines sich nicht verändernden Leistungsgeschehens (Status quo) die aktuelle Mechanik der Pflegeversicherung beibehalten werden könnte. Bei Einbezug der zu erwartenden Verbesserungen der Arbeitsbedingungen resultieren – unter Begrenzung des Beitragssatzanstiegs – für die Pflegebedürftigen zukünftig doppelt bis dreifach so hohen Eigenanteile wie heute (Basisszenarien) und damit nahezu durchgängig eine finanzielle Überforderung.

Tabelle 5 fasst die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2045 noch einmal zusammen. Die Entwicklungen der einzelnen Finanzierungsbestandteile werden dabei auch als Indexwerte zur Basis der – für

das Jahr 2018 jeweiligen szenarienspezifisch – gesetzten Startwerten dargestellt. Zu erkennen ist dabei, dass lediglich die beiden Reformszenarien geeignet sind, sowohl für die Pflegebedürftigen eine zum heutigen Eigenanteilsumfang gleiche oder verbesserte Situation herzustellen, als auch dabei gleichzeitig den Anstieg des ausgabendeckenden Beitragssatzes gegenüber dem heutigen Leistungsgeschehen zu reduzieren. Dabei kann es im *Reformszenario 2* erreicht werden, dass der Sockelbetrag für die stationär versorgten Pflegebedürftigen unterhalb des Eigenanteils verbleibt, der schon zum Ende des Jahres 2017 bundesdurchschnittlich privat zu finanzieren war. Erforderlich ist für diese Situation allerdings ein substantieller Steuerzuschuss, der sich im Jahr 2045 auf rund 18,3 Mrd. Euro belaufen wird.

Tabelle 5: Zentrale Ergebnisse für 2045

	Steuerzuschuss In Mrd. Euro (2045)	Ausgabendeckender Beitragssatz (2045) + als Index (2018 = 100)		Eigenanteil für Pflegekosten (EEE bzw. Sockel) (2045) + als Index (2018 = 100)	
		in %	Index (2018 = 100)	In Euro	Index (2018 = 100)
Status quo	-	4,27	152	662	100
Basisszenario 1	-	4,27	152	1.895	286
Basisszenario 2a	-	4,77	170	1.664	251
Basisszenario 2b	-	4,77	170	1.191	180
Reformszenario 1	18,3	3,89	139	866	131
Reformszenario 2	18,3	4,08	139	589	131

9 Literatur

- Augurzky, Boris / Borchert, Lars / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Preuss, Maike / Rothgang, Heinz / Stocker-Müller, Melanie / Wasem, Jürgen (2008a): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, Boris / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Wasem, Jürgen / Rothgang, Heinz (2008b): Teuer, teurer, NRW: 10.000 deutsche Pflegeheime im Vergleich, in: *Altenheim*, 47. Jg., Heft 2: 38–41.
- AWO [Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt] (1976): Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, in: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 27. Jg.: 156–159.
- BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2018): *Arbeitslose nach Rechtskreisen*. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.
- BMAS [=Bundesministerium für Arbeit und Soziales] (2018): *Die Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019a): *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 1995-2018*.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2019b): *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf, zuletzt geprüft am 28.08.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019c): *Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017*.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019d): *Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2017*.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019e): *Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017*.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.

- Britzke, Janina / Schupp, Jürgen (2018): SOEP Wave Report. Berlin, DIW Berlin.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.
- Fuchs, Johann / Söhnlein, Doris / Weber, Brigitte (2017): Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. URL: <http://www.iab.de/389/section.aspx/Publikation/k170209301>.
- Götze, Ralf / Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.
- Greß, Stefan / Stegmüller, Klaus (2019): Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeiy, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer: 159-166.
- Greß, Stefan / Haun, Dietmar / Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegeversicherung, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeiy, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer: 241-254; URL: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-58935-9_19.pdf.
- Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 6.10.2019.
- KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.
- Kroh, Martin / Siegers, Rainer / Kühne, Simon (2015): Gewichtung und Integration von Auffrischungstichproben am Beispiel des Sozioökonomischen Panels (SOEP). In: Schupp, Jürgen / Wolf, Christof (Hrsg.): Nonresponse Bias: Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Umfragen. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 409-444.
- Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stefan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz (1999): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Heft 4: 307–336
- Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013): Solidarität und Wettbewerb in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, in: Public Health Forum, Vol 21, Issue 4: 2-3.
DOI 10.1016/j.phf.2013.09.012.
- Rothgang, Heinz (1996): Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Clausen, Lars (Hg.): Gesellschaften im Umbruch. Beiträge des 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Band I. Frankfurt: Campus: 930-946.

- Rothgang, Heinz (2015a): 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 (2015b): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? In: Sozialer Fortschritt, Heft 1-2: 8-14.
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150, September 2019. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69. Jg., Heft 5: 48-56. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-5.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. URL: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2018): Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 6-12; DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-6.
- Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Kalwitzki, Thomas (2019b): Personalbemessung in der Langzeitpflege, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer: 147-157. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_11.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2017): BARMER Pflegereport 2017. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Schmid, Achim / Maaß, Laura / Preuß, Benedikt / Wagner, Christian (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Los 4: Statistische Analysen. Abschlussbericht. Bonn/Berlin, BMG, im Erscheinen.
- Seibert, Holger / Carstensen, Jeanette / Wiethölter, Doris (2019): Aktuelle Daten und Indikatoren. Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. Nürnberg: IAB, http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf.
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2019): Daten für die Jahre 1984-2017, Version 34. SOEP.
- Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn, Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2019): Vorausberechneter Bevölkerungsstand. Tabelle 12421-0002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. URL: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/%20data;sid=AD4395BA0B94B7F4005DE29F201BE481.GO_2_1?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=12421-0002&levelindex=1&levelid=1563125857934&index=2

Tisch, Thorsten / Braeseke, Grit / Ochmann, Richard / Nolting, Hans-Dieter (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, IGES. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf.

Anhang: Ausführliche Ergebnistabellen zu allen Szenarien und Jahren

Jahr	Projektion (Ausgangsdaten)				Status quo				Basis 1				Basis 2									
	Anzahl Pflegebedürftige stationär versorgt	Summe pflegebedingte Kosten stationär pro Monat	pflegebedingte stationäre Person pro Monat	pro Kopf	Betragsatz in %	Betragsatz Index (2018=100)	EEE Index (2018=100)	EEE in Euro	Betragsatz in %	Betragsatz Index (2018=100)	durchschnittliche Leistungshöhe	privat zu tragender Eigenanteil (EEE)	Betragsatz in %	Betragsatz Index (2018=100)	durchschnittliche Leistungshöhe	privat zu tragender Eigenanteil (EEE) - Mehreinnahmen für ambulante und stationäre	Betragsatz in %	Betragsatz Index (2018=100)	durchschnittliche Leistungshöhe	privat zu tragender Eigenanteil (EEE), Mehreinnahmen nur für stationär	Index	
2018	706.693	1.584.788.508	2243	2265	2,81%	100	100	662	2,81%	100	1581	662	2,81%	100	1581	100	2,81%	100	1581	100	662	100
2019	719.397	1.629.385.270	2265	2448	2,86%	102	100	662	2,86%	102	1596	669	2,86%	102	1596	101	2,86%	102	1596	101	669	101
2020	731.378	1.790.276.421	2448	2634	2,91%	104	100	662	2,91%	104	1612	835	2,91%	107	1665	783	3,01%	107	1665	783	676	102
2021	741.906	1.954.143.739	2634	2824	2,95%	105	100	662	2,95%	105	1628	1006	2,95%	112	1732	901	3,15%	112	1732	901	687	104
2022	749.477	2.116.165.968	2824	3017	2,98%	106	100	662	2,98%	106	1645	1179	2,98%	117	1801	1023	3,28%	117	1801	1023	701	106
2023	758.215	2.287.303.077	3017	3214	3,02%	107	100	662	3,02%	107	1661	1356	3,02%	122	1869	1148	3,42%	122	1869	1148	720	109
2024	769.846	2.474.449.727	3214	3247	3,07%	109	100	662	3,07%	109	1678	1536	3,07%	127	1936	1278	3,57%	127	1936	1278	747	113
2025	778.603	2.528.469.917	3247	3281	3,11%	111	100	662	3,11%	111	1695	1552	3,11%	129	1952	1295	3,65%	129	1952	1295	766	116
2026	787.243	2.582.896.763	3281	3314	3,15%	112	100	662	3,15%	112	1712	1567	3,15%	130	1968	1311	3,65%	130	1968	1311	785	119
2027	791.955	2.624.600.581	3314	3349	3,18%	113	100	662	3,18%	113	1729	1583	3,18%	131	1986	1326	3,68%	131	1986	1326	799	121
2028	798.622	2.674.223.294	3349	3418	3,22%	114	100	662	3,22%	114	1746	1599	3,22%	132	2003	1343	3,72%	132	2003	1343	816	123
2029	806.969	2.730.037.400	3383	3418	3,26%	116	100	662	3,26%	116	1763	1616	3,26%	134	2019	1360	3,76%	134	2019	1360	836	126
2030	810.382	2.769.565.769	3418	3452	3,29%	117	100	662	3,29%	117	1781	1632	3,29%	135	2037	1376	3,79%	135	2037	1376	852	129
2031	814.812	2.812.794.422	3452	3486	3,33%	118	100	662	3,33%	118	1799	1648	3,33%	136	2055	1392	3,83%	136	2055	1392	870	131
2032	817.897	2.851.003.579	3486	3520	3,36%	120	100	662	3,36%	120	1817	1665	3,36%	137	2073	1409	3,86%	137	2073	1409	886	134
2033	823.820	2.899.826.517	3520	3555	3,41%	121	100	662	3,41%	121	1835	1681	3,41%	139	2090	1426	3,91%	139	2090	1426	904	137
2034	831.918	2.957.061.933	3555	3588	3,47%	123	100	662	3,47%	123	1853	1698	3,47%	141	2107	1444	3,97%	141	2107	1444	926	140
2035	836.943	3.003.200.489	3588	3623	3,51%	125	100	662	3,51%	125	1872	1714	3,51%	143	2124	1462	4,01%	143	2124	1462	943	142
2036	844.614	3.060.085.291	3623	3659	3,56%	127	100	662	3,56%	127	1891	1731	3,56%	145	2142	1480	4,06%	145	2142	1480	964	146
2037	854.679	3.127.206.233	3659	3733	3,63%	129	100	662	3,63%	129	1909	1748	3,63%	147	2159	1499	4,13%	147	2159	1499	986	149
2038	867.075	3.204.374.243	3696	3810	3,70%	132	100	662	3,70%	132	1929	1766	3,70%	149	2176	1519	4,20%	149	2176	1519	1011	153
2039	881.519	3.290.836.051	3733	3848	3,78%	134	100	662	3,78%	134	1948	1784	3,78%	152	2192	1539	4,28%	152	2192	1539	1037	157
2040	896.196	3.379.746.364	3771	3888	3,86%	137	100	662	3,86%	137	1967	1802	3,86%	155	2209	1560	4,36%	155	2209	1560	1064	161
2041	911.323	3.471.748.614	3810	3927	3,94%	140	100	662	3,94%	140	1987	1820	3,94%	158	2226	1581	4,44%	158	2226	1581	1090	165
2042	926.244	3.564.575.485	3848	3967	4,02%	143	100	662	4,02%	143	2007	1838	4,02%	161	2244	1602	4,52%	161	2244	1602	1116	169
2043	940.015	3.654.352.676	3888	3927	4,10%	146	100	662	4,10%	146	2027	1857	4,10%	164	2262	1622	4,60%	164	2262	1622	1142	172
2044	955.127	3.751.064.778	3927	3967	4,19%	149	100	662	4,19%	149	2047	1876	4,19%	167	2279	1643	4,69%	167	2279	1643	1168	176
2045	969.105	3.844.916.586	3967		4,27%	152	100	662	4,27%	152	2068	1895	4,27%	170	2298	1664	4,77%	170	2298	1664	1194	180

Anhang: Ausführliche Ergebnistabellen zu allen Szenarien und Jahren

Jahr	Projektion (Ausgangsdaten)				Reformszenario 1					Reformszenario 2								
	Anzahl Pflegebedürftige stationär versorgt	Summe pflegebedingte Kosten stationär pro Monat	Summe pflegebedingte Kosten stationär pro Monat	pflegebedingte Kosten Person pro Monat	Beitragsatz in %	Beitragsatz Index 2018=100	Steuerzuschuss in Mrd. Euro	Anteiliger Steuerzuschuss für stationären Sektor pro Person in Euro pro Monat	durchschnittliche Leistungshöhe \$43 pro Person pro Monat	Sockel in Euro / Monat	Sockel (Index: 2018=100)	Beitragsatz in %	Beitragsatz Index 2018=100	Steuerzuschuss in Mrd. Euro	Anteiliger Steuerzuschuss für stationären Sektor pro Person in Euro pro Monat	durchschnittliche Leistungshöhe \$43 pro Person pro Monat	Sockel in Euro / Monat	Sockel (Index: 2018=100)
2018	706.693	1.584.788.508	2.243	2.243	2,81%	100	0,0	0	1581	662	100	2,94%	100	0,0	0	1793	450	100
2019	719.397	1.629.385.270	2265	2265	2,86%	102	0,0	0	1596	669	101	2,99%	102	0,0	0	1810	455	101
2020	731.378	1.790.276.421	2448	2448	3,01%	107	0,0	0	1773	675	102	3,14%	107	0,0	0	1989	459	102
2021	741.906	1.954.143.739	2634	2634	3,15%	112	0,0	0	1952	682	103	3,28%	112	0,0	0	2170	464	103
2022	749.477	2.116.165.968	2824	2824	3,28%	117	0,0	0	2135	689	104	3,41%	116	0,0	0	2355	468	104
2023	758.215	2.287.303.077	3017	3017	3,42%	122	0,0	0	2321	696	105	3,55%	121	0,0	0	2544	473	105
2024	769.846	2.474.449.727	3214	3214	3,26%	116	4,7	513	2511	703	106	3,40%	116	4,7	513	2737	478	106
2025	778.603	2.528.469.917	3247	3247	3,29%	117	5,2	555	2538	710	107	3,43%	117	5,2	555	2765	482	107
2026	787.243	2.582.896.763	3281	3281	3,31%	118	5,6	598	2564	717	108	3,45%	118	5,6	598	2794	487	108
2027	791.855	2.624.600.581	3314	3314	3,31%	118	6,1	641	2590	724	109	3,46%	118	6,1	641	2822	492	109
2028	798.622	2.674.223.294	3349	3349	3,33%	118	6,6	686	2617	731	110	3,47%	118	6,6	686	2851	497	110
2029	806.969	2.730.037.400	3383	3383	3,35%	119	7,1	731	2645	739	112	3,50%	119	7,1	731	2881	502	112
2030	810.382	2.769.565.769	3418	3418	3,36%	120	7,6	776	2672	746	113	3,51%	119	7,6	776	2911	507	113
2031	814.812	2.812.794.422	3452	3452	3,37%	120	8,1	823	2699	753	114	3,52%	120	8,1	823	2940	512	114
2032	817.897	2.851.003.579	3486	3486	3,38%	120	8,6	871	2725	761	115	3,53%	120	8,6	871	2969	517	115
2033	823.820	2.899.826.517	3520	3520	3,41%	121	9,1	920	2751	769	116	3,56%	121	9,1	920	2998	522	116
2034	831.918	2.957.061.933	3555	3555	3,44%	122	9,7	970	2778	776	117	3,59%	122	9,7	970	3027	528	117
2035	836.943	3.003.200.489	3588	3588	3,45%	123	10,3	1021	2804	784	118	3,61%	123	10,3	1021	3055	533	118
2036	844.614	3.060.085.291	3623	3623	3,48%	124	10,9	1073	2831	792	120	3,64%	124	10,9	1073	3085	538	120
2037	854.679	3.127.206.233	3659	3659	3,51%	125	11,5	1126	2859	800	121	3,68%	125	11,5	1126	3115	544	121
2038	867.075	3.204.374.243	3696	3696	3,56%	127	12,3	1179	2888	808	122	3,72%	127	12,3	1179	3147	549	122
2039	881.519	3.290.836.051	3733	3733	3,61%	128	13,0	1233	2917	816	123	3,77%	129	13,0	1233	3179	555	123
2040	896.196	3.379.746.364	3771	3771	3,66%	130	13,9	1288	2947	824	124	3,83%	130	13,9	1288	3211	560	124
2041	911.323	3.471.748.614	3810	3810	3,71%	132	14,7	1344	2977	832	126	3,88%	132	14,7	1344	3244	566	126
2042	926.244	3.564.575.485	3848	3848	3,76%	134	15,6	1401	3008	841	127	3,94%	134	15,6	1401	3277	571	127
2043	940.015	3.654.352.676	3888	3888	3,80%	135	16,5	1459	3039	849	128	3,98%	136	16,5	1459	3310	577	128
2044	955.127	3.751.064.778	3927	3927	3,85%	137	17,4	1518	3070	857	130	4,04%	137	17,4	1518	3344	583	130
2045	969.105	3.844.916.586	3967	3967	3,89%	139	18,3	1577	3101	866	131	4,08%	139	18,3	1577	3379	589	131