

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	7
1 Einführung und Arbeitsauftrag	8
2 Zusammenfassung	11
2.1 Zum Bericht.....	11
2.2 Analyse des Status quo	11
2.3 Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger	12
2.4 Grundszenarien möglicher Ausgestaltungsoptionen eines zukünftigen Systems	12
2.5 Prüfung des Koalitionsauftrags einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden, freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung	13
2.6 Finanzielle Herausforderungen und Handlungsbedarfe.....	13
2.6.1 Genereller Handlungsbedarf.....	14
2.6.2 Rolle der Dynamisierung in einem Teilleistungssystem.....	14
2.7 Deckung des Finanzbedarfs durch Stellschrauben auf der Ausgaben- und Einnahmenseite.....	14
2.8 Fazit.....	15
3 Diesoziale Pflegeversicherung.....	16
3.1 Ziele der sozialen Pflegeversicherung	16

	Seite
3.2	Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung 20
3.2.1	Sozialstaatsprinzip 21
3.2.2	Solidaritätsprinzip in der sozialen Pflegeversicherung 22
3.2.3	Umlageprinzip 23
3.2.4	Subsidiaritätsprinzip 23
3.2.5	Generationengerechtigkeit 23
3.2.6	Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit 24
3.3	Konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung in drei Dimensionen 25
	Säule 1: Beitragsmittel für das Umlageverfahren 27
	Säule 2: Steuermittel des Bundes, der Länder sowie der kommunalen Gebietskörperschaften 27
	Säule 3: Haushaltseinkommen 28
3.4	Einbettung der sozialen Pflegeversicherung in das soziale Sicherungssystem Deutschlands 29
3.5	Strukturelle Situation: Leistungsempfangende, Angebote, Fachkräfte 33
3.6	Herausforderungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung – Fachkräftesicherung 35
4	Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung 38
4.1	Aktuelle bis mittelfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung 38
4.2	Finanzielle Belastungen der Menschen mit Pflegebedarf 38
4.3	Finanzielle Belastungen der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler 40
4.4	Langfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung 41
4.4.1	Auftrag und Modellannahmen 41
4.4.2	Ergebnisse 43
5	Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an die soziale Pflegeversicherung 48
6	Mögliche Maßnahmen zur Bewältigung der finanziellen Herausforderungen bei der Finanzierung von Pflegeversicherungsleistungen bis 2060 56
6.1	Vier Grundscenarien im Teilleistungssystem und Vollleistungssystem 57
6.1.1	Teilleistungssystem 60
6.1.2	Vollleistungssystem 66
6.1.3	Einordnung der Modelle im Hinblick auf die Zielsetzung der sozialen Pflegeversicherung und der sozialstaatsprägenden Prinzipien 73

	Seite	
6.2	Stellschraube zur Vermeidung der Entwertung von Versicherungsleistungen und zur Vermeidung der finanziellen Überforderung der Menschen mit Pflegebedarf	76
6.2.1	Rolle der Dynamisierung in einem Teilleistungssystem	76
6.2.2	Regelgebundene vs. nicht regelgebundene Dynamisierung	76
6.2.3	Modelle der Dynamisierung und ihre finanziellen Wirkungen auf den Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und die Eigenanteile; je nach Ausgestaltung auch eine ausgabeseitige Stellschraube zur Schließung der Finanzierungslücke	78
6.3	Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite mit Finanzwirkungen	82
6.3.1	Stellschrauben (szenarienübergreifend)	83
6.3.2	Stellschrauben (szenarienbezogen)	84
6.4	Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite mit Finanzwirkungen	92
6.4.1	Stellschrauben – szenarienübergreifend	92
6.4.2	Stellschrauben – szenarienbezogen	101
6.3/6.4	Ergebnisse der Finanzwirkungen der Stellschrauben im grafischen Überblick:	108
6.3./6.4-1	Maßnahmen mit Wechselwirkungen - Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	108
6.3./6.4-2	Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend)	111
6.3./6.4-3	Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)	112
6.3./6.4-4	Säule Steuern (szenarienübergreifend)	113
6.3./6.4-5	Maßnahmen mit Wechselwirkungen Einnahmenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	113
6.5	Prüfauftrag einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung	115
7	Kompass für die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden	117
7.1	Politische Leitplanken für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	117
7.1.1	Ausgangslage und Zielsetzung:	117
7.1.2	Pflegeversicherung als soziale Teilabsicherung oder als Vollabsicherung (Dimension I + II)	118

	Seite
7.1.3	Absicherung des Umlagesystems durch einen weiterentwickelten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds 119
7.1.4	Absicherung der Eigenleistungen mit oder ohne ergänzendes verpflichtendes Kapitaldeckungsverfahren 119
7.1.5	Ermittlung des Finanzbedarfs und Stellschrauben auf der Ausgabenseite (Dimension 0) 119
7.1.6	Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die Säulen Beitragsmittel, Steuern und individuelle/private Beteiligung (Dimension III) 120
7.1.7	Einigung auf einnahmeseitige Stellschrauben der Dimension IV 120
7.2	Prüfbausteine 120
8	Schlussbemerkung 122
	Quellenverzeichnis 123
Anlage 1	IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Februar 2024 125
Anlage 2	IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Mai 2024 269
Anlage 3	Übersicht zu den Ergebnissen der Expertenanhörungen vom 11.12.2023 und 19.01.2024 389
Anlage 4	Gemeinsames Positionspapier der Länder-Abteilungsleitungen „Pflege“ betr. Investitionskosten 397

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Herausforderungen im Hinblick auf die soziale Pflegeversicherung.....	9
Abbildung 2: Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung	22
Abbildung 3: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit drei Dimensionen	26
Abbildung 4: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil an der finanziellen Gesamtbelastung	30
Abbildung 5: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil und finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung.....	30
Abbildung 6: Nettoausgaben Hilfe zur Pflege.....	31
Abbildung 7: Bundesdurchschnittliche finanzielle Belastung Pflegebedürftiger bei vollstationärer Versorgung nach Verweildauer	40
Abbildung 8: Befragung des Allensbach-Instituts: Nutzung von Unterstützungsleistungen	48
Abbildung 9: Befragung des Allensbach-Instituts in Bezug auf die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit.....	49
Abbildung 10: Befragung des Allensbach-Instituts: Vorstellungen zur Pflegesituation in 10 bzw. 15 Jahren in Deutschland.....	50
Abbildung 11: Befragung des Allensbach-Instituts nach den politischen Zielen, um die sich die Regierung besonders kümmern sollte.....	51
Abbildung 12: Befragung des Allensbach-Instituts zur Absicherung pflegebedürftiger Menschen.....	52
Abbildung 13: Befragung des Allensbach-Instituts nach Präferenzen für die zukünftige Pflegefinanzierung	52
Abbildung 14: Befragung des Allensbach-Instituts zur individuellen vs. staatlichen Kostenübernahme	53
Abbildung 15: Forsa-Umfrage zur Zukunft der gesetzlichen Pflegeversicherung.....	54
Abbildung 16: Forsa-Umfrage zur zukünftigen Finanzierung steigender Pflegekosten.....	54
Abbildung 17: Forsa-Befragung zur Beantragung von Sozialhilfe durch Pflegebedürftige	55
Abbildung 18: Vier Grundszenarien im Teilleistungs- und Vollleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung	58
Abbildung 19: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inklusive Ausgabenseite).....	59
Abbildung 20: Szenario Ia.....	61
Abbildung 21: Szenario Ib	64
Abbildung 22: Szenario IIa	68

	Seite
Abbildung 23: Szenario IIb	71
Abbildung 24: Maßnahmen mit Wechselwirkungen – Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	109
Abbildung 25: Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend).....	111
Abbildung 26: Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend.....	112
Abbildung 27: Säule Steuern (szenarienübergreifend.....	113
Abbildung 28: Maßnahmen mit Wechselwirkungen Einnahmenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	114
Abbildung 29: Vier Grundscenarien im Teil- und Vollleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung	117
Abbildung 30: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen.....	118

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Pflegebedürftige SPV und PPV sowie Hilfe zur Pflege.....	19
Tabelle 2: Leistungsausgaben Pflegeversicherung (PV) 2005 bis 2022 sowie Verhältnis HzP zu PV	20
Tabelle 3: Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp	32
Tabelle 4: Übersicht der Anzahl von Pflegebedürftigen je Pflegegrad – Entwicklung 2019 bis 2023.....	33
Tabelle 5: Anzahl der Pflegebedürftigen je Versorgungsform – Entwicklung 2019 bis 2023.....	34
Tabelle 6: Strukturdaten zur pflegerischen Versorgung.....	35
Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse der neun Modellszenarien, modelliert vom IGES Institut	43
Tabelle 8: Zentrale Ergebnisse der neun Szenarien auf Grundlage der Modellrechnung des IGES Instituts	44
Tabelle 9: Wirkungen der Dynamisierung im Umfang der Inflationsrate im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung	79
Tabelle 10: Wirkungen einer werterhaltenden Dynamisierung im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung.....	80

1 Einführung und Arbeitsauftrag

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) als jüngster Zweig der deutschen Sozialversicherung wurde 1995 mit dem Ziel eingeführt, das Risiko der Pflegebedürftigkeit als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes, allgemeines Lebensrisiko abzusichern.¹ Sie soll dazu beitragen, die aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern. Hierzu heißt es in dem entsprechenden Gesetzentwurf aus dem Jahr 1993:

„Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“.

Die soziale Pflegeversicherung wurde als Teilleistungssystem konzipiert:

„Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung weder angestrebt noch erreicht“.

Vielmehr stellt „die Pflegeversicherung eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistung des Versicherten nicht entbehrlich machen“. Sie gibt der häuslichen und ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen den Vorrang vor vollstationärer Pflege. Dabei baut sie auf die Solidaritätsbereitschaft der An- und Zugehörigen und auf die Sorgebereitschaft informeller Netze.

Pflegebedürftige Menschen im Sinne des Gesetzes (Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XI) erhalten in Abhängigkeit vom Pflegegrad und vom Versorgungssetting einen gesetzlich festgelegten Leistungsbetrag. Dabei wird zwischen häuslicher bzw. ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege unterschieden. Für die teil- und vollstationäre Pflege werden Sachleistungen gewährt. In der häuslichen Pflege können Menschen mit einem Pflegebedarf anstelle von Sachleistungen Pflegegeld erhalten, um die häusliche Pflege in der Regel durch An- und Zugehörige selbst sicherzustellen. Abhängig von den individuellen Bedürfnissen und Bedarfslagen entstehen dem pflegebedürftigen Menschen Eigenanteile resp. Zuzahlungen durch die Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen.

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt – wie überwiegend auch in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung – im Umlageverfahren. Die Beitragseinnahmen eines Jahres werden für die Ausgaben desselben Jahres verwendet, die durch die Leistungsgewährung für pflegebedürftige Menschen entstehen.

Gerade aus diesen systemprägenden Merkmalen, dem Teilleistungssystem und dem Umlageprinzip, ergeben sich aber besondere Risiken – sofern der Gesetzgeber nicht gegensteuert.

Der demografische Wandel stellt für das Umlageverfahren eine besondere Herausforderung dar. Zum einen geht damit ein erwartbarer Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials einher, das zu einem weit überwiegenden Teil die Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung bestimmt. Zum anderen werden neben der Tatsache, dass die Zahl der Pflegebedürftigen über das Demografie bedingt erwartbare Maß steigt, auch die Babyboomer in den kommenden Dekaden potenziell zu Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern, was den Druck auf die Ausgabenseite nochmals erhöht. In der Gesamtschau führt dies bei einem unveränderten Beitragssatz und gleichzeitiger Konstanthaltung des Realwertes der Leistungen zu einem Auseinanderlaufen von Ausgaben und Einnahmen der Pflegeversicherung. Hierdurch werden sowohl die Finanzierbarkeit als auch die Leistungsfähigkeit gefährdet.

Darüber hinaus gefährden Preis- und Lohnentwicklung, und damit einhergehende steigende Eigenanteile, die Akzeptanz des Teilleistungssystems.

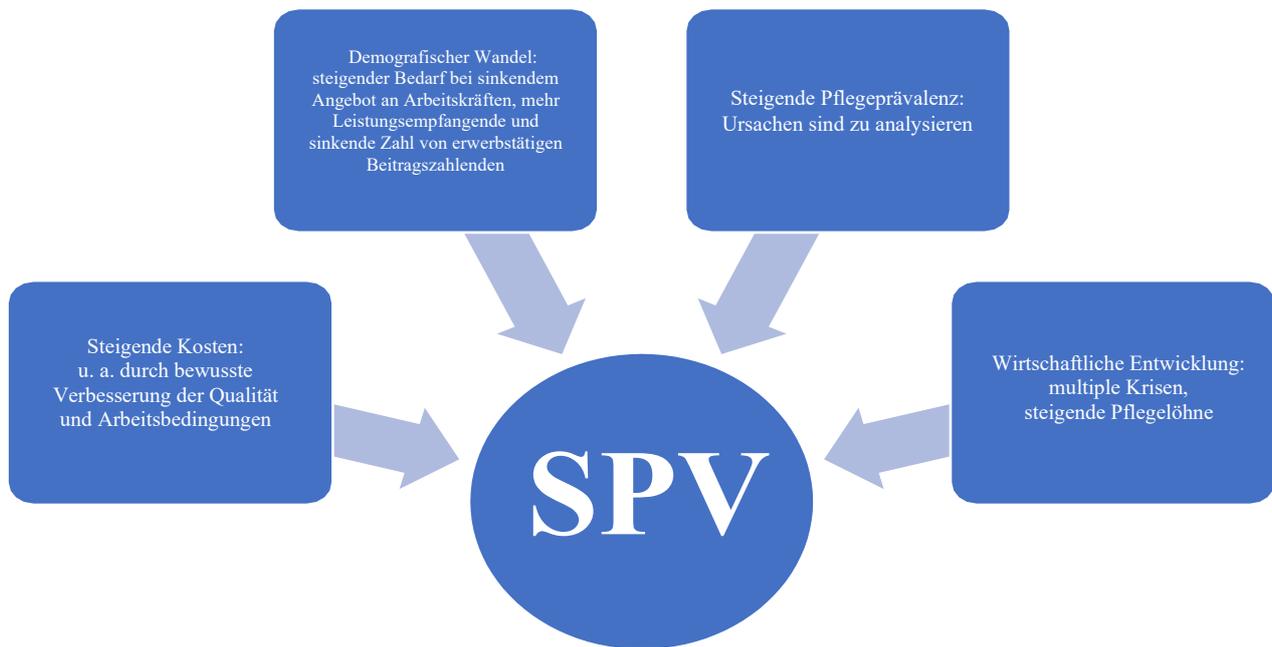
Durch die zum Teil deutlichen Leistungsausweitungen – vor allem in der letzten Dekade, zuletzt mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) – sind die Empfängerzahlen und die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung stark gestiegen, gleichzeitig steigen aber auch die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären resp. die Zuzahlungen in der ambulanten Pflege weiter. Dies führt zunehmend zu einer finanziellen Überforderung pflegebedürftiger Menschen. Ursächlich hierfür sind insbesondere die krisenbedingte Verteuerung der Sachkosten, die gesetzlich verpflichtende Bezahlung von professionell Pflegenden auf Tarifniveau, sowie die gesetzlichen Vorgaben für die personelle Ausstattung und der gleichzeitig wirkende Fachkräfteengpass in der Pflege.

¹ Vergleiche Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 1, auch für die folgenden Zitate.

Eine Dynamisierung, die diesen Entwicklungen Rechnung trägt und dem Ziel des Erhalts des realen Leistungs-niveaus folgt, ist mit weiteren Ausgabenwirkungen verbunden. Eine fehlende oder nicht ausreichende Dynamisierung wiederum ginge mit einer systematischen, dauerhaften Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen einher. In diesen Zusammenhängen wird gleichzeitig auch auf die Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie auf die Belastung der Wirtschaft zu achten sein. Steigende Sozialabgaben und haushaltspolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen müssen in der Diskussion um eine langfristig stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt werden.

Ziel muss es sein, die soziale Pflegeversicherung als tragende Säule der Absicherung des Pflegerisikos langfristig finanzierbar zu halten und so dafür zu sorgen, dass sie weiterhin für alle Generationen eine verlässliche Absicherung bleibt.

Abbildung 1: Herausforderungen im Hinblick auf die soziale Pflegeversicherung



Quelle: Eigene Darstellung

Die dringende Notwendigkeit, die Eigenanteile zu begrenzen, haben die die Bundesregierung tragenden Parteien in ihrem Koalitionsvertrag aufgegriffen und vereinbart: „Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung zu ergänzen, die die vollständige Übernahme der Pflegekosten absichert. Eine Expertenkommission soll demnach konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind.

Der privaten Pflegeversicherung sollen vergleichbare Möglichkeiten gegeben werden“².

Der Gesetzgeber hat – u. a. dies berücksichtigend – die Bundesregierung mit dem PUEG beauftragt, Vorschläge für die langfristige Leistungsdynamisierung zu erarbeiten und bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorzulegen. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden.³ Dieser in der Begründung des Gesetzentwurfs beschriebene Auftrag wurde mit Beschluss des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum PUEG noch einmal bekräftigt: „Die Bundesregierung wird unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorlegen. Hierbei wird insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet. Dabei wird

² Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/ Die Grünen und der Freien Demokraten (FDP), Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

³ Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 25. April 2023, Bundestagsdrucksache 20/6544, Seite 36.

auch die langfristige Leistungsdynamisierung berücksichtigt“⁴.

Bei der Erarbeitung von Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber demnach nicht nur vorausgesetzt, dass auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden muss, sondern er erwartet auch Vorschläge, wie die Leistungsdynamisierung langfristig ausgestaltet werden soll: „Zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten“⁵.

Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags hat die Bundesregierung eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingesetzt. In dieser waren das Bundesministerium der Finanzen, das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vertreten. Bei der Erarbeitung dieses Berichts wurden zudem die Länder, vertreten durch Baden-Württemberg (B-Land) und Rheinland-Pfalz (A-Land), einbezogen. Die Arbeitsgruppe hat auch den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag aufgegriffen und den Vorschlag für eine die soziale Pflegeversicherung ergänzende freiwillige, paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung geprüft.

Die Arbeitsgruppe nahm im Juni 2023 ihre Arbeit auf und schloss diese am 31. Mai 2024 ab. In den Sitzungen fanden ein breiter fachlicher Austausch und Diskurs über die gegenwärtige Ausgestaltung und modellhafte Weiterentwicklungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung statt. Dabei wurde deutlich, dass im Hinblick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten teilweise unterschiedliche Ansätze und Blickwinkel bestehen – dies galt sowohl innerhalb der AG als auch für die einbezogenen Positionen aus der Wissenschaft. Insoweit lassen sich folglich auch unterschiedliche Ansätze zur Weiterentwicklung denken. Wesentlich dafür ist letztlich der Standpunkt, von dem aus auf die soziale Sicherung und hier insbesondere auf die soziale Pflegeversicherung geblickt wird.

Der Bericht konzentriert sich auf die Frage der langfristigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Fragestellungen zur künftigen Sicherstellung der Unterstützungs- und Pflegestrukturen sind hingegen nicht prioritär Gegenstand dieses Berichts. Dieses Thema soll im Rahmen anderer Verfahren, auch laufender Gesetzgebung, aufgegriffen werden. Vielmehr ist das Ziel aller, an der Erstellung des Berichts Beteiligten, die Finanzierungsbedarfe der sozialen Pflegeversicherung aufzuzeigen und mögliche Stellschrauben für eine stabile und dauerhafte Finanzierung umfassend und objektiv zu beschreiben. Es soll ein Kompass, als Grundlage für die weitere Entscheidungsfindung geschaffen werden.

Die Nennung einzelner Maßnahmen erfolgt wertneutral, eine Vorfestlegung der Bundesregierung – auch vor dem Hintergrund laufender oder künftiger Haushaltsverhandlungen – ist damit nicht verbunden. Dies gilt ebenfalls sowohl im Hinblick auf die Finanzen der sozialen Pflegeversicherung als auch auf andere Sozialversicherungssysteme.

Als Grundlage für die Arbeiten wurden zwei externe Studien in Auftrag gegeben, die durch das IGES Institut durchgeführt wurden:

1. Studie zur Berechnung der langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung inkl. Eigenanteilen, Hilfe zur Pflege, Unterkunft und Verpflegung, Ausbildung und Investitionskosten sowie
2. Studie zu Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf der Einnahmen- und Ausgabenseite auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung⁶.

Darüber hinaus wurden zwei Expertenanhörungen zu den Themen „Generationengerechtigkeit“ und „Prüfung einer freiwillig, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung“ durchgeführt, deren Ergebnisse in den Bericht eingeflossen sind.

⁴ Bundestagsdrucksache 20/6983, Seite 90 Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz vom 25.05.2023.

⁵ Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 25. April 2023, Bundestagsdrucksache 20/6544, Begründung zu Nr. 14, Seite 65.

⁶ Die Ergebnisse dieser Berechnung der finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben durch das IGES Institut werden im Bericht zusammengefasst dargestellt, eine Empfehlung für oder gegen eine Stellschraube ist damit nicht verbunden. Die Simulation einer Stellschraube durch das IGES Institut kommt nicht automatisch einer Zustimmung zu dieser Stellschraube durch alle Mitglieder der AG gleich.

2 Zusammenfassung

2.1 Zum Bericht

Der vorliegende Bericht zur langfristigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung beinhaltet sowohl die Expertise der Exekutive als auch der Wissenschaft und wird gestützt durch objektive Studien und Analysen. Mit diesem Bericht liegen nunmehr datengestützte Darstellungen möglicher Szenarien für eine systemische Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, die damit verbundenen Langfristprojektionen zu ihrem Finanzierungsbedarf bis zum Jahr 2060 sowie mögliche Stellschrauben auf der Ausgaben-, wie auch der Einnahmenseite mit entsprechenden Finanzwirkungen vor. Der Bericht schließt unter Kapitel 7. mit einem Kompass für einen möglichen weiteren Entscheidungsprozess ab.

2.2 Analyse des Status quo

Ausgangspunkt der diesem Bericht zugrunde liegenden Überlegungen für eine langfristige, stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung war zunächst die Analyse des aktuellen Systems (Status quo).

Der weit überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen wird ambulant versorgt. Von den rund 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen entsprach dies Ende 2023 rund 4,4 Millionen (rund 84 Prozent). 3,1 Millionen Menschen wurden überwiegend durch Angehörige gepflegt. Rund 700.000 (rund 13 Prozent) Menschen wurden vollstationär und rund 140.000 (rund 3 Prozent) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt (vgl. hierzu Kapitel 3.5.).

Die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung lagen im Jahr 2023 bei rund 59,2 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die ambulanten Leistungen beliefen sich auf rund 36,2 Milliarden Euro, für stationäre Leistungen lagen sie bei rund 19,7 Milliarden Euro (ohne stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe rund 19,3 Milliarden Euro). Auch in der Ausgabenstruktur der sozialen Pflegeversicherung spiegelt sich der Wunsch von Menschen wider, bei Pflegebedürftigkeit in der privaten Häuslichkeit versorgt zu werden. Auffällig ist das Verhältnis Leistungsempfänger zu Leistungsausgaben bei den Ausgaben im vollstationären Bereich: Die 13 Prozent vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (ohne Pflegebedürftige, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden) nehmen rund 34,5 Prozent der Gesamtausgaben für häusliche (ambulante) und stationäre Pflege (rund 19,3 Milliarden Euro von rund 55,9 Milliarden Euro) in Anspruch; mit dem Leistungszuschlag für die vollstationäre Pflege in Abhängigkeit von der Verweildauer findet eine noch stärkere Fokussierung der Ausgaben zugunsten des vollstationären Sektors statt.

Die aktuelle Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist wesentlich geprägt durch die finanziellen Belastungen während der Corona-Pandemie, aber in noch größerem Ausmaß durch den anhaltend starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der weit über das allein aus der demografischen Entwicklung erwartbare Maß hinausgeht (vgl. zur Struktur der Leistungsempfänger Kapitel 3.5.). Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 ist die Zahl der Pflegebedürftigen durchschnittlich um etwa 300.000 Personen pro Jahr angestiegen. Der Anstieg ist damit deutlich höher ausgefallen als im Rahmen der Vorbereitungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf Basis empirischer Studien angenommen wurde bzw. als er sich rein demografisch bedingt bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit unter den Bedingungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erklären ließe. Dies gilt auch für die letzten beiden Jahre: Im Jahr 2022 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung um rund 270.000 und im Jahr 2023 sogar um rund 360.000 angestiegen. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, die Ursachen für diesen unerwartet starken Anstieg wissenschaftlich zu analysieren.

Im Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung müssen pflegebedürftige Menschen ggf. aus ihren privaten finanziellen Mitteln Eigenanteile zahlen, die sie je nach gewählter Leistungsart und Versorgungsform finanziell unterschiedlich stark belasten.

Die Höhe der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden Kosten bei vollstationärer Versorgung variiert zwischen den Regionen und den einzelnen Einrichtungen. Im Bundesdurchschnitt ergab sich, unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI, die von der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich zu den gesetzlich festgelegten Leistungsbeträgen gezahlt werden, zum 1. Januar 2024 je nach Verweildauer in der Einrichtung monatlich zwischen 2.689 Euro (inkl. Investitionskosten sowie Kosten der Unterkunft und Verpflegung; davon rein pflegebedingter Eigenanteil: 1.283 Euro) und 1.783 Euro (inkl. Investitionskosten und Unterkunft und Verpflegung; davon rein pflegebedingter Eigenanteil : 377 Euro). Ohne Leistungszuschlag läge der Betrag bei 2.915 Euro bzw. der rein pflegebedingte Anteil bei 1.509 Euro. Für den ambulanten Bereich gibt es keine validen

statistischen Grundlagen für die durchschnittliche Höhe der selbstfinanzierten Leistungen. Auf Basis der aufgeführten Zahlen tragen die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) – nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung – pflegebedingte Kosten in Höhe von jährlich rechnerisch rund 8,9 Milliarden Euro. Unter Einbezug der Investitionskosten und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind es jährlich rechnerisch rund 21,7 Milliarden Euro (vgl. hierzu Kapitel 3.4 und 4.2).

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Neben den Beitragseinnahmen (Finanzierungssäule 1) von über 58 Milliarden Euro im Jahr 2023 und den privat aufzubringenden Eigenanteilen (Finanzierungssäule 3) tragen Bund, Länder und kommunale Gebietskörperschaften (Finanzierungssäule 2) mit Steuermitteln in Höhe von insgesamt rund 6,6 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege bei (vgl. hierzu Kapitel 3.3 und 4.3).

2.3 Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger

Werden die Bürgerinnen und Bürger nach ihren politischen Präferenzen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung gefragt und danach, wie sie die Zukunftsperspektiven zur Finanzierung der Langzeitpflege beurteilen, ergibt sich aus jüngsten Umfrageergebnissen, dass ihre Präferenzen bei diesem Thema nicht eindeutig sind (vgl. hierzu Kapitel 5):

Nach Umfragen des Allensbach-Instituts in den Jahren 2022 und 2024⁷ wird eine finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung am ehesten durch mehr private Vorsorge gesehen. Ein Verlass auf staatliche Leistungen spielt eine geringere Rolle. Zur dauerhaften Sicherung der Pflegefinanzierung stellt sich nur eine Minderheit vor, die weitgehend befürwortete soziale Pflegeversicherung ganz abzuschaffen und die Kosten für die Pflege vollständig über Steuern zu finanzieren. Eher fänden Maßnahmen zur Entlastung der sozialen Pflegeversicherung Zustimmung. Die Mehrheit präferiert eine Ergänzung der Pflegeversicherung durch die Förderung von mehr privater Vorsorge sowie eine stärkere Beteiligung von Vermögenden an ihren eigenen Pflegekosten.

Die FORSA-Umfrage im Auftrag der DAK (2023⁸) ergibt, dass die Mehrheit der Befragten sich dafür ausspricht, dass die soziale Pflegeversicherung weiterhin alle wesentlichen Pflegekosten übernimmt. Die Umfragen zeigen aber auch, dass eine Beitragserhöhung nicht das Mittel der Wahl ist.

Wiederum findet laut Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2023⁹) die Stärkung der solidarischen Finanzierung eine große Akzeptanz: Gesetzlich wie auch privat Versicherte sprechen sich überwiegend dafür aus, Beamtinnen/Beamte, Selbstständige und Besserverdienende an der solidarischen Finanzierung der Pflegekosten zu beteiligen.

2.4 Grundscenarien möglicher Ausgestaltungsoptionen eines zukünftigen Systems

Ausgehend vom Teilleistungscharakter und der Umlagefinanzierung des jetzigen Systems (inkl. ergänzender Kapitaldeckung zur Beitragssatzstabilisierung) wurden von der Arbeitsgruppe alternative Ausgestaltungsoptionen entwickelt (vgl. Kapitel 6.1.). In der Kombination der systemprägenden Elemente Teil- vs. Vollleistungssystem und Umlage- vs. Kapitaldeckungsverfahren (mit Augenmerk auf Demografiefestigkeit) ergeben sich vier Grundscenarien für die konstitutive Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. zu den konstitutiven Merkmalen Kapitel 3.3.), in die sich alle derzeit im fachpolitischen Diskurs erörterten Reformmodelle einordnen lassen.

Damit werden die Möglichkeiten unterschiedlicher Reichweiten der Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit aufgezeigt, von einer sozialen Teilabsicherung bis hin zur sozialen Vollabsicherung. Diese könnten jeweils über eine verpflichtende ergänzende Kapitaldeckung in unterschiedlicher Organisationsform und Ausprägung bis hin über ein reines Umlageverfahren finanziert werden. Je nach Ausgestaltung werden die künftige Finanzierungslücke sowie der sich daraus ergebende notwendige Reformbedarf in der sozialen Pflegeversicherung auf der Ausgaben- und Einnahmenseite kleiner oder größer sein.

⁷ Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76).

⁸ Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Zukunft der Pflegeversicherung, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag der DAK-Gesundheit, (2023).

⁹ Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), Zok, Klaus/Jacobs, Klaus, WiDO-monitor, Solidarität steht hoch im Kurs – Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten, 1/ 2023.

Für ein Teilleistungssystem ergeben sich zwei Modelle. Modell Ia ist die Weiterführung des Status quo (bezogen auf die konstitutiven Elemente) mit weiterhin geteilter Verantwortung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und privater Eigenleistungen. Ob und wie für Pflegebedürftigkeit im Alter ergänzend privat vorgesorgt wird, bleibt freiwillig. Das Modell Ib stellt eine Weiterentwicklung des Teilleistungssystems dar, mit Augenmerk auf die Begrenzung der Eigenanteile resp. Zuzahlungen (sektorenunabhängig), finanziert durch eine verpflichtend ergänzende individuelle Vorsorge, die durch die private Versicherungswirtschaft organisiert wird.

Für ein Vollleistungssystem ergeben sich ebenfalls zwei Modelle: Eines wäre das Szenario IIa, bei dem die Absicherung des Pflegerisikos zu einem weitgehend umfassenden Anspruch mit Augenmerk auf die Begrenzung der Eigenanteile respektive Zuzahlungen weiterentwickelt wird. Dieses würde über das umlagefinanzierte Teilleistungssystem sowie über einen aus Steuermitteln solidarisch verankerten Kapitalstock für jeden und jede Versicherte/n finanziert. Hierbei sind auch Mischfinanzierungen aus Steuermitteln und Eigenmitteln vorstellbar. Im Szenario IIb wird nicht an das bisherige Teilleistungssystem angeknüpft, sondern das System zum Vollversicherungssystem im Umlageverfahren ausgebaut.

Die Szenarien übergreifend würde der Pflegevorsorgefonds weiterhin die Beitragssatzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung und damit das Umlageverfahren stützen. Hier bestünden allerdings auch Möglichkeiten, den Pflegevorsorgefonds szenarienübergreifend zur demografiefesten Ausgestaltung des Umlageverfahrens und zur Beitragssatzstabilisierung in den nächsten Dekaden durch einen solidarischen, kollektiven, steuerfinanzierten Kapitalstock weiterzuentwickeln. Dieser würde die Generationengerechtigkeit stärken.

2.5 Prüfung des Koalitionsauftrags einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden, freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung

Zur Forderung aus dem Koalitionsvertrag, eine die soziale Pflegeversicherung ergänzende, freiwillige, paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung zu prüfen, hat die Arbeitsgruppe eine Expertenanhörung durchgeführt. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Expertinnen und Experten übereinstimmend zu der Einschätzung kamen, dass das Ziel einer nachhaltig und generationengerecht finanzierten Absicherung des Pflegerisikos in einer alternden Gesellschaft, mit den Systemdimensionen der Freiwilligkeit, der paritätischen Finanzierung und der Vollversicherung, nicht erreicht werden könne. Im Falle einer umfassenden Absicherung des Pflegerisikos über ein Vollleistungssystem sprechen sich einige Expertinnen und Experten für eine Pflegevollversicherung im bestehenden Umlageverfahren, ein anderer Teil hingegen für eine obligatorische private Zusatzversicherung, die auch staatlich organisiert werden könnte, aus. Im Szenario IIa werden Aspekte dieses Prüfauftrags aufgegriffen (vgl. hierzu Kapitel 6.5).

2.6 Finanzielle Herausforderungen und Handlungsbedarfe

In Bezug auf die langfristigen finanziellen Herausforderungen und Handlungsbedarfe hat das

IGES Institut eine Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung und deren Leistungsbestandteilen erstellt. Dabei wurden auch die entsprechenden Wechselwirkungen im Hinblick auf die Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen sowie der Hilfe zur Pflege bis zum Jahr 2060 auf Basis des aktuellen Rechts (inkl. den Wirkungen der Regelungen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes) betrachtet (vgl. hierzu Kapitel 4.4.2). In Bezug auf die Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung wurden Annahmen getroffen, die nach 2028 über den bestehenden rechtlichen Status quo, oder dessen hypothetischer Fortschreibung, hinausgehen (siehe hierzu auch Kapitel 2.6).

Das IGES Institut hat insgesamt neun Modellszenarien entwickelt und bewertet (vgl. hierzu Kapitel 4.4.2). Für die szenarienprägenden Merkmale Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Entwicklung der Pflegeprävalenz wurden verschiedene Annahmen getroffen. Der jeweilige Finanzbedarf der Szenarien wurde in Beitragssatzpunkten abgebildet. Diese Angaben stellen keine Prognose der tatsächlichen Beitragssatzentwicklung dar, sondern beziffern eine, sich auf Basis bestimmter Annahmen langfristig ergebende, Finanzierungslücke, die entstünde, wenn keine weiteren Maßnahmen ergriffen würden. Es wird ein durchschnittlicher rechnerischer Beitragssatz angegeben, unter Berücksichtigung der Finanzwirkungen, die sich aus der Differenzierung des tatsächlichen Beitragssatzes nach der Anzahl der Kinder ergibt.

2.6.1 Genereller Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der Szenarien zeigen, dass alle drei szenarienprägenden Merkmale (Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Entwicklung der Pflegeprävalenz) zur Entwicklung eines rechnerisch erforderlichen, ausgabendeckenden Beitragssatzes (dem Finanzbedarf) beitragen. In der Tendenz bestimmt die Lohnentwicklung im Zusammenwirken mit der Entwicklung der Pflegeprävalenz die Höhe des rechnerisch erforderlichen Beitragssatzes zu einem wesentlichen Teil. Je besser die allgemeine Lohnentwicklung ist und je mehr es gelingt, die Steigerung der Pflegeprävalenz abzumildern resp. zu verstetigen, desto geringer ist der Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung resp. die Finanzierungslücke. Demografiebedingt und abhängig von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird im Teilleistungssystem mit werterhaltender Dynamisierung für pflegebedürftige Menschen langfristig eine Finanzierungslücke von 0,5 bis 2,6 Beitragssatzpunkten, im Mittel von 1,4 Beitragssatzpunkten, entstehen. Der mittlere Wert entspricht in „heutigen Preisen“ rund 24 Milliarden Euro (2022 beträgt 1 Beitragssatzzehntel rund 1,7 Milliarden Euro; vgl. hierzu die Kapitel 4.4.2 und 6.2.2).

Wenn im ungünstigsten Fall die Pflegeprävalenz in den nächsten 15 Jahren weiterhin über dem demografiebedingt erwarteten Niveau liegen, und die Lohnentwicklung schwach ausfällt, kann auch ohne weitere Leistungsverbesserungen resp. Werterhalt der Pflegeversicherungsleistungen ab dem Jahr 2028 eine Finanzierungslücke von 0,6 Beitragssatzpunkten im Jahr 2060 entstehen.

2.6.2 Rolle der Dynamisierung in einem Teilleistungssystem

Die Ausgestaltung der Dynamisierung in einem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung hat maßgeblichen Einfluss sowohl auf die Vermeidung der finanziellen Überforderung von pflegebedürftigen Menschen bei den Eigenanteilen resp. Zuzahlungen zu den pflegebedingten Aufwendungen als auch auf die Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. hierzu Kapitel 6.2.1). Eine fehlende oder nicht ausreichende Dynamisierung ginge mit einer systematischen, dauerhaften Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen und einer steigenden finanziellen Belastung der pflegebedürftigen Menschen einher. Durch eine angemessene Dynamisierung kann langfristig die Teilabsicherung der sozialen Pflegeversicherung auf einem angemessenen Niveau bewahrt und die Abhängigkeit von der Hilfe zur Pflege (HzP) begrenzt werden.

Gleichzeitig hat die Ausgestaltung der Leistungsdynamisierung direkte Auswirkungen auf die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung und damit auf deren langfristige finanzielle Tragfähigkeit in einer stark alternden Gesellschaft. Je nach Höhe der Dynamisierung (bspw. Inflation oder Werterhalt) erhöhen sich der bereits existierende Kostendruck auf die soziale Pflegeversicherung sowie die Anforderungen an die weiteren Stellschrauben zur Deckung der Ausgaben- und Einnahmen (vgl. hierzu Kapitel 6.2.3 – Modelle der Dynamisierung und ihre finanziellen Wirkungen auf den Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und die Eigenanteile).

Bei einem Szenario mit werterhaltender Dynamisierung und mittleren Annahmen bei Lohnentwicklung und Pflegeprävalenz für das Jahr 2060 (Szenario 4) ergibt sich rechnerisch ein ausgabendeckender Beitragssatz von 4,6 Prozent (1,4 Prozentpunkte höher als im Basisjahr 2022 mit 3,2 Prozent).

Bei einer Dynamisierung nur in Höhe der Inflationsrate (Szenario 1) – und sonst gleichen Annahmen wie im Szenario 4 – steigt der rechnerisch erforderliche Beitragssatz weniger stark auf 3,9 Prozent an, wobei gleichzeitig der Eigenanteil um etwa ein Drittel stärker steigt. Die niedrigere Dynamisierung führt somit zu einer nur halb so hohen Finanzierungslücke von 0,7 Beitragssatzpunkten. Ohne eine Dynamisierung nach 2028 (Szenario 7) würde der Beitragssatz sogar auf 2,8 Prozent absinken. Der Eigenanteil würde bei diesem Szenario aufgrund der fehlenden Dynamisierung jedoch um 75 Prozent höher ausfallen als im Szenario 4. Der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an der Gesamtzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen sinkt bei einer Leistungsdynamisierung in Höhe der Inflationsrate (Szenario 1) bis 2060 auf 25 Prozent, bei einer werterhaltenden Leistungsdynamisierung (Szenario 4) auf 21 Prozent. Ohne Dynamisierung läge er bei rund 31 Prozent.

2.7 Deckung des Finanzbedarfs durch Stellschrauben auf der Ausgaben- und Einnahmenseite

Neben der Frage des generellen Handlungsbedarfs und der Höhe der Dynamisierung, die die Ausgabenseite wesentlich beeinflusst, sind sowohl Stellschrauben auf der Ausgabenseite denkbar, die langfristig dämpfende finanzielle Auswirkungen haben können, als auch Stellschrauben auf der Einnahmenseite, die bei den Säulen bzw. Finanzierungsquellen „Beitragsmittel, Steuermittel und Eigenleistungen“ ansetzen (vgl. hierzu Kapitel 6.3 und 6.4). Dabei sind jedoch nicht alle Stellschrauben gleichermaßen für alle Szenarien von Bedeutung. Für die Stellschrauben bezogen auf die „Säule Beitragsmittel“ gilt, dass diese für alle Szenarien die Einnahmebasis verbreitern

kann.

Der größere Teil der betrachteten Stellschrauben wäre mit einer Beitragssatzsenkung im Jahr 2060 verbunden (dies entspricht der Deckung einer Finanzierungslücke des Basisszenarios 4). Diese fielen je nach Stellschraube unterschiedlich hoch aus. Die meisten Stellschrauben wären mit einem Beitragssatzsenkungspotenzial im Jahr 2060 von bis zu 0,5 Prozentpunkten gegenüber dem Basisszenario (4,6 Prozent) verbunden, wie bspw. insbesondere die einnahmeseitigen Stellschrauben der „Säule Beitragsmittel“, bspw. die Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“. Es gibt jedoch auch Stellschrauben mit einer noch größeren finanziellen Wirkung, bei deren Umsetzung der Beitragssatz im Jahr 2060 sogar zwischen 0,5 Prozentpunkten und 1,7 Prozentpunkten gegenüber dem Basisszenario (4,6 Prozent) gesenkt werden könnte. Dies wäre bspw. der progressive Beitragssatz. Auf der Ausgabenseite wären dies die rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz und die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik („selbst regulierendes System“). Die allermeisten Stellschrauben gehen jedoch mit Wechselwirkungen im Hinblick auf die finanzielle Belastung der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, und in der Folge auf die Quote ihres Bezugs von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege einher. Diese werden pro Stellschraube ebenfalls dargestellt.

2.8 Fazit

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die soziale Pflegeversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes, allgemeines Lebensrisiko absichern soll. Sie soll auch künftig ein langfristiges Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf sicherstellen. Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen (vgl. Kapitel 3.1), sowie die Prinzipien, die der sozialen Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. Kapitel 3.2), gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. Kapitel 3.2). An diesen Zielen und Prinzipien werden sich die zu entwickelnden Lösungsvorschläge zur Etablierung einer stabilen und dauerhaften Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung messen lassen müssen.

Die Herausforderungen in Bezug auf die Entwicklung möglicher Lösungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung werden in diesem Bericht aufgezeigt, der mit einem Kompass für eine weitere Entscheidungsfindung abschließt.

3 Diesoziale Pflegeversicherung

3.1 Ziele der sozialen Pflegeversicherung

Anknüpfungspunkt für die Überlegungen, die diesem Bericht zugrunde liegen, ist das bestehende System der sozialen Pflegeversicherung. Daher soll an dieser Stelle ein historischer Blick auf die Ziele, die mit der Errichtung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 verfolgt wurden, gerichtet und der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit diese auch weiterhin Gültigkeit besitzen.

Pflegebedürftigkeit wurde bereits, von der den Gesetzentwurf zum Pflege-Versicherungsgesetz (im Folgenden: PflegeVG) im Jahr 1993 einbringenden Koalition aus CDU/CSU und FDP, als „ein unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko“ angesehen, „das schon durch eine angeborene Behinderung, aber auch jederzeit durch Unfall oder durch Krankheit eintreten kann“¹⁰, wobei jedoch eine allgemeine Versicherung zur Absicherung dieses Risikos fehle (wie bspw. bei Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens). Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG) sollte daher das Versprechen eingelöst werden, „eine umfassende Lösung der Pflegeproblematik herbeizuführen“¹¹.

Es wurde in diesem Zusammenhang konstatiert, dass die Tatsache, pflegebedürftig zu werden, „regelmäßig eine hohe Kostenbelastung [bedeutet], die in den meisten Fällen zu einer wirtschaftlichen Überforderung der Betroffenen und damit verbunden zum Verlust von Vermögen und zum sozialen Abstieg führt, in den nicht selten Kinder oder Eltern der Pflegebedürftigen mit hineingezogen werden. Mangels einer anderweitigen Absicherung müssen Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Dies hat häufig die Heranziehung der Unterhaltspflichtigen im Wege des Regresses zur Folge“¹².

Mit der Pflegeversicherung sollte daher „die Versorgung Pflegebedürftiger umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt werden“¹³.

Mit der Errichtung dieses, damals neuen Zweigs der Sozialversicherung, wurden folgende grundlegenden Ziele verfolgt:

– **Versicherung zur Abdeckung des allgemeinen Lebensrisikos von Pflegebedürftigkeit**

Die Pflegeversicherung sollte das Risiko der Pflegebedürftigkeit eigenständig absichern. Es wurde eine allgemeine, umfassende Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt, wobei bis heute das Prinzip gilt „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“: Alle Mitglieder und Familienversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der sozialen Pflegeversicherung versichert, privat Krankenversicherte müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.¹⁴

– **Vermeidung von pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit**

Die Pflege(pflicht)versicherung sollte dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern, und bewirken, dass die überwiegende 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.“¹⁵

Auch sollten die Sozialhilfeträger von ihren hohen Ausgaben für Pflegeleistungen entlastet werden.

– **Grundsatz der Eigenverantwortung und Subsidiarität**

Das Pflegeversicherungsgesetz definierte die „pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ – das gilt bis heute (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Allerdings bedeutete dies nicht, dass die Gesellschaft den

¹⁰ Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 1 (im Folgenden Bundestagsdrucksache 12/5262).

¹¹ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 1; als Alternativen zur Pflegeversicherung wurden davor diskutiert: Verbesserung der Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz; steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz, freiwillige private Pflegeversicherung mit steuerlichen Anreizen sowie private Pflege-Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens (vgl. aaO, Seite 4).

¹² Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

¹³ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

¹⁴ Vgl. Drittes Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

¹⁵ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

Betroffenen alle – durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden – Lasten vollständig abnimmt. So wird im Gesetzentwurf ausgeführt:

„Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung weder angestrebt noch erreicht. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistung der Versicherten nicht entbehrlich machen.“¹⁶

Als Leistungen sollten vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung gestellt werden, um Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen. Der unterstützende Charakter der Leistungen habe dabei zur Folge, dass Pflege und Betreuung durch Familienangehörige auch weiterhin notwendig seien.¹⁷

– **Aufbau einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur zur Verbesserung der Pflegequalität**

Die Pflegeversicherung sollte wesentlich zum Aufbau und zur Vorhaltung einer leistungsfähigen Pflegeinfrastruktur beitragen und die Qualität und Humanität der Pflegeleistungen sowie die gesellschaftliche und materielle Anerkennung der Pflegeberufe fördern. Angesichts eines äußerst unzureichenden Angebots an pflegerischer Versorgung erhielten neue Pflegeeinrichtungen freien Marktzugang in Form eines gesetzlich verankerten Anspruchs auf Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern – unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf. Dabei sollten gewinnorientierte und freigemeinnützige Träger vorrangig berücksichtigt werden. Damit wollte der Gesetzgeber einen geschlossenen Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindern, neuen, innovativen Leistungsanbietern den Zugang zum Pflegemarkt offenhalten und so den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen fördern.¹⁸

Durch die Einführung der Pflegeversicherung konnte die professionelle Langzeitpflege und -betreuung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stark ausgebaut und eine flächendeckende Pflegeinfrastruktur erreicht werden. Mittlerweile gewährleisten rund 15.400 ambulante Pflegedienste und rund 16.100 stationäre Pflegeeinrichtungen eine qualitätsvolle Versorgung der Pflegebedürftigen. Seit dem Jahr 1999 (erstmalige statistische Erfassung nach der Pflegestatistik) hat sich die Zahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen verdoppelt. Von rund 625.000 Beschäftigten im Jahr 1999 sind es 2021 mittlerweile etwa 1.257.000 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen. Die Langzeitpflege gehört in den letzten Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen. Im Jahr 2021 waren insgesamt 1,25 Millionen Personen in Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Dies sind u. a. Altenpflegekräfte, (Kinder-)Krankenpflegekräfte, zusätzliche Betreuungskräfte, hauswirtschaftliche Unterstützungspersonen, Verwaltungskräfte und Mitarbeitende anderer sozialer Berufe.

– **Die oben genannten Ziele wurden erreicht.**

Die mit dem PflegeVG und der Errichtung der Pflege(pflicht)versicherung im Jahr 1995 verfolgten Ziele werden in diesem Bericht uneingeschränkt weiterhin geteilt und liegen den weiteren Überlegungen zugrunde.

Die Pflegeversicherung stellt eine eigenständige Absicherung des Pflegerisikos dar und hat in vielen Fällen die pflegebedürftigen Menschen von finanziellen Zwängen entlastet. Vor diesem Hintergrund bewerten die Betroffenen die Pflegeversicherung in Bevölkerungsbefragungen im Allgemeinen positiv, beobachten aber auch die aktuellen Entwicklungen mit Sorge, hier insbesondere auch die weiter steigenden Kosten.¹⁹ Da die soziale Pflegeversicherung als Teilleistungssystem konstruiert ist, müssen die Pflegebedürftigen aufgrund von Leistungs- und Qualitätsverbesserungen, wie beispielsweise

- erhebliche Ausweitung bzw. Erhöhung sowie Flexibilisierung der Leistungen,
- gleichberechtigte Berücksichtigung von kognitiven Einschränkungen (insbesondere Demenz) bei der Begutachtung durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und entsprechend angepasste Gestaltung des Leistungskatalogs,
- Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen,

¹⁶ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 90.

¹⁷ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

¹⁸ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 136.

¹⁹ Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Seite 33, Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, 2024: „Über drei Viertel der Bevölkerung gehen von wachsenden Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Platz im Pflegeheim aus und fast ebenso viele rechnen mit weiter steigenden Kosten für die Gepflegten und ihre Familien. Dadurch wird auch eine zunehmende soziale Spaltung befürchtet: In Zukunft könnten sich vor allem Wohlhabende noch eine gute Pflege leisten.“

- Verbesserung der Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger,
- Verbesserung von Schulungs- und Beratungsansprüchen, sowie insbesondere
- Lohnerhöhungen für die Beschäftigten

mittlerweile wieder einen ganz erheblichen (und insbesondere in den letzten Jahren stark steigenden) Eigenanteil an den Pflegekosten selbst tragen. Daher wurde mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG²⁰) für den vollstationären Bereich der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI eingeführt, durch den die Zuzahlung zu den pflegebedingten Eigenanteilen je nach Verweildauer begrenzt wird. Dieser durch die Pflegekassen finanzierte prozentuale Zuschuss wird zusätzlich zu den Leistungen des § 43 SGB XI gewährt und wurde zuletzt mit dem PUEG erhöht. Er liegt nunmehr – je nach Verweildauer – zwischen 15 Prozent und 75 Prozent der nach Berücksichtigung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung verbleibenden pflegebedingten Kosten. Eine finanzielle Entlastung der Kinder von pflegebedürftigen Menschen sieht das Recht der Sozialhilfe bereits seit 2020 vor: Diese werden finanziell nur noch herangezogen, wenn sie über ein Bruttoeinkommen von über 100.000 Euro pro Jahr verfügen.²¹

Mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege wirkt die soziale Pflegeversicherung bis heute spürbar entlastend: Belief sich die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege im Jahr 1994 noch auf etwa 454.000, so sank die Anzahl bis 1998 auf rund 222.000. Seither ist sie zwar wieder gestiegen, lag jedoch im Jahr 2022 trotz aller Preissteigerungen und des Wertverlusts der Leistungen der letzten Jahre mit

291.000 Personen nur bei etwa der Hälfte der Empfängerinnen und Empfänger des Jahres 1994. Die absolute Zahl der pflegebedürftigen Menschen (bezogen auf die gesamte Pflegeversicherung), die Hilfe zur Pflege benötigen, ist im Jahr 2022 niedriger als vor zehn Jahren (2013: rund 342.000 und 2022: rund 291.000) – und das, obwohl seither die Zahl der pflegebedürftigen Menschen über das demografiebedingte Niveau stieg und sich seither fast verdoppelt hat (2013: rund 2,6 Millionen und 2022: rund 5,1 Millionen). Im Jahr 2022 selbst ist die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege im Vergleich zum Vorjahr zudem deutlich zurückgegangen, da seit Beginn des Jahres 2022 der prozentuale Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Eigenanteilen bei vollstationärer Versorgung greift. Dieser entlastet pflegebedürftige Menschen insbesondere im Fall längerer Verweildauer in den vollstationären Pflegeeinrichtungen – eine Personengruppe, deren Anteil an den Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zur Pflege am höchsten war. Insgesamt sind weiterhin etwas über 30 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen.

Ein nicht unwesentlicher Anteil, der von pflegebedürftigen Menschen in der vollstationären Pflege insgesamt zu tragenden Kosten, besteht neben dem pflegebedingten Eigenanteil allerdings aus den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung (bundesdurchschnittlich rund 921 Euro im Monat) sowie Investitionskosten mit bundesdurchschnittlich rund 485 Euro im Monat.²²

Entsprechend entlastet die soziale Pflegeversicherung die Sozialhilfeträger nach wie vor deutlich. Im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor ihrer Einführung, gaben die Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege rund 9,1 Milliarden Euro aus (auf das Jahr 2022 hochgerechnet wären das unter Zugrundelegung der Inflation pro Jahr²³ rund 14,4 Milliarden Euro). Im Jahr 2022 waren es netto²⁴ – im Vergleich zu 1994, dem letzten Jahr vor Einführung des neuen Sozialversicherungszweigs – lediglich rund 3,5 Milliarden Euro (siehe hierzu auch die entsprechende Tabelle auf den folgenden Seiten). Die Minderausgaben der Sozialhilfeträger belaufen sich damit bei diesem Vergleich nominal immer noch auf rund 5,6 Milliarden Euro pro Jahr.

²⁰ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021, Teil I, Nr. 44.

²¹ Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe vom 19. Dezember 2019, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019, Teil I, Nr. 46.

²² Vgl. Daten des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek) zum Stichtag 1. Januar 2024, abrufbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflege-versicherung.html.

²³ <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0001&startjahr=1991#abreadcrumb>.

²⁴ Die Nettoausgaben der Sozialhilfe sind die um die Einnahmen bereinigten Ausgaben der Sozialhilfe. Zu den Einnahmen gehören Erstattungen von anderen Sozialleistungsträgern, eigene Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen, Kostenbeiträge von verpflichteten Angehörigen sowie Rückzahlungen von gewährten Hilfen oder Darlehen. Im genannten Jahr 2022 betragen die Bruttoausgaben rund 4,1 Milliarden Euro. Die Einnahmen beliefen sich auf rund 0,6 Milliarden Euro, sodass sich Nettoausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege in Höhe von rund 3,5 Milliarden Euro ergeben haben.

Tabelle 1: **Pflegebedürftige SPV und PPV sowie Hilfe zur Pflege**

Jahr	Pflegebedürftige SPV und PPV (= PV)				Hilfe zur Pflege (am Jahresende)				
	insgesamt	stationär	ambulant	insgesamt	HzP/PV	stationär	HzP/PV	ambulant	HzP/PV
	(in Tausend)	(in Tausend)	(in Tausend)	(in Tausend)	(in Prozent)	(in Tausend)	(in Prozent)	(in Tausend)	(in Prozent)
2005	2.068	683	1.385	257	12,4	200	29,2	58	4,2
2006	2.103	700	1.403	269	12,8	211	30,1	59	4,2
2007	2.170	713	1.457	262	12,1	201	28,2	62	4,3
2008	2.245	720	1.524	285	12,7	218	30,3	68	4,4
2009	2.373	739	1.634	299	12,6	224	30,2	77	4,7
2010	2.430	753	1.677	318	13,1	235	31,2	84	5,0
2011	2.462	759	1.703	330	13,4	241	31,8	90	5,3
2012	2.548	775	1.773	339	13,3	246	31,7	95	5,4
2013	2.641	787	1.854	342	12,9	247	31,3	97	5,2
2014	2.738	800	1.939	350	12,8	253	31,6	99	5,1
2015	2.843	808	2.035	349	12,3	252	31,2	99	4,8
2016	2.938	827	2.111	347	11,8	253	30,6	95	4,5
2017	3.514	833	2.680	287	8,2	234	28,0	55	2,0
2018	3.920	835	3.085	299	7,6	245	29,4	55	1,8
2019	4.118	780	3.338	302	7,3	250	32,1	52	1,6
2020	4.455	758	3.697	316	7,1	263	34,7	54	1,5
2021	4.758	757	4.001	315	6,6	263	34,7	52	1,3
2022	5.046	746	4.300	291	5,8	238	31,9	54	1,3

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts, des PKV-Verbands sowie der Geschäftsstatistiken der Pflegekassen, jeweils Stichtagszahlen (am Jahresende) und BMG (eigene Berechnungen), Hinweise: Werte sind gerundet. Geringe Rundungsdifferenzen sind daher möglich. Ab 2019 erfolgt eine Umstellung der statistischen Erfassung der pflegebedürftigen Menschen. Konkret werden ab 2019 die pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung erstmals auch zum Stichtag separat ausgewiesen, sie werden im Gegensatz zu den Vorjahren nicht mehr zur Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen, die Hilfe zur Pflege erhalten können, hinzugerechnet (2022 waren dies rund 140.000). Vorher wurde diese Gruppe von pflegebedürftigen Menschen bei den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege oder, sofern sie zeitweise nicht in der Pflegeeinrichtung versorgt wurden (z. B. am Wochenende durch die Familie), bei den Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege erfasst.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 2: **Leistungsausgaben Pflegeversicherung (PV) 2005 bis 2022 sowie Verhältnis HzP zu PV**

	Leistungsausgaben SPV	Leistungsausgaben PPV	Leistungsausgaben Pflegeversicherung insgesamt (PV)	Nettoausgaben HzP	Verhältnis HzP zu PV insgesamt
Jahr	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Prozent)
2005	17,0	0,5	17,5	2,6	14,9
2006	17,1	0,5	17,7	2,5	14,3
2007	17,4	0,5	18,0	2,7	14,8
2008	18,2	0,6	18,8	2,8	14,6
2009	19,3	0,6	20,0	2,9	14,4
2010	20,4	0,7	21,1	3,0	14,1
2011	20,9	0,7	21,6	3,1	14,4
2012	21,9	0,7	22,6	3,2	14,4
2013	23,2	0,8	23,9	3,3	13,9
2014	24,2	0,8	25,0	3,5	14,0
2015	26,6	0,9	27,5	3,6	13,0
2016	28,3	0,9	29,2	3,8	13,0
2017	35,5	1,2	36,7	3,4	9,2
2018	38,2	1,3	39,6	3,5	8,7
2019	40,7	1,4	42,1	3,8	9,0
2020	45,6	1,6	47,2	4,3	9,1
2021	50,2	2,1	52,3	4,7	9,0
2022	56,2	2,4	58,6	3,5	6,0

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts, des PKV-Verbands sowie der Geschäftsstatistiken der Pflegekassen, Hinweise: Werte sind gerundet. Geringe Rundungsdifferenzen sind daher möglich.

Auch mit Augenmerk auf die Gesamtausgaben der Gemeinden resp. Gemeindeverbände lag der Anteil der Hilfe zur Pflege bis 2016 konstant bei 1,5 Prozent des Gesamthaushaltes und ist auf 1,0 Prozent im Jahr 2022 gesunken. Berücksichtigt man, dass in einigen Ländern die Hilfe zur Pflege resp. ein Teil der Hilfe zur Pflege aus Landesmitteln gezahlt wird, liegen die Anteile im Bundesdurchschnitt noch niedriger.

3.2 Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung

Neben den Zielen, die der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 zugrunde lagen und die auch bei einer Reform des Systems weiterhin Gültigkeit haben und weiterverfolgt werden sollten, stellte die Konzeption der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungssysteme eine bestimmte Ausprägung des Sozialstaatsprinzips dar. Grundlage für die Ausgestaltung waren das Solidaritätsprinzip, das Umlageprinzip sowie das Subsidiaritätsprinzip. Diese Prinzipien, die auch allen weiteren Reformüberlegungen zugrunde liegen, werden im Folgenden dargestellt.

Darüber hinaus treten aus heutiger Sicht und vor dem Hintergrund – insbesondere der demografischen Herausforderung – zusätzliche Prinzipien in den Vordergrund: die Generationengerechtigkeit, die Nachhaltigkeit sowie die Demografiefestigkeit. Diesen Prinzipien wird im Folgenden ein einheitliches Verständnis zugrunde gelegt.

3.2.1 Sozialstaatsprinzip

Die Bundesrepublik Deutschland ist gemäß Artikel 20 Absatz 1 Grundgesetz (GG) ein „demokratischer und sozialer Bundesstaat“, und die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern hat nach Artikel 28 Absatz 1 GG den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und „sozialen Rechtsstaates“ im Sinne dieses Grundgesetzes zu entsprechen. Aus dieser unveränderlich festgeschriebenen Vorgabe wird das „Sozialstaatsprinzip“ des Grundgesetzes abgeleitet, das durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts konkretisiert wird.²⁵ Danach ist es Aufgabe des Staates, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen. Aus der verfassungsrechtlichen Verankerung einer Sozialpflichtigkeit des Staates ergibt sich eine staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, die auch die Versorgung im Krankheitsfall einschließt.²⁶ Bei der konkreten Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips hat der Gesetzgeber in diesem Rahmen Gestaltungsspielraum.²⁷ Eine gesetzliche Ausprägung dieses Prinzips findet sich seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung in § 8 Absatz 1 SGB XI, in dem die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ausgewiesen wird.

Artikel 1 des Grundgesetzes (GG) bestimmt, dass die Würde des Menschen unantastbar ist. Darüber hinaus werden die Grundrechte des Grundgesetzes als Freiheits- und Gleichheitsrechte verstanden, zum Teil folgen aus ihnen auch Schutzpflichten.

Diese Zielsetzungen finden ihren Niederschlag auch in der Ausrichtung der sozialen Pflegeversicherung, indem sie die Würde des Menschen und die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen zu zentralen Zielen erklären. § 2 SGB XI lautet:

„(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.“

Der Zweck der sozialen Pflegeversicherung ist ein legitimer Gemeinwohlbelang: Fürsorge für pflegebedürftige Menschen ist laut Bundesverfassungsgericht eine soziale Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft. Dem Staat ist die Wahrung der Würde des Menschen in einer solchen Situation der Hilfsbedürftigkeit besonders anvertraut.²⁸

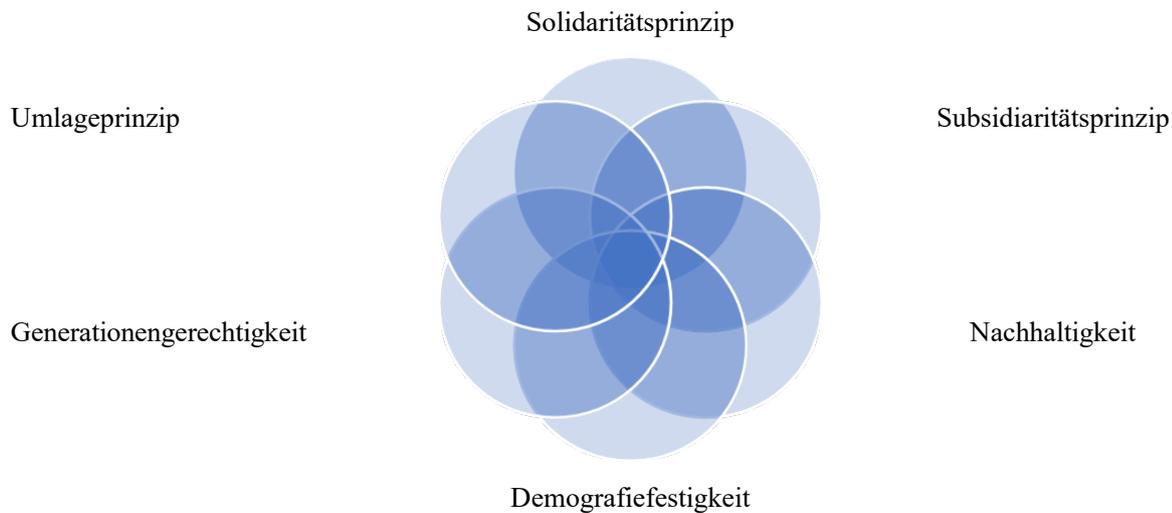
²⁵ Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 7. Auflage 2021, Seite 68 mit Hinweisen auf vgl. u. a. BVerfGE Band 5, Seite 85; Band 22, Seiten 180ff.; Band 35, Seiten 348ff.; Band 59, Seiten 231ff.

²⁶ Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 7. Auflage 2021, Seite 68.

²⁷ BVerfGE Band 22, Seiten 180 ff.; Band 44, Seiten 70 ff.

²⁸ BVerfG, Urteil vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 –, BVerfGE 103, 197, Rn. 80, juris.

Abbildung 2: Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.2 Solidaritätsprinzip in der sozialen Pflegeversicherung

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich zur Realisierung des Sozialstaatsgebots in der Pflege für die Schaffung einer solidarisch finanzierten Pflichtversicherung entschieden. Das Solidaritätsprinzip bedeutet, dass sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft unter Berücksichtigung von deren ökonomischer Leistungsfähigkeit im Pflegefall gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren (die nicht-pflegebedürftigen helfen den pflegebedürftigen Menschen).²⁹ Diese Gemeinschaft bzw. die Unterstützung sind gesetzlich bestimmt und festgeschrieben. In § 8 Absatz 1 SGB XI ist festgelegt: „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Entsprechend dem Versicherungsprinzip kann das finanzielle Risiko, das für ein einzelnes Individuum sehr hoch und ggf. nicht mehr tragbar sein könnte, auf die gesamte Gemeinschaft verteilt werden. Daher ist die Einführung einer Pflicht zur Versicherung mit Zahlung von Pflichtbeiträgen grundsätzlich gerechtfertigt.

Das Solidaritätsprinzip wird grundsätzlich durch verschiedene Elemente realisiert:

Es wird derselbe prozentuale, einkommensabhängige Beitrag bezahlt, wodurch ein sozialer Ausgleich zwischen den Besser- und Geringverdienenden erfolgt.

Für die Höhe des Beitragssatzes spielt weiterhin weder das Geschlecht noch das Alter oder der Gesundheitszustand der bzw. des Versicherten eine Rolle, was einen solidarischen Risikoausgleich zwischen gesunden und pflegebedürftigen Menschen, ebenso zwischen Menschen mit geringerem, höherem oder auch bereits eingetretenem Pflegerisiko bedeutet.

Maßnahmen zum Familienlastenausgleich, die auf einen sozialen Ausgleich zugunsten von Familien mit Kindern und auf die Anerkennung der Erziehungsleistung gerichtet sind, sind die beitragsfreie Mitversicherung, Beitragszuschläge für Kinderlose und Beitragsabschläge für Versicherte mit mehreren Kindern unter 25 Jahren.

3.2.2.1 Grenzen des Solidaritätsprinzips

Im Grundsatz orientiert sich die Beitragssatzerhebung in der sozialen Pflegeversicherung an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitglieds. Allerdings gibt es Abweichungen vom Leistungsfähigkeitsprinzip: Die unterschiedliche Abgrenzung der versicherungspflichtigen Einkommen führt für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu unterschiedlichen Beitragszahlungen. Durch die Begrenzung des Beitrags auf die Beitragsbemessungsgrenze zahlen Mitglieder mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze einen, relativ zu ihren gesamten Arbeitseinkommen, geringeren Beitrag als Mitglieder mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Die Solidargemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung wird zudem dadurch begrenzt, dass es bestimmten Personengruppen (abhängig Beschäftigte mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze) ermöglicht wird bzw. es die grundsätzliche Logik des Systems vorsieht

²⁹ Hinsichtlich Solidarität in Bezug auf die Krankenversicherung siehe: Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 7. Auflage 2021, Seite 69.

(Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige), sich außerhalb der sozialen Pflegeversicherung gegen das Pflegerisiko abzusichern.

3.2.3 Umlageprinzip

In der sozialen Pflegeversicherung gilt das Umlageverfahren: Die laufenden Ausgaben eines Jahres werden aus den laufenden Einnahmen finanziert (Nettozahlende finanzieren Nettoempfangende). Dem liegt die These zugrunde, dass die Sozialausgaben einer Volkswirtschaft immer aus dem laufenden Volkseinkommen erbracht werden müssen; entsprechend werden die Sozialversicherungssysteme in Deutschland im Umlageverfahren finanziert.

3.2.4 Subsidiaritätsprinzip

Auch das Subsidiaritätsprinzip, welches die Eigenverantwortung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt und fördert, muss als natürliche Grenze des Solidaritätsprinzips gesehen werden.

Einzug in politische Überlegungen erhielt das Prinzip durch die Enzyklika „Quadragesimo anno“ von Papst Pius XI. aus dem Jahr 1931. Dort wird das Subsidiaritätsprinzip erstmals ausführlich dargelegt und als zentrales Prinzip der katholischen Soziallehre etabliert. Die Familie wird als die grundlegende Einheit der Gesellschaft definiert. Sie hat das Recht und die Pflicht, ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln. Der Staat sollte nur dann eingreifen, wenn die Familie nicht in der Lage ist, ihre Aufgaben zu erfüllen. Ähnlich verhält es sich mit anderen sozialen Gruppen, wie zum Beispiel Berufsverbänden und Gemeinden. Diese Gruppen sollten ihre eigenen Angelegenheiten so weit wie möglich selbst regeln. Der Staat sollte nur eingreifen, wenn dies zum Schutz des Gemeinwohls erforderlich ist.

Das Subsidiaritätsprinzip ist auch in der Pflegeversicherung eine Maxime, die die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des pflegebedürftigen Menschen, seiner Familie und der Gemeinschaft anstrebt, soweit dies möglich und sinnvoll ist. Nur wenn die Möglichkeiten des bzw. der Einzelnen oder der Gruppe der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf allein nicht ausreichen, hat der Staat resp. Gesetzgeber dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Leistungen und Unterstützungsstrukturen durch regulative Maßnahmen angeboten werden. Dies betrifft neben eigenen finanziellen Ressourcen auch die Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn, die benötigte Pflege zu organisieren oder selbst zu übernehmen. Die Leistungen der Pflegeversicherung waren von Beginn an darauf ausgerichtet, insbesondere bei der häuslichen Pflege die familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung zu ergänzen. Sofern diese Ressourcen aber nicht ausreichen oder nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen, springt der Staat zur Unterstützung ein und/oder schafft Unterstützungsstrukturen.

Aus hiesiger Sicht sollten die eben dargestellten, der Pflegeversicherung bei deren Einführung zugrundeliegenden Prinzipien, um folgende drei Prinzipien ergänzt werden, um das System zukunftsfähig zu machen:

3.2.5 Generationengerechtigkeit

Generationengerechtigkeit zielt darauf ab, gerechte Bedingungen zwischen den verschiedenen Generationen zu gewährleisten. Die heutige Generation sollte so handeln, dass zukünftige Generationen nicht beeinträchtigt werden, sondern ihre Bedürfnisse und Interessen Berücksichtigung finden. Dies betrifft auch die Proportionalität von Aufwand und Ertrag sozialstaatlicher Leistungen.³⁰ In einer stark alternden Gesellschaft ist ein fairer intergenerativer Lastenausgleich unverzichtbar, weil aufgrund des sich zunehmend ändernden Verhältnisses von Älteren und Jüngeren im umlagefinanzierten System der sozialen Pflegeversicherung ansonsten eine immer stärkere Belastung der Jüngeren resultiert. Da demografiebedingt ein Ausgabeanstieg zur Finanzierung der Pflegeleistungen unvermeidbar ist, muss das Ziel sein, diese Ausgaben nicht nur möglichst beschäftigungsfreundlich, sondern auch möglichst gleichmäßig zwischen den Generationen zu verteilen. Eine Reform der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung sollte daher das Ziel verfolgen, inter- und intragenerative Gerechtigkeit anzustreben, um die Akzeptanz für die soziale Pflegeversicherung langfristig zu erhalten. Diese Säulen der Generationengerechtigkeit sind zwar bereits heute Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung, aber nicht ausreichend stark ausgebaut. Zugleich gilt es, demografierelevante Gestaltungsprinzipien künftig stärker für eine zukunftsfähige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

³⁰ <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/generationen-2020/324493/generationengerechtigkeit/>.

3.2.5.1 Mechanismen zur Wahrung der Generationengerechtigkeit

3.2.5.1.1 Intergenerative Solidarität über das Umlageprinzip

Das Umlageverfahren mit Auswirkungen sowohl auf die Einnahmen- als auch die Ausgabenseite ist die Grundlage für Generationensolidarität zwischen den Jungen und den Alten.³¹ Die laufenden Ausgaben des Systems werden größtenteils durch Beiträge der aktuell Versicherten gedeckt. Überwiegend finanziert die erwerbstätige Bevölkerung mit ihren Beiträgen die Leistungen für die pflegebedürftigen Menschen. Umgekehrt wird die nachfolgende erwerbstätige Generation später die Leistungen der derzeitigen Beitragszahlerinnen und -zahler finanzieren. Auch der Familienlastenausgleich als Ausgestaltungsform des Solidarprinzips stellt einen Beitrag zur intergenerativen Generationengerechtigkeit dar und zielt auf einen sozialen Ausgleich zugunsten von Familien und Kindern ab.

Einnahmeseitig sieht die Pflegeversicherung bereits Instrumente vor, die zu einem intragenerativen Ausgleich beitragen. So zahlen Rentnerinnen und Rentner in der sozialen Pflegeversicherung den vollen Beitrag. Zudem ist der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung auch nach Eintritt des Versicherungsfalles zu entrichten.

3.2.5.1.2 Das Kapitaldeckungsprinzip

Anders als das Umlageprinzip werden beim Kapitaldeckungsverfahren die Beiträge der Versicherten am Kapitalmarkt angelegt und ein Deckungskapital gebildet, das die zukünftigen Leistungen abdecken soll. Kapitaldeckungsverfahren haben im Pflegeversicherungssystem zwei unterschiedliche Funktionen bzw. Ausprägungen. Einerseits werden über die private Pflegepflicht- und Pflegezusatzversicherungen direkt pflegebedingte Kosten finanziert, andererseits wird über den Pflegevorsorgefonds die Beitragssatzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung für den Zeitraum 2035 bis 2055 abgedeckt und damit das Umlagesystem gestützt. Das über den Pflegevorsorgefonds eingeführte Kapitaldeckungsverfahren trägt zur intra- und intergenerativen Gerechtigkeit bei. Mit der Kapitaldeckung wird eine gleichmäßigere intertemporale und intragenerative Verteilung der Beitragslasten ermöglicht. Darüber hinaus basieren die private Pflegeversicherung (PPV) und private Zusatzversicherungen zur Deckung des Pflegebedürftigkeitsrisikos (u. a. „Pflege-Bahr“, „CareFlex Chemie“) auf dem Kapitaldeckungsverfahren. Dies bedeutet, dass Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. Zum Ende des Jahres 2022 liegen die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegeversicherung bei ca. 50 Milliarden Euro. Dort richtet sich die Höhe der Versicherungsprämie nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem aktuellen Einkommen beziehungsweise der aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten, sondern nach dem Lebensalter bei Versicherungsbeginn, da die Dauer der Versicherung für den Aufbau des individuellen Kapitalstocks die relevante Größe ist.

3.2.6 Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit

Der wachsende Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Menschen darf nicht zu einem Funktionsverlust der sozialen Pflegeversicherung führen, der zum einen darin bestehen kann, dass die Ausgaben die Einnahmen dauerhaft übersteigen, das Vertrauen in die soziale Pflegeversicherung verloren geht oder auch das Leistungsniveau nach und nach sinkt. Die Absicherung von Pflege- und Gesundheitsrisiken, neben der Absicherung im Alter, prägen den Sozialstaat und gehört seit Jahrzehnten zu den wichtigsten Errungenschaften für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Für sie sind soziale Sicherungssysteme ein anerkanntes Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts; sie haben hohe Erwartungen an die Bundesregierung, diese sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.³² Eine zunehmende Alterung der Gesellschaft darf die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere die soziale Pflegeversicherung, nicht gefährden. Sie leisten einen Beitrag zur Stärkung der gesellschaftlichen Identität und damit zur Stabilität der Demokratie. Dies heißt für das Prinzip der Nachhaltigkeit daher: Nachhaltigkeit kann zum einen darin zum Ausdruck kommen, dass auch langfristig die Einnahmen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung jederzeit decken.

Eine besondere Ausprägung der Nachhaltigkeit in diesem Sinne ist die Demografiefestigkeit: Soziale Sicherungssysteme sind dann demografiefest, wenn eine langfristige Balance zwischen Einnahmen und Leistungsausgaben trotz demografiebedingter Veränderungen im Verhältnis von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zu Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern mit unmittelbaren Auswirkungen auf das Umlageverfahren gelingt. Zudem bedeutet Nachhaltigkeit, mit Augenmerk auf die Bedarfslagen, ein langfristiges Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf sicherzustellen – auch für künftige Generationen, um langfristige Planungssicherheit zu ermöglichen.

³¹ <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/252319/das-solidarprinzip/>.

³² Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Seite 33.

Nachhaltigkeit ist aber auch gleichzusetzen mit einer langfristigen Sicherstellung eines ökonomisch funktionsfähigen Finanzierungssystems – auch unter veränderten demografischen und ökonomischen Rahmenbedingungen und damit die Voraussetzung für das Vertrauen und die Akzeptanz des Sozialversicherungszweiges. Ein Aspekt von Nachhaltigkeit zeigt sich im diversifizierten Finanzierungsmix. Die Ergänzung von Kapitaldeckungselementen zur Absicherung des Umlageverfahrens erhöht gerade mit Augenmerk auf die demografische Entwicklung die Resilienz und Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung. Weiterhin erhöht auch die Zuordnung der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen in Finanzierungsverantwortung des jeweiligen zuständigen Systems die Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung, indem systemische Verzerrungen reduziert und die Finanzierungsbasis verbreitert werden.

Die Prüfung auf Nachhaltigkeit ist seit 2009 eine bestehende Verpflichtung bei Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, die in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) verankert ist (§ 44 Absatz 1 Satz 4 GGO).

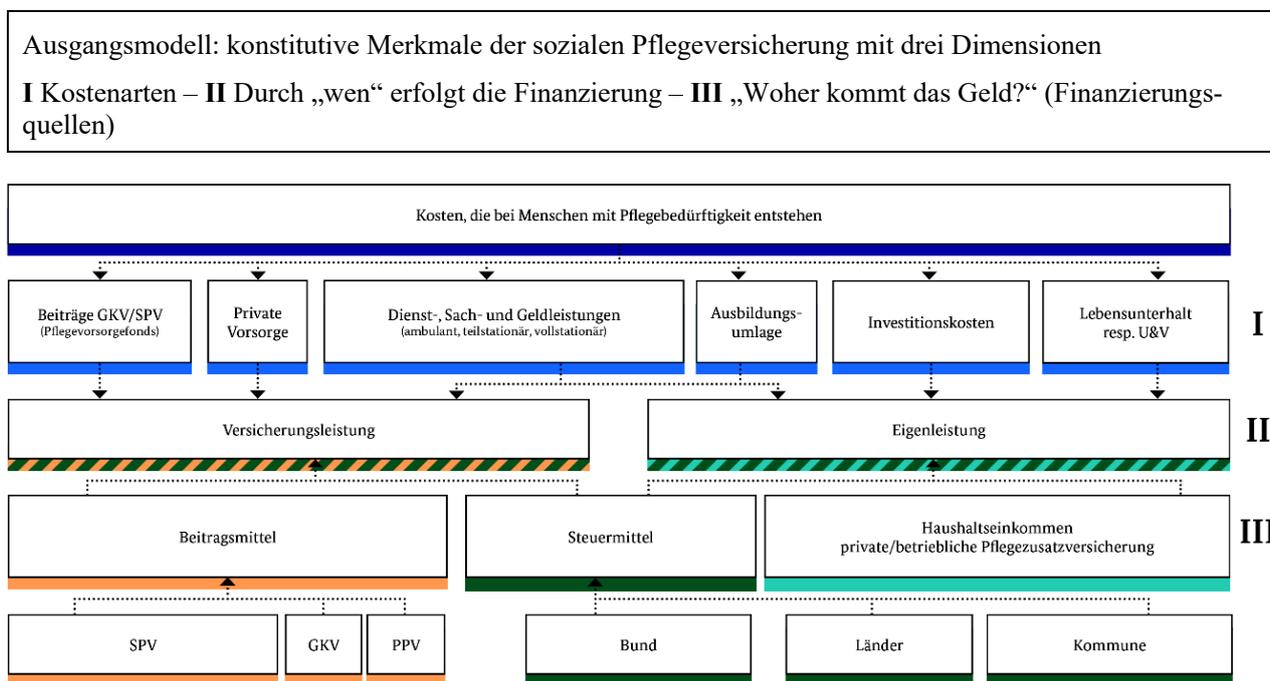
3.3 Konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung in drei Dimensionen

Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor drei Dekaden sollte nicht weniger als die Versorgung pflegebedürftiger Menschen umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt werden.³³ Bis zur erstmaligen solidarisch finanzierten Absicherung des Pflegerisikos 1995 waren pflegebedürftige Menschen und ggf. ihre An- und Zugehörigen gezwungen, ausschließlich eigenes Einkommen und Vermögen zur Sicherstellung der Pflege einzusetzen oder bei finanzieller Überforderung ergänzend Hilfe zur Pflege in Anspruch zu nehmen. Die Leistungen sind darauf ausgerichtet, insbesondere bei der häuslichen Pflege die familiäre, nachbarschaftliche und sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung zu ergänzen. Die Pflegeversicherung deckt folglich nicht alle mit der Pflege zusammenhängenden Kosten ab.

Mit der Abbildung 3 wurde eine Darstellung entwickelt, die in einem Grundmodell auf der Einnahmenseite die aktuelle Finanzierung mit drei Dimensionen abbildet. Dies ist an dieser Stelle zunächst eine reine einnahmebezogene Betrachtung. In Kapitel 6.1. wird dieses Modell weiterentwickelt um die Dimension der Ausgabenseite inklusive entsprechender Stellschrauben (Dimension 0) sowie der einnahmeseitigen Stellschrauben (Dimension IV).

³³ Deutscher Bundestag (1993), Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – Pflege-VG) der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Bundestagsdrucksache 12/5262.

Abbildung 3: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit drei Dimensionen



Quelle: Eigene Darstellung

In der Dimension I wird abgebildet, welche Kostenarten bei Menschen durch die Pflegebedürftigkeit entstehen. Neben den Kostenarten, die mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung entstehen, wie Dienst-, Sach- und Geldleistungen, müssen auch Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung getragen werden, sowie ggf. Beiträge für eine private Versorgung und Investitionskosten, sofern keine landesrechtliche Förderung erfolgt. Hinzu treten die Kosten des allgemeinen Lebensunterhalts.

Dimension II: Finanziert werden diese Kosten im geltenden Teilleistungssystem zum einen aus der Versicherung, zum anderen aus Eigenleistungen (Durch „wen“ erfolgt die Finanzierung?).

Die Dimension III spiegelt die Finanzierungsquellen wider („Woher kommt das Geld?“). Es bestehen drei Finanzierungssäulen: Beitragsmittel, Steuermittel und Haushaltseinkommen (sowie ggf. private und/oder betriebliche Pflegevorsorge).

Ein weiteres konstitutives Element zur Stützung der umlagebasierten Pflegeversicherung in den Dekaden 2035 bis 2055 (Pflegevorsorgefonds) ist darüber hinaus die ergänzende Kapitaldeckung aus Beitragsmitteln.

Von ihrer Konzeption her ist die Pflegeversicherung von Beginn an als soziale Grundsicherung bei Pflegebedürftigkeit gedacht, in der die Teilleistung ein konstitutives Element ist (Anknüpfungspunkt ist die Dimension II). Wesentliches Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, die mit der Pflege verbundenen Kosten möglichst weitgehend zu tragen und Sozialhilfebedürftigkeit möglichst zu vermeiden. In der amtlichen Begründung des ursprünglichen Gesetzentwurfs des PflegeVG, und vor dem Hintergrund der im Ursprungsentwurf noch vorgesehenen monistischen Finanzierung der Pflegeeinrichtungen, wird ausgeführt, dass die Eigenleistung der Versicherten bei stationärer Pflege hingegen in der Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung bestehe. Hier gelte, dass pflegebedürftige Menschen gegebenenfalls Leistungen der Sozialhilfe in Form der Hilfe zum Lebensunterhalt in Anspruch nehmen müssten. Man erwartete also, dass bei Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Regelfall keine Leistungen der Hilfe zur Pflege erforderlich würden. Der Gesetzgeber hat aber erwartet, dass ein Teil der Einsparungen der Länder und Kommunen in der Sozialhilfe dazu verwendet werden kann, die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege so stark anzuheben, dass die Pflegekosten dort im Regelfall abgedeckt sind. Hierfür war ein Bundeszuschuss geplant, der – durch Veränderungen beim Steueraufkommen – von den Ländern finanziert werden sollte. Dies fand im Ergebnis aber keine Zustimmung. Insoweit sind auch die eigentlich zugunsten der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen angestrebten Entlastungswirkungen nicht vollständig erreicht worden. Gleichwohl hat die Pflegeversicherung den Anteil der Pflegebedürftigen, die ergänzend auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, deutlich und nachhaltig reduziert.

Die Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit entstehen, werden aus den drei Säulen der Finanzierung (vgl. Dimension III) geleistet, die sich im Detail wie folgt beschreiben lassen:

Säule 1: Beitragsmittel für das Umlageverfahren

Die soziale Pflegeversicherung wird im Umlageverfahren über einkommensabhängige Beiträge finanziert (§ 54 Absatz 1 SGB XI), die paritätisch je zur Hälfte von den Mitgliedern und den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragen werden. Für verheiratete Personen ohne Einkommen und Kinder eines Mitglieds der sozialen Pflegeversicherung besteht die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung unter denselben Voraussetzungen, wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beiträge werden als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bemessen (bei versicherungspflichtigen Beschäftigten: Arbeitsentgelt, gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, bei freiwillig Versicherten auch sonstige Einnahmen (bspw. aus Vermietung und Verpachtung)). Der Beitragssatz beträgt in der sozialen Pflegeversicherung bundeseinheitlich derzeit 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Bei Arbeitnehmenden tragen vom Beitragssatz in Höhe von 3,4 Prozent³⁴ die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Hälfte (paritätische Finanzierung, Sonderregelung für Sachsen). Kinderlose Mitglieder zahlen neben dem hälftigen Beitragssatz von 3,4 Prozent einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Prozent. Neu sind seit dem 1. Juli 2023 Beitragsabschläge für die Mitglieder mit mehreren Kindern, wenn diese jünger als 25 Jahre alt sind (§ 55 Absatz 3 Sätze 4 und 5 SGB XI³⁵).

Bei Rentnerinnen und Rentnern gilt, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), keine paritätische Finanzierung: Sie tragen den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung sowie ggf. den Kinderlosenzuschlag stets in voller Höhe selbst. Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind zudem, anders als in der Rentenversicherung, auch nach Eintritt des Leistungsfalls zu entrichten. Versicherungspflichtiges Einkommen wird nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) herangezogen (§ 55 Absatz 2 SGB XI). Die BBG ist die Obergrenze, bis zu der beitragspflichtige Einnahmen verbeitragt werden (2023: 59.850 Euro/Jahr, 2024: 62.100 Euro).

Die über die Beitragseinnahmen hinausgehenden, sonstigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung, setzen sich im Wesentlichen aus den Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege zusammen. Die Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen, beliefen sich im Jahr 2022 auf zusammen knapp 700 Millionen Euro.

Ergänzende kollektive Kapitaldeckung aus Beitragsmitteln zur Stützung der umlagebasierten Pflegeversicherung in den Dekaden 2035 bis 2055

Zu den konstitutiven Merkmalen der sozialen Pflegeversicherung zählt auch der Pflegevorsorgefonds, hierbei handelt es sich um eine kollektive Kapitaldeckung. Jährlich erfolgt eine Zuführung von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge zur Dämpfung der zu erwartenden demografischen Effekte an ein Sondervermögen. Das Ziel: die langfristige Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung (vgl. §§ 131 ff. SGB XI). Die Stabilisierungswirkung ist begrenzt, da dieses Sondervermögen nach Maßgabe des § 136 SGB XI nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2035 verwendet werden darf, wenn die Generation der „Baby-Boomer“ in die Altersgruppen mit hohem Pflegerisiko hineinwächst. Zum Jahresende 2023 belief sich der Marktwert des Pflegevorsorgefonds auf rund 11,6 Milliarden Euro.

Säule 2: Steuermittel des Bundes, der Länder sowie der kommunalen Gebietskörperschaften

Bund

Da die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist gesetzlich normiert, dass der Bund jährlich einen Zuschuss von 1 Milliarde Euro an die soziale Pflegeversicherung zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 61a SGB XI) leistet.

Ein Steuerzuschuss des Bundes erfolgt auch für die gesetzliche Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen sowie für die gesetzliche Rentenversicherung.

³⁴ Bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung lag der Beitragssatz bei 1,7 Prozent.

³⁵ Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 12. April 2022, 1 BvL 3/18.

Die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Bundesmittel erfüllen mehrere Aufgaben, eine von diesen ist die pauschale Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen. Die Funktion der Bundeszuschüsse geht allerdings weit über die Erstattung einzelner Leistungen bzw. Leistungsteile hinaus. Mit der allgemeinen Sicherungsfunktion der Bundeszuschüsse gewährleistet der Bund die dauerhafte Funktions- und Leistungsfähigkeit der Rentenversicherung – auch unter sich verändernden ökonomischen und demografischen Rahmenbedingungen.

Mit dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 und dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2024 wurden bei der gesetzlichen Rentenversicherung für die Jahre 2024 bis 2027 Kürzungen in Höhe von insgesamt jeweils 1,2 Milliarden Euro umgesetzt.

Darüber hinaus wurde der sozialen Pflegeversicherung mit dem Haushaltsgesetz 2022 ein Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro gewährt. Weiterhin stellt der Bund jährlich Finanzmittel zur Förderung privater Pflege-Zusatzversicherung zur Verfügung (vgl. § 127 SGB XI). Zudem leistet der Bund Zahlungen aus dem Bundeshaushalt für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld und Grundsicherung bei Erwerbsminderung und im Alter.

Länder und kommunale Gebietskörperschaften

Investitionskosten

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI).

Hilfe zur Pflege

Insbesondere dann, wenn pflegebedürftige Menschen finanziell damit überfordert sind, die nicht durch die Pflegeversicherung gedeckten Kosten selbst zu tragen, werden steuerfinanzierte Transferleistungen (insbesondere Hilfe zur Pflege) erforderlich. Diese stellen im Einzelfall sicher, dass pflegebedürftige Menschen bedarfs- und bedürfnisgerecht dieselben Pflege- und Unterstützungsleistungen erhalten wie pflegebedürftige Menschen, die diese Kosten aus dem eigenen Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Je nach Zuständigkeitsverteilung tragen die Länder und/oder (überwiegend) die Kommunen als Sozialhilfeträger die Kosten der Hilfe zur Pflege.

Säule 3: Haushaltseinkommen

Bei der sozialen Pflegeversicherung handelt es sich, anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, um ein Teilleistungssystem (vgl. Dimension II). Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind betragsmäßig begrenzt. Die Kosten für Pflege- und Unterstützungsleistungen, die über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung hinausgehen, sind von den pflegebedürftigen Menschen selbst zu tragen (resp. bei finanzieller Bedürftigkeit von den Trägern der Sozialhilfe durch die Hilfe zur Pflege abzudecken). § 4 Absatz 2 SGB XI bestimmt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher und teilstationärer Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die pflegebedürftigen Menschen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen³⁶). Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen hingegen selbst. Darüber hinaus werden ebenfalls anfallende, nicht anderweitig abgedeckte Investitionskosten grundsätzlich von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Die Eigenvorsorge ist daher ein wichtiger Bestandteil der Finanzierung der Kosten, die für einen Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen. Belastungen durch hohe Eigenanteile sind u. a. auch auf eine nur gering ausgeprägte private (sowie betriebliche) Vorsorge zurückzuführen (z. B. werden zu wenige Zusatzversicherungen abgeschlossen).

³⁶ Vgl. hierzu unter anderem Bundestagsdrucksache 12/5262 (PflegeVG), Seite 73: „Trotz der zahlreichen einzelgesetzlichen Regelungen, fehlt zurzeit eine befriedigende umfassende Sicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit. (...) Dies wird sich mit Einführung der Pflegeversicherung entscheidend ändern, denn sie wird allen versicherten Pflegebedürftigen Leistungen zur Verfügung stellen, die so ausgestaltet sind, daß nur noch ein Teil der Pflegebedürftigen wegen der pflegebedingten Aufwendungen auf Sozialhilfe angewiesen sein wird. Für den überwiegenden Teil der Betroffenen übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten voll.“ sowie a. a. O., Seite 61:

„Die Sozialhilfe soll nur subsidiär, im Ausnahmefall, zur Behebung individueller Notlagen eintreten, wenn die übrigen Sozialleistungssysteme im Einzelfall keinen ausreichenden Schutz gewährleisten und keine ausreichenden Eigenmittel zur Verfügung stehen. Die Sozialhilfe soll bei sozialen Risiken aber nicht – wie gegenwärtig bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit – zur Regelleistung werden.“

Die Eigenleistungen können durch den Einsatz von Einkommen und Vermögen bestehen. Ein weiteres kapitalgedecktes Element, das dem Haushaltseinkommen zuzurechnen ist, ist die Förderung der ergänzenden privaten Pflegevorsorge (Individualebene im Gegensatz zum Pflegevorsorgefonds). Im geltenden Recht werden private Pflege-Zusatzversicherungen, sofern sie den gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen, mit einer monatlichen Zulage in Höhe von fünf Euro staatlich gefördert (vgl. § 127 SGB XI). Der Zugang zu einer entsprechenden Versicherung steht allen Versicherten der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ohne Gesundheitsprüfung frei (§ 127 SGB XI).

3.4 Einbettung der sozialen Pflegeversicherung in das soziale Sicherungssystem Deutschlands

Die Frage nach einer Reform der sozialen Pflegeversicherung kann nicht isoliert betrachtet werden. Die Pflegeversicherung ist Bestandteil der Pflegepolitik, wodurch die Pflege in einen breiteren sozial- und gesellschaftspolitischen Kontext gestellt wird: u. a. Familie und Zivilgesellschaft, Wohnen, Versorgungsangebote, Berufswelten, neue Technologien, Stadt und Land, Infrastruktur, Migration, und Generationenbeziehungen. Diese und weitere stehen alle in Wechselwirkungen zu den Versicherungsleistungen.

Sozioökonomische Rahmenbedingungen

Die sich ändernden sozioökonomischen Rahmenbedingungen, insbesondere der wachsende Anteil älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, tangieren nicht nur die soziale Pflegeversicherung, sondern gleichermaßen auch die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung. Die damit verbundene Debatte über mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme aufgrund ihrer lohnzentrierten Ausgestaltung ist jedoch nicht das einzige gemeinsame Merkmal. Für den Erhalt der sozialen Sicherungssysteme ist auch ein hoher Beschäftigungsstand und ein angemessenes Wirtschaftswachstum erforderlich. Die Höhe der Lohnzusatzkosten hat sowohl im Zusammenhang mit der Diskussion um mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung als auch im Zusammenhang mit der konjunkturellen Entwicklung und Wettbewerbsfähigkeit insgesamt wieder eine hohe Bedeutung bekommen. Gerade die letzten Jahre haben gezeigt, dass die seit vielen Jahren anhaltend günstige Wirtschaftsentwicklung für die Zukunft nicht ohne Weiteres als gegeben angenommen werden kann. Zwar hat sich der Arbeitsmarkt grundsätzlich als robust erwiesen und der Beschäftigungsstand dürfte trotz der demografischen Ausprägung der Altersentwicklung hoch bleiben (für Fachkräftesituation in der Pflege vgl. Kapitel 3.5 und 3.6).

Dennoch können unerwartete Schocks, die für die global verflochtene deutsche Wirtschaft nicht nur durch Pandemien, sondern auch durch Natur- und Umweltkatastrophen, bewaffnete Konflikte und schwerwiegende Beeinträchtigungen der kritischen Infrastruktur ausgelöst werden und negative Folgen für die Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung haben. Daher ist das Augenmerk auf die Resilienz der Sozialversicherungssysteme zu richten, sodass diese in der Lage sind, derart exogene Schocks möglichst gut aufzufangen.

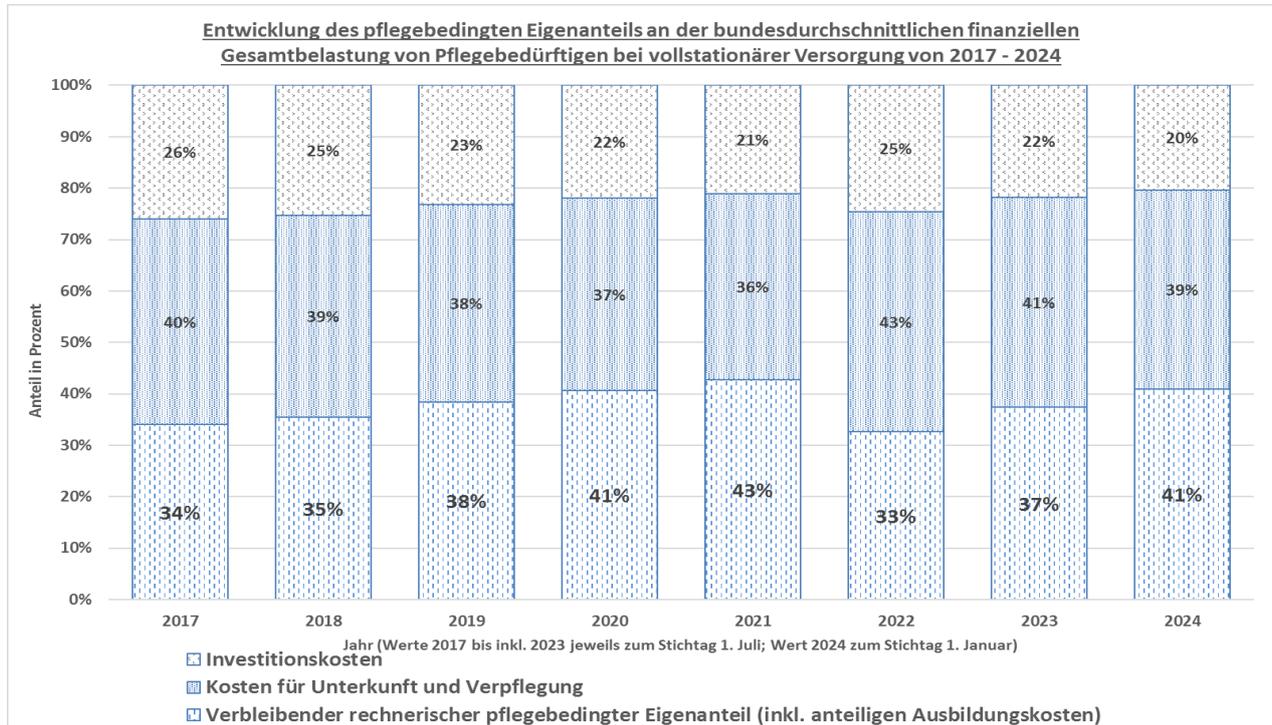
Letztlich stehen damit die wirtschaftspolitischen Ziele einer Förderung von Wachstum und Beschäftigung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und der anderen Sozialversicherungszweige über Beitragseinnahmen voran. Auch die Belastung der Wirtschaft durch steigende Sozialabgaben und die haushaltspolitischen und haushaltsrechtlichen Rahmenbedingungen können in der Diskussion um eine langfristig stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht ausgeblendet werden.

Soziale Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege

Die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem steht auch im engen Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege; beide Systeme sichern den Zugang zu einem qualitativ guten Pflegesystem. Der Schutz von einzelnen, durch Pflegebedürftigkeit finanziell so stark belasteten pflegebedürftigen Menschen, dass sie diese Belastung nicht aus eigener finanzieller Kraft leisten können, bleibt im Sozialsystem Deutschlands durch die Sozialhilfe gewährleistet. Gerade von den Kritikern des Teilleistungssystems wird oft verkannt, dass die Eigenanteile in der vollstationären Pflege nur zum Teil aus den Kosten für über die gesetzlichen Höchstbeträge hinausgehenden pflegebedingten Aufwendungen resultieren. Zu einem wesentlichen Teil bestehen die Eigenanteile aus den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung und den Investitionskosten, die von den pflegebedürftigen Menschen in der Regel selbst zu tragen sind (vgl. folgende zwei Grafiken).

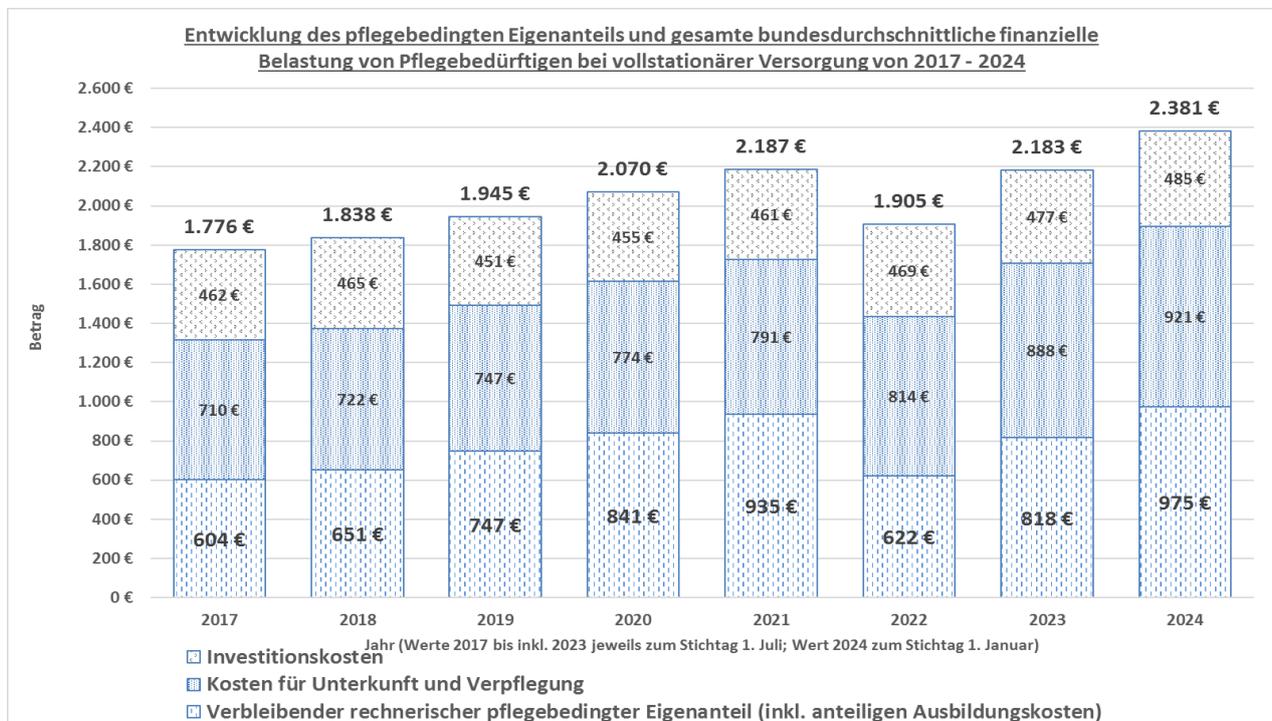
Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 4: **Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil an der finanziellen Gesamtbelastung**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des vdek

Abbildung 5: **Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil und finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung**

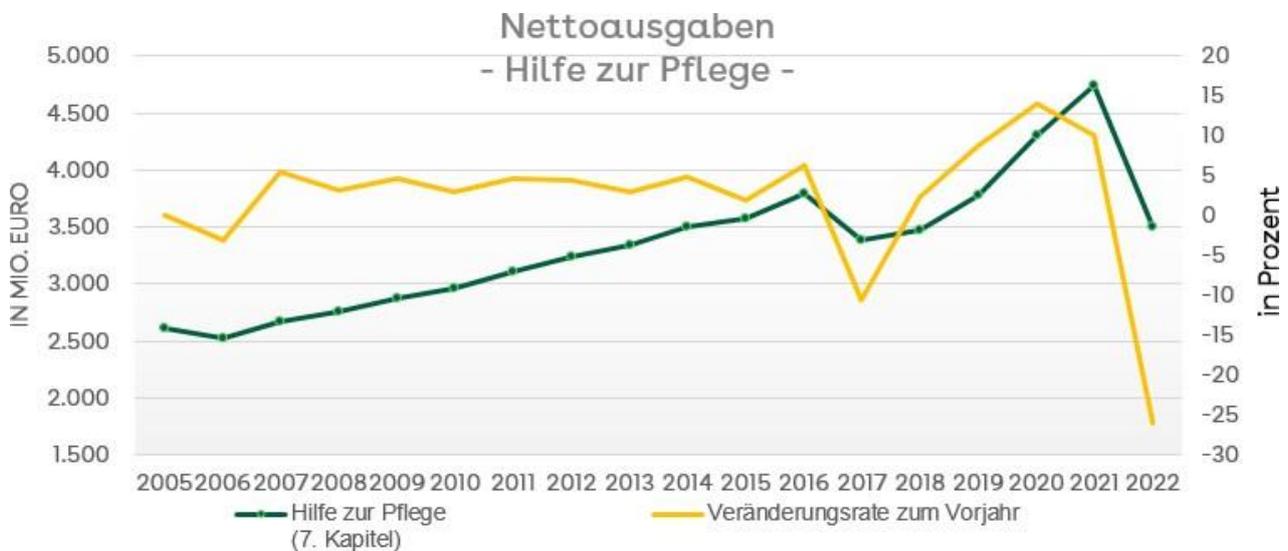


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des vdek

Trotz ihrer vielfach immer noch vorhandenen Stigmatisierung ist die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege eine sozialpolitisch wichtige Errungenschaft, die sicherstellt, dass – losgelöst von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des oder der Einzelnen – jeder pflegebedürftige Mensch von derselben Einrichtung auf gleichem Niveau versorgt wird.

Die regelgebundene Dynamisierung der Versicherungsleistungen, respektive Leistungsverbesserungen in der sozialen Pflegeversicherung, führen mittelbar zu einer Entlastungswirkung bei den Sozialhilfeträgern. So sind zuletzt mit der Einführung des Leistungszuschlags in Abhängigkeit von der Verweildauer (§ 43c SGB XI, GVWG) die Ausgaben für Hilfe zur Pflege um 26,0 Prozent gesunken (Statistisches Bundesamt 2023). Dieses zulasten der sozialen Pflegeversicherung, der ursprünglichen Zielsetzung der Vermeidung von pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit folgend. Mit dem PUEG wird in den nächsten Jahren eine weitere Entlastung bei der Hilfe zur Pflege um weitere 200 Millionen Euro zulasten der sozialen Pflegeversicherung prognostiziert.³⁷

Abbildung 6: **Nettoaussgaben Hilfe zur Pflege**



Quelle: Destatis 2023

Quelle: Statistisches Bundesamt 2023

Durch die Konzeption der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungssystem wird die Unterstützung einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen Finanzierungsfragen nach sich ziehen, die auch ein Austarieren im Spannungsfeld zwischen Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung und Transferleistungen aus Steuermitteln erfordert. Oder anders formuliert: Werden Lohn- und Preissteigerungen in der Pflege über die soziale Pflegeversicherung abgegolten oder – sofern der pflegebedürftige Mensch finanziell überfordert ist – über die Hilfe zur Pflege?

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Abschlussbericht der Konzierten Aktion Pflege aus dem Jahr 2019³⁸ die Beteiligten die Notwendigkeit zum Ausdruck gebracht haben, pflegebedürftige Menschen und ihre Familien vor einer Überforderung bei den Eigenanteilen (und damit einer evtl. erforderlichen Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege) zu schützen.

Eigenanteile respektive Zuzahlungen bei Pflegebedürftigkeit und Einkommenssituation im Alter

Pflegebedürftigkeit ist in der Regel ein Risiko, das mit zunehmendem Lebensalter steigt. Pflegebedürftige Menschen sind insbesondere bei Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege in der Regel mit erheblichen Mehrkosten bei Unterkunft und Verpflegung sowie bei den Investitionskosten belastet. Fragen der Finanzierbarkeit von

³⁷ Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 17. Mai 2023, Bundestagsdrucksache 20/6869, Seite 4.

³⁸ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3_Auflage.pdf

Kosten, die pflegebedürftigen Menschen entstehen, stehen damit auch mit der Entwicklung der Einkommenssituation im Alter im Zusammenhang.

Der Alterssicherungsbericht der Bundesregierung gibt einmal in der Legislaturperiode unter anderem eine Übersicht über die Einkommenssituation älterer Menschen. Neben den Alterssicherungsleistungen werden dabei auch weitere Einkommen berücksichtigt, wie u. a. Renten aus privaten Renten- und Lebensversicherungen, Zinseinkünfte, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Grundsicherungsleistungen, Erwerbseinkünfte. Im zuletzt veröffentlichten Alterssicherungsbericht aus dem Jahr 2020 ergab sich dabei folgendes Bild zur Einkommenssituation Älterer:

Tabelle 3: **Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp**

Haushaltstyp	Deutschland	Alte Länder	Neue Länder
Ehepaare	2.907 Euro	2.989 Euro	2.577 Euro
alleinstehende Männer	1.816 Euro	1.875 Euro	1.563 Euro
alleinstehende Frauen	1.607 Euro	1.617 Euro	1.567 Euro

Quelle: Tabelle C.1.1 Alterssicherungsbericht 2020³⁹

Das hier abgebildete monatliche Einkommen Älterer ist ein Durchschnittswert für Deutschland bzw. die alten und neuen Länder. Die tatsächlichen Einkommen im Alter können entsprechend der geleisteten Beiträge im Erwerbsleben und den Möglichkeiten der Vermögensbildung sehr unterschiedlich ausfallen.

Auch wenn die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen bei den pflegebedingten Eigenanteilen vollständig vermieden würde, könnten Sozialhilfeleistungen erforderlich werden, insbesondere bei den pflegebedürftigen Menschen, bei denen das Einkommen im Alter nicht ausreicht und die zusätzlich über kein ausreichendes Vermögen verfügen. Betrachtet man die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten, die pflegebedürftige Menschen in vollstationärer Pflege zu tragen haben, zeigt sich eine Preisspanne von 1.029 Euro bis zu 1.739 Euro.⁴⁰

Grundsätzlich gilt, dass ältere Menschen in Deutschland, die durch ihre eigenen Alterseinkommen ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können, durch die Grundsicherung im Alter geschützt sind. Mit den Regelbedarfen, der Übernahme der Kosten für Unterkunft, Heizung und Warmwasser, den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie ggf. weiteren individuellen Sonderbedarfen, wird in Deutschland das soziokulturelle Existenzminimum gesichert. Für ältere Menschen (ab der Regelaltersgrenze) erfolgt dies durch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Am Jahresende 2022 betrug der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter an der gleichaltrigen Bevölkerung (ab der Regelaltersgrenze) 3,7 Prozent.

Soziale Pflegeversicherung und gesetzliche Krankenversicherung

Die soziale Pflegeversicherung folgt im Wesentlichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das gilt für das Beitrags- und Mitgliedschaftsrecht. Aber nicht nur hier gibt es Schnittstellen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten bei der Behandlungspflege – die gesetzliche Krankenversicherung für die ambulante Pflege, die soziale Pflegeversicherung für die teil – und vollstationäre Pflege – wird nicht zuletzt demografiebedingt der Druck ebenfalls auf die GKV-Finzen erhöht.

Weiterhin spielen im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auch indirekte Effekte eine wichtige Rolle. So sind Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Präventionsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und geriatrische Rehabilitationsleistungen wichtige Faktoren, um künftige finanzielle Belastungen der sozialen Pflegeversicherung zu reduzieren resp. zumindest abzumildern.

³⁹ Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2020 gemäß § 154 Absatz 2 SGB VI, Alterssicherungsbericht 2020.

⁴⁰ Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege auf der Grundlage des AOK-Pflegenavigators (12/2023).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

3.5 Strukturelle Situation: Leistungsempfangende, Angebote, Fachkräfte

Zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland auf 1,65 Millionen geschätzt. Bezogen auf die Bevölkerungszahl von 81 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern entsprach das einem Anteil von rund 2 Prozent. Von diesen pflegebedürftigen Menschen wurden rund 450.000 stationär und rund 1,2 Millionen zu Hause in der Familie versorgt.⁴¹ Mittlerweile liegt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen – auch als Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017) – bei etwas über fünf Millionen, von denen knapp vier Millionen ambulant versorgt werden, die anderen vollstationär. Bezogen auf die Bevölkerungszahl von 84,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner⁴² entspricht das einem Anteil von knapp 6 Prozent. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland wird voraussichtlich allein durch einen deutlich steigenden Anteil alter und hochaltriger Menschen bis 2055 um 37 Prozent zunehmen. Laut der Ergebnisse der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes steigt sie dadurch von rund 5,0 Millionen Ende 2021 auf etwa 6,8 Millionen im Jahr 2055⁴³.

Ende 2023 erhielten in Deutschland rund 5,2 Millionen pflegebedürftige Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Das waren rund 360.000 mehr als am Ende des Vorjahres. Bereits im letzten Jahr war es zu beobachten und bestätigt sich jetzt erneut: der Trend des, im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung gesehen, überproportionalen Zuwachses der Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Auf Basis der in der bisherigen wissenschaftlichen Diskussion vorherrschenden Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit (über die Zeit immer gleicher Anteil der Zahl der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung eines Altersjahrgangs), ergäbe sich nur ein jährlicher Anstieg von etwa 50.000 bis 70.000 pflegebedürftigen Menschen. Neben möglichen Nachholeffekten aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die Ursachen des überproportionalen Anstiegs bisher unbekannt.

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die fünf Pflegegrade ist nicht gleichmäßig. Den höchsten Anteil hat der Pflegegrad 2. Einen Überblick über die Entwicklung in den letzten Jahren ergibt sich aus der folgenden Tabelle (bezogen auf die Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung):

Tabelle 4: **Übersicht der Anzahl von Pflegebedürftigen je Pflegegrad – Entwicklung 2019 bis 2023**

Jahr	Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
2019	457.523	11,4	1.663.039	41,4	1.125.453	28,0
2020	541.353	12,5	1.754.968	40,6	1.224.074	28,3
2021	634.924	13,8	1.870.415	40,6	1.301.307	28,2
2022	713.485	14,6	1.966.537	40,3	1.386.341	28,4
2023	782.159	14,9	2.089.717	39,9	1.517.531	29,0

Jahr	Pflegegrad 4		Pflegegrad 5		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
2019	537.916	13,4	231.261	5,8	4.015.192	100,0
2020	564.731	13,1	237.646	5,5	4.322.772	100,0
2021	568.967	12,4	230.877	5,0	4.606.490	100,0
2022	582.026	11,9	226.948	4,7	4.875.337	100,0
2023	616.863	11,8	230.316	4,4	5.236.586	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

⁴¹ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 1.

⁴² Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_035_124.html.

⁴³ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023

Der weit überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen wird ambulant versorgt. Von den rund 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen waren dies Ende 2023 rund 4,4 Millionen (rund 84 Prozent). 3,1 Millionen Menschen wurden überwiegend durch Angehörige gepflegt. Rund 700.000 (rund 13 Prozent) wurden vollstationär und rund 140.000 (rund 3 Prozent) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt. Hier zeigt sich, dass sich der Zuwachs der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den letzten Jahren – u. a. als Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – nahezu ausschließlich in der ambulanten Versorgung auswirkte.

Im Hinblick auf die Verteilung der Ausgaben auf die Versorgungsbereiche sieht die Situation wie folgt aus: Die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung lagen im Jahr 2023 bei rund 59,2 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die ambulanten Leistungen beliefen sich auf rund 36,2 Milliarden Euro, für stationäre Leistungen lagen sie bei rund 19,7 Milliarden Euro (ohne stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe rund 19,3 Milliarden Euro). Auch in der Ausgabenstruktur der sozialen Pflegeversicherung spiegelt sich der Wunsch von Menschen, bei Pflegebedürftigkeit in der privaten Häuslichkeit versorgt zu werden, wider. Das Verhältnis von Leistungsempfangenden zu den Leistungsausgaben im vollstationären Bereich ist jedoch auffällig: Die 13 Prozent vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (ohne Pflegebedürftige, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden) nehmen rund 34,5 Prozent der Gesamtausgaben für häusliche und stationäre Pflege (rund 19,3 Milliarden Euro von rund 55,9 Milliarden Euro) in Anspruch; mit dem Leistungszuschlag für die vollstationäre Pflege in Abhängigkeit von der Verweildauer findet eine noch stärkere Fokussierung der Ausgaben zugunsten des vollstationären Sektors statt.

Tabelle 5: **Anzahl der Pflegebedürftigen je Versorgungsform – Entwicklung 2019 bis 2023**

Jahr	ambulante Pflege		stationäre Pflege		in Einrichtungen der Eingliederungshilfe		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
2019	3.154.561	78,6	726.858	18,1	133.773	3,3	4.015.192	100,0
2020	3.478.535	80,5	703.334	16,3	140.903	3,3	4.322.772	100,0
2021	3.763.305	81,7	702.059	15,2	141.126	3,1	4.606.490	100,0
2022	4.044.126	83,0	690.787	14,2	140.424	2,9	4.875.337	100,0
2023	4.393.497	83,9	703.044	13,4	140.045	2,7	5.236.586	100,0

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Innerhalb der ambulanten Versorgung steht die Inanspruchnahme des Pflegegeldes als Hauptleistung mit einem Anteil von rund 78,4 Prozent deutlich im Vordergrund. Danach folgt die Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung mit einem Anteil von rund 16,6 Prozent und schließlich die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegesachleistung (rund 5,0 Prozent). Neben diesen Hauptleistungen stehen in der ambulanten Versorgung eine Reihe weiterer zusätzlicher Leistungen zur Verfügung (z. B. Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Entlastungsleistungen und Hilfsmittel), die von den pflegebedürftigen Menschen in unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen werden.

Strukturdaten zum Angebot an pflegerischer Versorgung werden im Rahmen der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI alle zwei Jahre vom Statistischen Bundesamt erhoben. Die jüngsten verfügbaren Daten beziehen sich auf Ende 2021 und umfassen sowohl die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung als auch die der privaten Pflegeversicherung (etwa 7 Prozent der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen).

Die Pflegestatistik weist Ende 2021 rund 15.400 Pflegedienste aus, die etwas mehr als eine Million Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegesachleistungen versorgten. Bei diesen Diensten waren rund 443.000 Personen beschäftigt (umgerechnet in Vollzeitäquivalente rund 306.000). Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Pflegedienste etwa die Hälfte ihres Leistungsumfangs im Rahmen der ambulanten Krankenpflege nach SGB V erbringen. Im stationären Bereich versorgten rund 16.100 Pflegeeinrichtungen mit rund 814.000 Beschäftigten (umgerechnet in Vollzeitäquivalente rund 592.000) rund 772.000 Pflegebedürftige.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 6: **Strukturdaten zur pflegerischen Versorgung**

Jahr	versorgte Pflegebedürftige (SPV und PPV)	Veränderung zu 2017/2019 in Prozent	Beschäftigte	Veränderung zu 2017/2019 in Prozent	Vollzeitäquivalente	Veränderung zu 2017/2019 in Prozent
zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste und ab 2019 einschließlich durch ambulante Betreuungsdienste versorgte Pflegebedürftige						
2017	829.958	nicht verfügbar (not available) (N/A)	390.322	N/A	266.041	N/A
2019	982.604	18,4	421.550	8,0	288.268	8,4
2021	1.046.798	6,5	442.860	5,1	306.380	6,3
vollstationäre Dauerpflege						
2017	792.342	N/A	764.648	N/A	552.470	N/A
2019	794.917	0,3	796.489	4,2	577.307	4,5
2021	771.531	-2,9	814.042	2,2	591.511	2,5

Quelle: Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes

Zuletzt zeigte sich eine Abnahme des Beschäftigtenzuwachses: Die Betreuungsrelationen gemessen an den Vollzeitäquivalenten bleiben sowohl in der ambulanten Pflege (2017: rund 3,1 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent, 2019: rund 3,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent und 2021: rund 3,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent) als auch bei stationärer Pflege nahezu konstant (2017: rund 1,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent, 2019: rund 1,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent und 2021: rund 1,3 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent). Inwieweit sich der zu beobachtende Trend deutlich überproportionalen Zuwachses der ambulanten Versorgung, insbesondere der Inanspruchnahme von Pflegegeld, auf Engpässe im Versorgungsangebot zurückführen lässt, ist mit den statistischen Daten allein nicht belegbar, aber in einem gewissen Ausmaß doch wahrscheinlich.

3.6 Herausforderungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung – Fachkräftesicherung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stellt eine der größten Herausforderungen unserer Zeit dar. Sie kann nur gelingen, wenn Deutschland über ausreichendes Personal in den verschiedenen Versorgungsbereichen verfügt, das bestmöglich qualifiziert, effizient und motiviert diese wichtigen Versorgungsaufgaben erbringen kann. Der zunehmende Fachkräftengpass steht dabei einem steigenden Versorgungs- und Pflegebedarf gegenüber. Er fordert ein stringentes und möglichst ganzheitliches Vorgehen aller relevanten Akteure. Auf Grundlage der branchenübergreifenden Fachkräftestrategie der Bundesregierung arbeitet das BMG aktuell an einer Fachkräftestrategie für den Gesundheits- und Pflegebereich. Diese wird sich auf Maßnahmen im Inland konzentrieren und ergänzend die Anwerbung von qualifiziertem Fachpersonal aus dem Ausland umfassen. Dabei geht es darum, in verschiedenen Handlungsfeldern den besonderen Bedarfen in diesem Bereich zur Sicherung, Stärkung und zum Ausbau von Personal gerecht zu werden.

Die Fachkräftesicherung in der Pflege ist dabei von besonderer Bedeutung. Denn der Bedarf an Pflegepersonal wird in den kommenden Jahren, insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, weiter steigen. So wurden in den letzten Jahren verschiedene Studien mit Prognosen zum künftigen Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Pflegewesen erstellt, die in der Gesamtschau alle von einem Engpass in den Pflegeberufen ausgehen. Die Bundesregierung hat vor diesem Hintergrund bereits zentrale Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Gewinnung von Pflegepersonal umgesetzt. Hier ist insbesondere auf die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) hinzuweisen. In der KAP vereinbarten Bund, Länder und weitere relevanten Akteure der Pflege umfangreiche Maßnahmen, um die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege sowie das Ansehen des Pflegeberufs zu fördern. Beispielhafte Ergebnisse sind das bundeseinheitliche Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Erweiterung von Versorgungsbefugnissen für Pflegefachpersonen und die seit

1. September 2022 für Pflege- und Betreuungspersonal in der Langzeitpflege geltende verpflichtende Entlohnung nach Tarif. Mit den, im vergangenen Jahr verabschiedeten, Regelungen im PUEG vom 23. Juni 2023 konnten weitere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes und zur Entlastung beruflich Pflegenden umgesetzt werden, wie z. B. die Beschleunigung des Ausbaus des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder die Finanzierung von einrichtungstragenen Springerpools. Zudem wird wiederkehrend gefordert, die Leiharbeit in der Pflege, wegen unerwünschter Folgen u. a. auf die Arbeit der Stammbeschäftigten, einzudämmen. Diesbezüglich ist im PUEG eine Vergütungsbegrenzung auf Tariflohniveau eingeführt worden. Höhere, an Leiharbeitskräfte gezahlte Löhne sind durch die Einrichtungen selbst zu tragen; Ausnahmen sind bei Vorliegen eines sachlichen Grundes möglich.

Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) vom 15. Dezember 2023 wurde die hochschulische Pflegeausbildung zu einem dualen Studium mit Ausbildungsvergütung weiterentwickelt und um erweiterte heilkundliche Kompetenzen ergänzt. Mit der im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege gestarteten Kampagne „Pflege kann was“ werden Ausbildungsinteressierte über die Chancen einer Ausbildung in der Pflege informiert. Darüber hinaus werden derzeit weitere Gesetzgebungsvorhaben zur Stärkung der Pflegeausbildung und der beruflich Pflegenden vorbereitet. Mit der Schaffung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung soll die personelle Basis der Pflege – auch unterhalb des Fachkraftniveaus – gestärkt werden. Mit den Überlegungen zu einem Pflegekompetenzgesetz (PKG) soll der Fokus vor allem auf die bereits jetzt vorhandenen Kompetenzen der Pflegenden gelegt und ihre Befugnisse entsprechend ihrer Kompetenzen angepasst werden. Denn Pflegefachpersonen können bereits heute qualifiziert häufig mehr Aufgaben ausführen als sie rechtlich eigenständig dürfen. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden in Deutschland in der Versorgung damit noch nicht hinreichend genutzt. Damit bleiben zugleich Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung, auch an Übergängen und im Bereich der Prävention, sowie Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung ungenutzt. Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen, der bei einer entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichen schulischen Abschlüssen und beruflichen Hintergründen sehr attraktiv sein kann. Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung sind daher Pflegeberufe mit ihren Aufgaben und Befugnissen in der Versorgung auf allen Qualifikationsniveaus, von der Pflegeassistentenperson bis zur Pflegefachperson mit Masterabschluss, zu betrachten. Mit der weiteren strukturellen Verbesserung sollen eine weitere Stärkung der Attraktivität umgesetzt und vor allem junge Menschen für den Pflegeberuf begeistert werden.

Zu diesen umfangreichen Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Inland tritt als notwendige Ergänzung die Anwerbung von qualifiziertem Fachpersonal aus dem Ausland hinzu. Rund 21.000 Anerkennungen von ausländischen Pflegefachpersonen im Jahr 2022 und eine Verdreifachung der Zahlen seit 2016 zeigen eine erfreuliche Dynamik, die verstetigt werden muss. Da nahezu 90 Prozent der Anwerbungen von der Privatwirtschaft geleistet werden, unterstützt das BMG selbst anwerbende Unternehmen und private Personalvermittlungsgesellschaften. Die private deutsche Anwerbung soll fair und ethisch sein und sich an den internationalen Standards der Weltgesundheitsorganisation und der internationalen Arbeitsorganisation orientieren. Das bedeutet u. a., dass der Anwerbeprozess von Anfang an für die Fachkräfte in allen Punkten transparent sein muss, dass Anwerbekosten vom Arbeitgeber getragen werden, und dass im aufnehmenden Unternehmen ein Integrationsmanagement besteht, das die erfolgreiche Aufnahme der Fachkräfte gewährleistet. Dafür hat das BMG das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ geschaffen. Die Mitglieder verpflichten sich, die Prinzipien zu achten und ihre Maßnahmen und Prozesse entsprechend nach diesen auszurichten. Schon jetzt sind 60 Unternehmen Mitglied und es liegen aktuell über 20 weitere Neuanträge vor.

Durch aktive Ansprache der Auslandsvertretungen und der Kulturmittler wird der Bekanntheitsgrad des Siegels stetig weiter erhöht; parallel unterstützt das Portal Make-it-in-Germany und informiert darüber. Mit dem Siegel wird nach außen gezeigt, dass die Fachkräfte willkommen sind und dass sie bei der Integration aktiv und offen begleitet werden. Damit das Integrationsmanagement gelingt und auch die aufnehmenden Teams vorbereitet sind, hat das BMG beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) über das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen einen „Werkzeugkoffer Integration“ entwickeln lassen, der Unternehmen als Hilfe zur Verfügung steht und der durch ein Beratungsangebot ergänzt wird.

Parallel dazu wird in zwei weiteren Projekten die Ergänzung der ausländischen Ausbildung zur deutschen Berufsqualifikation pilotiert. Ziel ist es, standardisierte Ausbildungswege zu erproben und zu etablieren, die als Blaupause von interessierten Unternehmen im Rahmen der Auslandsanwerbung genutzt werden können. In den Global Skills Partnerships (GSP) arbeitet die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) mit deutschen Universitäten und Partneruniversitäten in Mexiko und auf den Philippinen zusammen. Geplant ist zudem eine Erweiterung auf Brasilien und Indien. Die universitären Pflegestudiengänge in den Partnerländern werden

gemeinsam modifiziert und mit praktischen Ausbildungselementen so ergänzt, dass der Abschluss unmittelbar in Deutschland anerkannt werden kann.

Für die Qualifizierung der Fachkräfte im Inland steht mit INGA (Integrierte Ausgleichsmaßnahme) ein vom BMG geförderter, berufsintegrierter, modularer Anpassungslehrgang zur Verfügung, der fachliche und sprachliche Inhalte verbindet. Er unterstützt Pflegefachpersonen auf dem Weg zur Anerkennung und bei ihrer langfristigen Integration im Unternehmen. In Sachsen, Brandenburg und Hamburg laufen Lehrgänge für philippinische Pflegefachpersonen. Eine Ausweitung des Konzepts für Pflegefachpersonen aus verschiedenen Herkunftsländern wird gerade im Rahmen der Pilotierung von INGA 3.0 untersucht.

Schließlich ist ergänzend zu den bereits oben erwähnten gesetzgeberischen Maßnahmen darauf hinzuweisen, dass es mit dem PUEG zugelassene Pflegeeinrichtungen künftig leichter haben, den Aufwand für die Anwerbung von Pflegepersonal aus dem Ausland in den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zu berücksichtigen und entsprechend der Maßgaben des Pflegeversicherungsrechts zu finanzieren. Dabei ist die Berücksichtigung an die Vermittlung im Rahmen des vom BMG eingeführten Gütesiegels gekoppelt. Damit wird ganz gezielt und gewollt die faire und ethische Anwerbung nach Deutschland gefördert.

Mit dem PflStudStG wird u. a. durch bundeseinheitliche Formvorgaben für die Unterlagen, die bei den jeweils zuständigen Behörden einzureichen sind, die Anerkennung vereinfacht und beschleunigt. U. a. wird es ausländischen Pflegefachpersonen ermöglicht, auf eine aufwändige Gleichwertigkeitsprüfung zu verzichten und anstatt dessen direkt eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren. Ist eine Gleichwertigkeitsprüfung notwendig, so ist im Gesetz geregelt, dass die für die Anerkennung zuständigen Landesbehörden dabei auf die vom Bund finanzierten Mustergutachten zur Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsqualifikationen zurückgreifen sollen. Das beschleunigt die Anerkennung ebenfalls.

4 Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

4.1 Aktuelle bis mittelfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

Die aktuelle Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist wesentlich geprägt durch die finanziellen Belastungen während der Corona-Pandemie, aber in noch größerem Ausmaß durch den anhalten starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der weit über das allein aus der demografischen Entwicklung erwartbare Maß hinausgeht. Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 ist die Zahl der Pflegebedürftigen demnach durchschnittlich um etwa 300.000 Personen pro Jahr angestiegen. Der Anstieg ist damit deutlich höher ausgefallen als im Rahmen der Vorbereitungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf Basis empirischer Studien angenommen worden ist bzw. als er sich rein demografisch bedingt bei konstanten altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit unter den Bedingungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erklären lassen würde. Dies gilt auch für die letzten beiden Jahre: Im Jahr 2022 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung um rund 270.000 und im Jahr 2023 sogar um rund 360.000 angestiegen. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, die Ursachen für diesen unerwartet starken Anstieg wissenschaftlich zu analysieren.

Die soziale Pflegeversicherung wies Ende 2022 einen Mittelbestand von rund 5,6 Milliarden Euro aus, was 1,2 Monatsausgaben entsprach. Ein Mindestmittelbestand von 1,0 Monatsausgaben stellt die Untergrenze dar, bei der der zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen notwendige monatliche Finanzausgleich noch reibungslos funktioniert. Bereits zu Beginn des Jahres 2023 wurde der Bundeszuschuss nach § 61a SGB XI vorgezogen, sodass im Januar 2023 890 Millionen Euro von insgesamt 1 Milliarde Euro dieses Zuschusses zur Liquiditätssicherung genutzt werden konnten. Zudem wurde mit dem Inkrafttreten des PUEG am 1. Juli 2023 die Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds (1,7 Milliarden Euro) auf 2024 verschoben. Diese Maßnahmen sowie die moderate Beitragssatzerhöhung um 0,35 Prozentpunkte zum 1. Juli 2023 wurden ergriffen, um die Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen. Die ebenfalls zum 1. Juli 2023 in Kraft getretene Differenzierung des Beitragssatzes nach der Kinderzahl vor dem Hintergrund eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts ist in ihrer Gesamtwirkung finanzneutral.

Infolge der Beitragssatzerhöhung ergab sich für das Gesamtjahr 2023 ein Überschuss von rund 1,78 Milliarden Euro. Damit betrug der Mittelbestand am 31. Dezember 2023 unter Berücksichtigung des im August 2022 ausbezahlten Bundesdarlehens in Höhe von 1 Milliarde Euro, von dem 0,5 Milliarden Euro Ende 2023 zurückgezahlt worden sind, rund 6,9 Milliarden Euro. Dieser Mittelbestand entspricht laut Haushaltsplänen der Pflegekassen etwa 1,4 Monatsausgaben.

Mit dem PUEG wurden zum 1. Januar 2024 die Leistungsbeträge des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen um jeweils 5 Prozent angehoben. Außerdem wurden die nach Verweildauer in vollstationärer Pflege gestaffelten Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI angesichts der weiter stark steigenden vollstationären Pflegesätze angehoben (von 5 Prozent auf 15 Prozent bei einer Verweildauer von bis zu einem Jahr, von 25 Prozent auf 30 Prozent bei einer Verweildauer von ein bis zwei Jahren, von 45 Prozent auf 50 Prozent bei einer Verweildauer von zwei bis drei Jahren und von 70 Prozent auf 75 Prozent bei einer Verweildauer von mehr als drei Jahren). Zum 1. Januar 2025 werden zur Stabilisierung der Kaufkraft alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung um 4,5 Prozent angehoben. Eine weitere Dynamisierung in Höhe der kumulierten Entwicklung der Kerninflation in den letzten drei Jahren wird im Jahr 2028 vorgenommen. Angesichts der voraussichtlich weiter deutlich steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und der Unsicherheiten mit Blick auf die wirtschaftliche Entwicklung bleibt derzeit noch abzuwarten, wie sich die Jahresabschlüsse in 2024 und den Folgejahren entwickeln.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 zur Unterstützung der Konsolidierung des Bundeshaushalts u. a. eine Aussetzung des Bundeszuschusses zur sozialen Pflegeversicherung von jährlich einer Milliarde Euro in den Jahren 2024 bis 2027 beschlossen wurde. Im Jahr 2028 wird der Bundeszuschuss wieder aufgenommen. Um die Finanzstabilität der sozialen Pflegeversicherung dadurch nicht zu gefährden bzw. die Einsparung zu kompensieren, wurde ebenfalls mit diesem Gesetz die Zuführung von Mitteln der sozialen Pflegeversicherung an den Pflegevorsorgefonds für die Jahre 2024 bis 2027 von 1,7 Milliarden Euro auf jährlich 0,7 Milliarden Euro abgesenkt.

4.2 Finanzielle Belastungen der Menschen mit Pflegebedarf

Die finanzielle Belastung der Menschen mit Pflegebedarf unterscheidet sich je nach gewählter Leistungsart erheblich. Bezieherinnen und Bezieher ambulanter Pflegesachleistungen müssen Pflegeeinsätze, die über den gesetzlich festgelegten monatlichen Leistungsbetrag hinausgehen, aus Eigenmitteln finanzieren. Über die durchschnittliche Höhe der selbstfinanzierten Leistungen gibt es keine validen Grundlagen. Frühere Schätzungen aus Befragungen kamen zu Größenordnungen von einigen 100 Euro monatlich, die von Person zu Person stark

schwankten. Die anhand einer validierten Pflegeskala erhobenen Daten zur Lebenszufriedenheit und Gesundheit von 1.008 Hauptpflegepersonen ergaben jüngst, dass mehr als zwei Fünftel der Hauptpflegepersonen (44,7 Prozent) zusätzliche private Kosten für die Pflege in Höhe von im Schnitt 290 Euro monatlich angeben.⁴⁴ Viele pflegebedürftige Menschen richten den Umfang der abgerufenen Leistungen an den Leistungsbeträgen aus und decken ggf. den verbleibenden Pflegebedarf durch Angehörige ab.

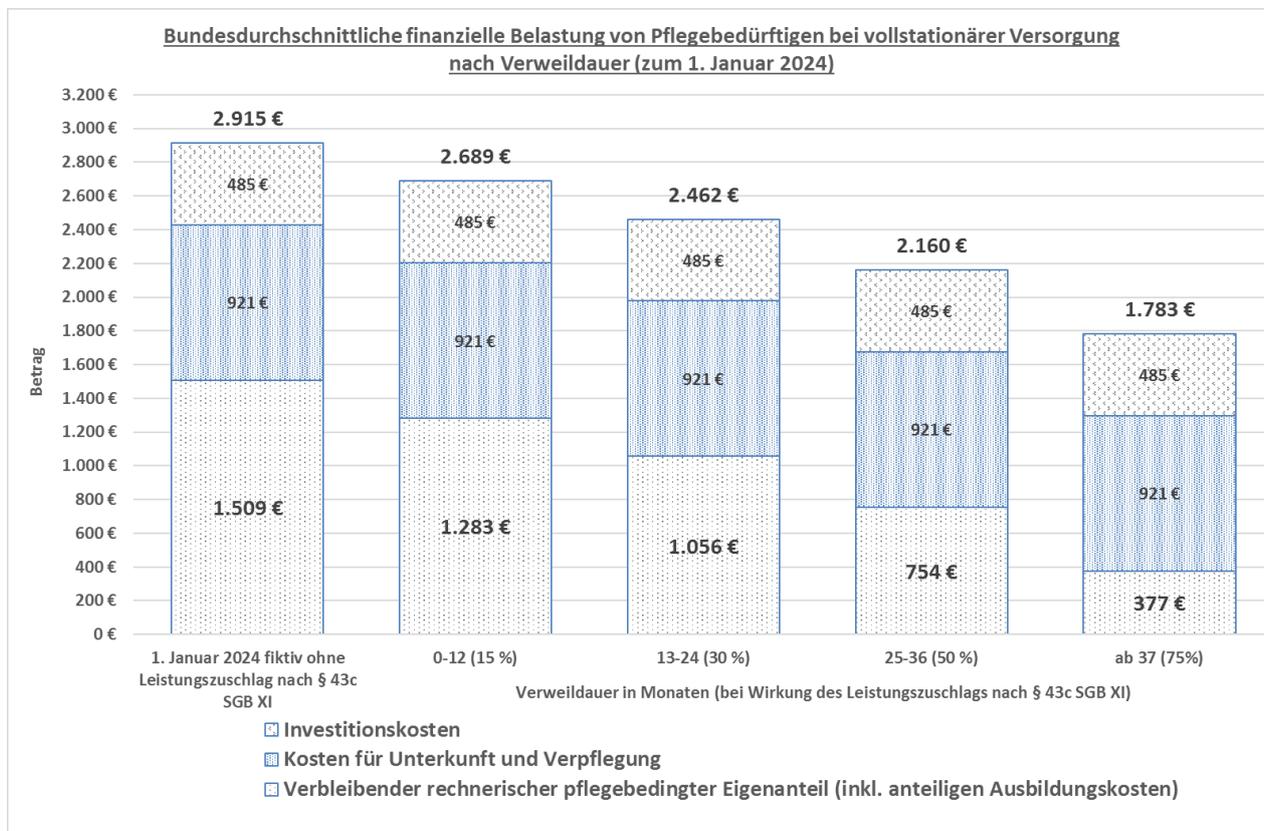
Für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld kann sich die Konstellation mit Pflegebedarf ebenfalls sehr unterschiedlich darstellen: Möglich ist, dass die Pflegegeldempfangenden durch die Pflegebedürftigkeit grundsätzlich keine zusätzlichen finanziellen Belastungen haben und das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an die häusliche Pflegeperson weitergeben oder es zur Bezahlung für andere, nicht im Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung enthaltene Leistungen einsetzen. Denkbar wäre auch die Konstellation, dass der Geldleistungsanspruch aus der Pflegeversicherung nicht ausreicht, um die Opportunitätskosten für die informell Pflegenden zu decken. Deutlich hohe finanzielle Belastungen können sich allerdings dann ergeben, wenn pflegebedürftige Menschen die Pflege und Betreuung vollständig durch eine im Haushalt lebende Betreuungsperson (Live-In) erbringen lassen. Hier fallen oft Kosten in der Größenordnung von 3.000 Euro monatlich an, von denen nur ein kleiner Teil mit dem Pflegegeld (und ggf. der Verhinderungspflege) abgedeckt werden kann.

Indirekte Wirkungen ergeben sich, wenn die häusliche Pflegeperson (überwiegend pflegende Angehörige) wegen der Übernahme von Pflegeverantwortung ihre Erwerbstätigkeit einschränkt oder aufgibt und damit auf Einkommen verzichtet. Die damit verbundene Verringerung der Rentenansprüche wird allerdings mit der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung entgegengewirkt.

Grundsätzlich anders sieht es bei der Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung aus. Hier sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der pflegebedürftigen Person zu tragen. Hinzu kommen Investitionskosten, soweit sie nicht im Rahmen der Investitionsförderung von den Ländern getragen werden. Schließlich fallen auch Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten an, soweit diese nicht durch die gesetzlich festgelegten Leistungsbeträge abgedeckt sind. In einer Pflegeeinrichtung zahlen alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile. Diese Eigenanteile werden seit 2022 durch nach Verweildauer der pflegebedürftigen Person in der vollstationären Versorgung gestaffelte Leistungszuschläge der Pflegeversicherung gemindert. Insgesamt tragen die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen Kosten in Höhe von jährlich rund 20 Milliarden Euro (inklusive Investitionskosten und Unterkunft und Verpflegung).

Die Höhe der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden Kosten bei vollstationärer Versorgung variiert zwischen den Regionen und den einzelnen Einrichtungen. Im Bundesdurchschnitt ergab sich unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zum Stichtag 1. Januar 2024 folgendes Bild:

⁴⁴ Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), Schwinger, Antje/Zok, Klaus, WiDO-monitor, Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen, und finanzielle Aufwände, 1/2024; Hinweis: für die stationäre Versorgung gibt es eine einheitliche Definition/ein einheitliches Verständnis für den „Eigenanteil“ bzw. dessen Kosten, für den ambulanten Bereich hingegen nicht.

Abbildung 7: **Bundesdurchschnittliche finanzielle Belastung Pflegebedürftiger bei vollstationärer Versorgung nach Verweildauer**

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage der vdek-Daten

4.3 Finanzielle Belastungen der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler

Bund, Länder und Kommunen tragen mit Steuermitteln zur Finanzierung der Pflege bei (vgl. hierzu auch Säule 2 in Kapitel 3.3.):

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Neben den Beitragseinnahmen (Finanzierungssäule 1) von aktuell über 58 Milliarden Euro und den privat aufzubringenden Eigenanteilen (Finanzierungssäule 3, Kapitel 3.3 sowie 4.3) tragen Bund, Länder und kommunale Gebietskörperschaften (Finanzierungssäule 2) mit Steuermitteln in Höhe von insgesamt rund 6,6 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege bei, die sich wie folgt zusammensetzen:

Seit 2022 leistet der Bund gemäß § 61a SGB XI eine pauschale Beteiligung zu den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von jährlich 1 Milliarde Euro; aufgrund der weiterhin angespannten Haushaltslage wird dieser Zuschuss in den Jahren 2024 bis 2027 ausgesetzt (Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023), ab 2028 aber wieder aufgenommen. Als Kompensation wurde parallel zu dieser Aussetzung die Zuführung von Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung an den Pflegevorsorgefonds für die Jahre 2024 bis 2027 um jährlich 1 Milliarde Euro, von 1,7 Milliarden Euro auf 0,7 Milliarden Euro, abgesenkt.

Darüber hinaus wurde der sozialen Pflegeversicherung mit dem Haushaltsgesetz 2022 ein Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro gewährt, das gemäß § 61a Absatz 2 SGB XI zur Hälfte (0,5 Milliarden Euro) bis zum 31. Dezember 2023 zurückgezahlt wurde. Die zweite Hälfte ist bis zum 31. Dezember 2028 rückzahlbar. Weiterhin stellt der Bund jährlich Finanzmittel zur Förderung privater Pflege-Zusatzversicherung in Höhe von zuletzt 55 Millionen Euro im Jahr 2023 zur Verfügung (vgl. § 127 SGB XI).

Zudem zahlt der Bund Mittel aus dem Bundeshaushalt für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld und Grundsicherung bei Erwerbsminderung und im Alter. Das waren im Jahr 2023 rund 1,2 Milliarden Euro.

Die soziale Pflegeversicherung steht auch mit den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Recht des SGB IX, Teil 2, in Zusammenhang. § 43a SGB XI pauschaliert die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a in Verbindung

mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 oder 3 SGB XI versorgt werden. Für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 übernimmt die Pflegekasse hierbei 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, höchstens aber 266 Euro im Kalendermonat. Flankierend zu der Regelung des § 43a SGB XI ist in § 103 Absatz 1 SGB IX klargestellt, dass die Eingliederungshilfe in Einrichtungen und Räumlichkeiten im Sinne § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI auch die notwendigen Pflegeleistungen umfasst. Ende 2023 wurden rund 140.000 Pflegebedürftige (rund 3 Prozent aller Pflegebedürftigen) in solchen Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Eingliederungshilfe versorgt. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen nach § 43a SGB XI lagen bei rund 0,4 Mrd. Euro. Schon die reine Angleichung der Leistungen nach § 43a SGB XI an die Höhe der Leistungsbeträge nach § 43 Absatz 2 SGB XI wäre aktuell mit Mehrausgaben für die soziale Pflegeversicherung in Höhe von mehr als 1,6 Mrd. Euro verbunden. Im Gegenzug würden die Träger der Eingliederungshilfe in gleicher Höhe entlastet. Für die Pflegebedürftigen würden sich daraus keine tatsächlichen Verbesserungen in ihrer pflegerischen Versorgung ergeben.

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI).

Die Länder beteiligen sich im Rahmen der Investitionsförderung an den Kosten der teil- und vollstationären Pflege, sofern landesrechtliche Regelungen das vorsehen. Die Förderung ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet. Wie aus den Erhebungen zur Förderung der Investitionskosten von nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Länder in den Jahren 2020 bis 2022 hervorgeht, lag diese bei rund 875 Millionen Euro pro Jahr bundesweit. Bei höheren Investitionskostenförderungen anhand landesrechtlicher Grundlagen, könnten die Leistungsempfängerinnen und -empfänger (und damit mittelbar auch die Sozialhilfeträger) noch stärker entlastet werden. Insgesamt ist sie mit rund 875 Millionen Euro deutlich niedriger, als die von den pflegebedürftigen Menschen zu tragenden Investitionskostenanteile (rund 4,4 Milliarden Euro).

Je nach Zuständigkeitsverteilung tragen die Länder und/oder (überwiegend) die Kommunen als Sozialhilfeträger die Kosten der Hilfe zur Pflege, die anfallen, wenn die pflegebedürftigen Menschen die von ihnen zu tragenden pflegebedingten Kosten nicht selbst aus Einkommen und Vermögen tragen können. Dafür haben die Sozialhilfeträger 2022 rund 3,5 Milliarden Euro ausgegeben.

In Folge der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 sanken die Bruttoausgaben der Länder für die Hilfe zur Pflege von 9,1 Milliarden Euro im Jahr 1994 auf durchschnittlich 2,9 Milliarden Euro in den Jahren 1999 bis 2002⁴⁵.

Seither sind die jährlichen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege wieder gestiegen – auf über 4,3 Milliarden Euro im Jahr 2019. Die Einsparungen der Länder beliefen dennoch im Jahr 2019 auf insgesamt nominal rund 4,7 Milliarden Euro. Im Jahr 2022 war erneut ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für Hilfe zur Pflege um 26,0 Prozent im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies ist auf die neuen Regelungen zum 1. Januar 2022 zurückzuführen, wonach die Kosten für vollstationäre Pflege (Pflegegrade 2 bis 5) je nach bisheriger Verweildauer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit monatlichen Zuschlägen von bis zu 70 Prozent des Eigenanteils aus der sozialen Pflegeversicherung bezuschusst werden (Statistisches Bundesamt 2023, Pressemitteilung Nr. 321 vom 15. August 2023).

4.4 Langfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

4.4.1 Auftrag und Modellannahmen

Um die langfristigen finanziellen Herausforderungen für die soziale Pflegeversicherung besser einschätzen zu können, wurde eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben, die vom IGES Institut erarbeitet wurde. Das IGES Institut hat eine Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung und deren Leistungsbestandteilen, der Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen und der Hilfe zur Pflege bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts (inkl. den Wirkungen der Regelungen des PUEG) erstellt. Dabei waren folgende Rahmensetzungen laut Leistungsbeschreibung zu beachten:

⁴⁵ Statisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 zur Sozialhilfe, 1994ff.

- Abweichend vom aktuellen Recht ist eine regelgebundene Leistungsdynamisierung auch für den Zeitraum ab 2028 anzunehmen.
- Im Ergebnis sind die Entwicklung des notwendigen Beitragssatzes (unter Berücksichtigung der Entwicklung von Beitragszahlenden sowie Erwerbseinkommen), der Ausgaben der Hilfe zur Pflege, sowie für den stationären Bereich die Entwicklung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile, der Kosten für Unterkunft und Verpflegung und der in Rechnung gestellten Investitionskosten zu prognostizieren.
- Als Teilgröße der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind darzustellen: die Pflegeleistungen, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Pflege und die Ausbildungskosten.
- Im Hinblick auf die hohe Personalintensität der Pflegeleistungen wird in Anlehnung an EU-Projektionen (Ageing-Report) unterstellt, dass zum Werterhalt der Versicherungsleistungen eine Dynamisierung der Sachleistungen zu 2/3 in Höhe der allgemeinen Lohnentwicklung und zu 1/3 in Höhe der Inflationsentwicklung und der Geldleistungen umgekehrt zu 1/3 Lohnentwicklung und 2/3 Inflationsentwicklung notwendig wäre. Dabei wird langfristig eine durchschnittliche Inflationsrate von 1,5 Prozent und ein durchschnittlicher Lohnanstieg von 3,0 Prozent angenommen.
- Neben der eben beschriebenen werterhaltenden Leistungsdynamisierung sollten alternativ auch eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die allgemeine Inflationsrate als Variante berechnet, sowie zur Ermittlung der durch die Leistungsdynamisierung verursachten Kostenwirkungen, eine Variante ohne Leistungsdynamisierung nach 2028 berechnet werden.
- Zur Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird der aktuelle starke Anstieg zugrunde gelegt, der weit über das allein aus der demografischen Entwicklung erwartbare Maß hinausgeht. Dieser überproportionale Anstieg der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird fortgeschrieben mit der Annahme, dass sich der Anstieg über einen unterstellten Zeitraum von zehn Jahren wieder an eine Konstanz der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit annähert.
- Auf der Einnahmenseite sollten zur Schätzung der Beitragsentwicklung die Eckwerte der Bundesregierung für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung zugrunde gelegt werden und für den anschließenden Zeitraum die (fortgeschriebenen) Annahmen des Rentenversicherungsberichts.

Ausgehend von diesen zur Modellierung notwendigen Setzungen ergibt sich, ein vom IGES Institut definiertes Basisszenario (Szenario 4), welches mit einem langfristigen Lohnwachstum von 3 Prozent, einem zehnjährigen überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und für eine werterhaltende Leistungsdynamisierung mittlere Werte als Annahmen beinhaltet. Bezüglich der Annahmen zur Leistungsdynamisierung ist darauf hinzuweisen, dass diese über den bestehenden rechtlichen Satus quo bzw. dessen hypothetischer Fortschreibung zur Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung hinausgeht.⁴⁶ Als Sensitivitätsanalyse zur Einschätzung einer günstigeren bzw. ungünstigeren Entwicklung auf der Ausgaben- und Einnahmenseite wird die Lohnentwicklung um einen Prozentpunkt höher oder niedriger, sowie der Übergangszeitraum zu konstanten altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeiten mit fünf bzw. 15 Jahren angesetzt. Daraus entstehen zu jeder Dynamisierungsannahme jeweils ein Positiv- und Negativszenario. Insgesamt ergeben sich entsprechend neun verschiedene Kombinationen:

⁴⁶ Demnach werden zum 1. Januar 2025 die Geld- und Sachleistungen um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum (§ 30 Absatz 1 SGB XI) regelhaft dynamisiert.

Tabelle 7: **Übersicht der Ergebnisse der neun Modellszenarien, modelliert vom IGES Institut**

Szenario	Leistungsdynamisierung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Lohnentwicklung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate ab 2023)
1	1,5 Prozent	3,0 Prozent	10 Jahre
2	1,5 Prozent	4,0 Prozent	5 Jahre
3	1,5 Prozent	2,0 Prozent	15 Jahre
4 (Basis)	Sachleistungen: 2,5 Prozent Geldleistungen: 2,0 Prozent	3,0 Prozent	10 Jahre
5	Sachleistungen: 3,2 Prozent Geldleistungen: 2,3 Prozent	4,0 Prozent	5 Jahre
6	Sachleistungen: 1,8 Prozent Geldleistungen: 1,7 Prozent	2,0 Prozent	15 Jahre
7	0,0 Prozent	3,0 Prozent	10 Jahre
8	0,0 Prozent	4,0 Prozent	5 Jahre
9	0,0 Prozent	2,0 Prozent	15 Jahre

Quelle: IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Februar 2024

4.4.2 Ergebnisse

4.4.2.1 Szenarien

Die zentralen Ergebnisse der Modellrechnung sind für die einzelnen Parameter in allen neun Szenarien in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 8: Zentrale Ergebnisse der neun Szenarien auf Grundlage der Modellrechnung des IGES Instituts

Szenario	Leistungsdynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnentwicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	Ausgaben- deckender Beitragssatz 2060	Finanzierungs- lücke.a. in Mrd. € (diskontiert)	Leistungs- ausgaben je Leistungs- empfänger/in 2060	bpE je Mitglied 2060	Anzahl Pflegebe- dürftige 2060	pflegebe- dingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/r Leistungs- empfänger/in p. a. (diskontiert)	Anteil HZP- Empfänger/ innen ambulante Sachleistung 2060	Anteil HZP- Empfänger/ innen vollstationär 2060	Anteil HZP- Empfänger/ innen Geldleistung 2060
2022 (Ist)				3,2 %		11.839 €	28.055 €	4,8 Mio.	7.340 €	6,9 %	31,1 %	1,06 %
1	1,5 %	3,0 %	10 Jahre	3,9 %	12,6	13.385 €	85.438 €	8,1 Mio.	8.463 €	6,4 %	25,1 %	1,00 %
2	1,5 %	4,0 %	5 Jahre	2,9 %	-5,4	25.812 €	116.410 €	7,0 Mio.	8.463 €	6,5 %	23,9 %	1,01 %
3	1,5 %	2,0 %	15 Jahre	5,5 %	41,4	19.327 €	62.517 €	9,6 Mio.	8.463 €	6,3 %	25,8 %	0,98 %
4	Sachleistung: 2,5 % Geldleistung: 2,0 %	3,0 %	10 Jahre	4,6 %	25,2	26.138 €	85.438 €	8,1 Mio.	6.307 €	6,4 %	20,9 %	1,00 %
5	Sachleistung: 3,2 % Geldleistung: 2,3 %	4,0 %	5 Jahre	3,7 %	9	33.375 €	116.410 €	7,0 Mio.	5.697 €	6,5 %	18,5 %	1,01 %
6	Sachleistung: 1,8 % Geldleistung: 1,7 %	2,0 %	15 Jahre	5,8 %	46,8	20.494 €	62.517 €	9,6 Mio.	6.994 €	6,3 %	24,0 %	0,98 %
7	0,0 %	3,0 %	10 Jahre	2,8 %	-7,2	16.029 €	85.438 €	8,1 Mio.	11.051 €	6,4 %	30,6 %	1,00 %
8	0,0 %	4,0 %	5 Jahre	2,2 %	-18	19.517 €	116.410 €	7,0 Mio.	11.051 €	6,5 %	27,8 %	1,01 %
9	0,0 %	2,0 %	15 Jahre	3,8 %	10,8	22.155 €	62.517 €	9,6 Mio.	11.051 €	6,3 %	33,6 %	0,98 %

Quelle: Eigene Darstellung unter Heranziehung der Ergebnisse des IGES Instituts

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Vorbemerkungen: Die obige Tabelle ist eine auf Basis der zentralen IGES-Ergebnisse erstellte eigene Zusammenstellung, um alle Ergebnisse in einer Tabelle abbilden zu können. Beim pflegebedingten Eigenanteil wurde der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI, dessen Höhe von der Verweildauer in der vollstationären Pflege abhängt, berücksichtigt. Die Wirkungen des § 113c SGB XI sind hingegen unberücksichtigt.

Im vom IGES Institut definierten Basisszenario 4 (Szenario 4) ergibt sich im Modell für das Jahr 2060 ein ausgabendeckender Beitragssatz von 4,6 Prozent (1,4 Prozentpunkte höher als im Basisjahr 2022 mit 3,2 Prozent). Die sich hieraus ergebende Finanzierungslücke beträgt auf Basis des Wertes eines Beitragssatzzehntels⁴⁷ rund 24 Milliarden Euro. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen steigt von 4,8 Millionen auf 8,1 Millionen (plus 3,3 Millionen). Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Renteneinkommens sinkt die reale Belastung der Pflegebedürftigen leicht (diskontierte Werte für 2022 rund 7.340 Euro und 2060 rund 6.307 Euro). Aus den Szenarien 4, 5 und 6 lässt sich erkennen, dass eine angemessene regelgebundene Leistungsdynamisierung zum Werterhalt der Pflegeversicherungsleistungen beitragen und die Eigenanteile von pflegebedürftigen Menschen – dargestellt anhand der EEE – begrenzen resp. absenken kann.

Bei einer Dynamisierung nur in Höhe der Inflationsrate (Szenario 1) und sonst gleichen Annahmen wie im Szenario 4 steigt der Beitragssatz weniger stark auf 3,9 Prozent an, wobei gleichzeitig der Eigenanteil um etwa ein Drittel stärker steigt als im Szenario 4. Die niedrigere Dynamisierung führt somit zu einer nur halb so hohen Finanzlücke von rechnerisch etwa 12 Milliarden Euro. Ohne eine Dynamisierung nach 2028 (Szenario 7 als Referenz) würde der Beitragssatz sogar auf 2,8 Prozent absinken. Dies würde ohne Absenkung des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte faktisch zu einem rechnerischen Überschuss von knapp 7 Milliarden Euro führen. Der Eigenanteil würde bei diesem Szenario aufgrund der ausbleibenden Dynamisierung jedoch um 75 Prozent höher ausfallen als im Szenario 4.

Der Vergleich der Szenarien 1, 4 und 7 zeigt, dass die Höhe der Dynamisierung auf der einen Seite einen maßgeblichen Einfluss auf die notwendige Höhe des Beitragssatzes hat. Mit einem höheren Grad an Dynamisierung erhöht sich auch der Druck auf die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung und damit auf deren langfristige finanzielle Tragfähigkeit in einer stark alternden Gesellschaft. Gleichzeitig ist diese Stellschraube auf der anderen Seite von elementarer Bedeutung für die Höhe der finanziellen Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen. Eine angemessene regelgebundene Leistungsdynamisierung kann zum Werterhalt der Pflegeversicherungsleistungen beitragen und die Eigenanteile von pflegebedürftigen Menschen - dargestellt anhand der EEE – begrenzen bzw. absenken (Szenario 4, vgl. aber auch Szenarien 5 und 6).

In den übrigen sechs Szenarien zur Sensitivitätsanalyse zeigt sich, dass bei einer schwächeren Lohnentwicklung (2 Prozent statt 3 Prozent) und gleichzeitig längerem Übergangszeitraum zu konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten (15 Jahre statt zehn Jahre) der ausgabendeckende Beitragssatz im Worst-Case-Szenario 6 mit 5,8 Prozent am höchsten ist und damit 1,2 Prozentpunkte höher ausfällt als im Szenario 4. Umgekehrt führt eine stärkere Lohnentwicklung (4 Prozent statt 3 Prozent) und eine schnellere Rückkehr zu konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit (fünf Jahre statt zehn Jahre) zu einem ausgabendeckenden Beitragssatz von 3,7 Prozent, welcher gegenüber dem Szenario 4 somit um 0,9 Prozentpunkte niedriger ausfallen würde.

Zusammenfassend kann man für die beiden szenarienprägenden Variablen allgemeine Lohnentwicklung und Pflegeprävalenz sagen, dass diese die maßgeblichen Treiber für die Beitragssatzentwicklung sind: Je besser die allgemeine Lohnentwicklung ist und je mehr es gelingt, die Steigerung der Pflegeprävalenz abzumildern resp. zu verstopfen, desto geringer ist der Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung resp. der Finanzierungslücke (Szenarien 2, 5 und 8).

Auch im Teilleistungssystem – und ohne weitere Leistungsverbesserungen resp. Werterhalt der Pflegeversicherungsleistungen ab dem Jahr 2028 – kann eine Finanzierungslücke von rund 11 Milliarden Euro entstehen, wenn die Pflegeprävalenzen in den nächsten 15 Jahren weiterhin über demografiebedingt erwartetem Niveau liegen und die Lohnentwicklung gleichzeitig schwach ausfällt (Szenario 9).

Demografiebedingt und abhängig von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zeigt sich in unterschiedlichem Ausmaß (Finanzierungslücke zwischen 0,5 Prozent und 2,6 Prozent, im Mittel 1,4 Prozent), dass ein langfristiger Erhalt des Realwertes der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Teilleistungssystem ohne deutlich finanzwirksame Maßnahmen auf der Einnahmen- und/oder der Ausgabenseite nicht möglich ist.

⁴⁷ 2022 beträgt 1 Beitragssatzzehntel rund 1,7 Milliarden Euro.

4.4.2.2 Auswirkungen auf die Hilfe zur Pflege

Die Entwicklung der Eigenanteile hat auch Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger (für Hilfe zur Pflege) und auf den Anteil der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen, die auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind.

Zentral ist dabei, inwieweit der Umfang der Sachleistungsdynamisierung in den Szenarien von der Entwicklung der Pflegekosten abweicht, also die Entwicklung der „effektiven“ Eigenanteile nach Abzug des Leistungszuschlags zur Eigenanteilsbegrenzung. Wenn die Leistungen in Höhe der Pflegekostensteigerung (Szenario 4) dynamisiert werden, wachsen die „effektiven“ Eigenanteile mit der Pflegekostensteigerungsrate. Da die Löhne in allen Szenarien stärker steigen als die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation), nimmt auch der Anrechnungsbetrag auf private Einkommen und Vermögen stärker zu, als der „effektive“ Eigenanteil. Dies gilt in noch stärkerem Maße für die Investitionskosten, die im Modell nur mit der allgemeinen Inflationsrate fortgeschrieben werden. Die pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen können die privat zu finanzierenden Ausgaben öfter aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren und sind seltener auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege angewiesen.

Entsprechend sinkt der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege bis 2060 im Szenario 4 von rund 31 Prozent im Ausgangsjahr 2022 auf rund 21 Prozent in 2060, bei einer Leistungsdynamisierung in Höhe der Inflationsrate (Szenario 1) auf 25 Prozent und ohne Leistungsdynamisierung (Szenario 7) erreicht er nach einem zwischenzeitlichen Anstieg in 2060 wieder das Ausgangsniveau.

Im ambulanten Bereich ergeben sich geringfügige Rückgänge gegenüber den derzeitigen Quoten von rund 7 Prozent bei den Sachleistungsempfängenden und rund 1 Prozent bei den Geldleistungsempfängerinnen und -empfängern. Wegen der im Projektionszeitraum deutlich steigenden Zahl der pflegebedürftigen Menschen (von 4,8 Millionen auf 8,1 Millionen im Szenario 4) bedeutet der oben geschilderte Rückgang aber nicht, dass auch die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege zurückgehen. Sie steigen vielmehr deutlich an - bis 2060 nominal auf das 2,7-fache der Summen im Ausgangsjahr 2022. Bei geringerer Leistungsdynamisierung ist der Anstieg deutlich stärker (Vervierfachung bei inflationsorientierter Dynamisierung bzw. Versechsfachung ohne Leistungsdynamisierung nach 2028). Welche relativen Veränderungen sich – bezogen auf die Länder-/ Kommunalhaushalte – daraus ergeben, ist nur schwer abzuschätzen. Unterstellt man bei ihnen ein jährliches Wachstum von durchschnittlich 3 Prozent (Verdreifachung bis 2060), so bliebe im Szenario 4 die relative Belastung in etwa konstant, während sie bei geringerer Leistungsdynamisierung deutlich stiege.

4.4.2.3 Vollversicherung

Im Rahmen einer Vollversicherung müsste die Pflegeversicherung alle pflegebedingten Aufwendungen übernehmen. Im vollstationären Bereich sind dies die jeweiligen Pflegesätze (Investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung blieben außen vor). Diese Kosten sind grundsätzlich kalkulierbar. Sie belaufen sich näherungsweise auf rund 6,9 Milliarden Euro in einem fiktiven Einführungsjahr 2026 (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 0,36 Beitragssatzpunkten) und würden sich im Jahr 2060 rechnerisch auf knapp 23 Milliarden Euro erhöhen (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 0,48 Beitragssatzpunkten). Bei den ambulanten Sachleistungsempfängerinnen und -empfängern ist die Frage schwieriger zu beantworten, hier müssen Annahmen getroffen werden, da keine konkreten Daten zu den Eigenanteilen im ambulanten Bereich vorliegen. Im Rahmen der zweiten Studie über die Finanzwirkungen verschiedener Anpassungsmaßnahmen wird hierzu eine Hypothese aufgestellt, mit der die finanziellen Auswirkungen dargestellt werden können. Überträgt man die durchschnittlichen vollstationären Pflegesätze als Leistungsbeträge auf die ambulanten Sachleistungen, so ergeben sich in 2026 weitere 9,6 Milliarden Euro Mehrausgaben (entspricht zusammen mit der Vollversicherung im vollstationären Bereich gegenüber dem Basisszenario zusätzlich insgesamt 0,86 Beitragssatzpunkten in 2026). Für das Jahr 2060 ergäben sich Mehrausgaben in Höhe von etwa 55 Milliarden Euro (entspricht zusammen mit der Vollversicherung im vollstationären Bereich gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 1,14 Beitragssatzpunkten). Wird dieser Betrag schließlich auch auf das Pflegegeld übertragen (sektoren- und versorgungsformunabhängige Leistungsbeträge, also eine vollständige Vollversicherung), so ergeben sich weitere Mehraufwendungen von rund 59 Milliarden Euro in 2026 (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 3,95 Beitragssatzpunkten). Im Jahr 2060 ergäben sich damit Mehrausgaben im Wert von 245 Milliarden Euro (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 5,06 Beitragssatzpunkten).

4.4.2.4 Medizinische Behandlungspflege

Um die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege abzuschätzen, hat das IGES Institut die Kosten der medizinischen Behandlungspflege als Teil der Gesamtausgaben über den Zeitablauf projiziert. Beruhend auf einer Übertragung der Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich in der Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich eine aktuelle zusätzliche finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung von gut 3 Milliarden Euro (entspricht rund 0,2 Beitragssatzpunkten). Über den Projektionszeitraum steigen die Pro-Kopf-Ausgaben mit der angenommenen Kostensteigerungsrate der Sachleistungen (2/3 Lohn- und 1/3 inflationsorientiert). Daneben ist die Entwicklung der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen im vollstationären Bereich der zweite Kostentreiber. Insgesamt kommt das Gutachten im Szenario 4 bis 2060 zu einem Kostenanstieg von rund 13 Milliarden Euro.

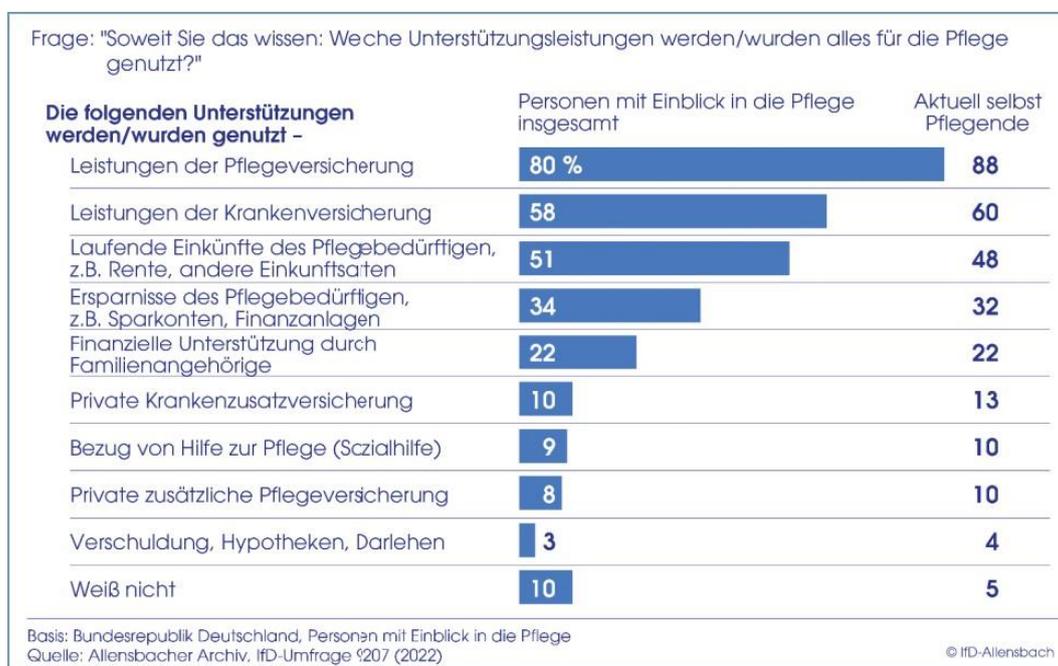
Abschließender Hinweis: Die im Gutachten enthaltenen Aussagen über strukturelle Herausforderungen, Effizienzpotenziale sowie Fehlanreize im System der sozialen Pflegeversicherung werden im Zusammenhang mit der Erörterung von möglichen Anpassungsmaßnahmen auf der Ausgabenseite beschrieben (siehe Kapitel 6.3).

5 Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an die soziale Pflegeversicherung

Zur Beurteilung der Zukunftsperspektiven zur Finanzierung der Langzeitpflege sind auch die Wahrnehmungen und Einstellungen der Bürgerinnen und Bürger bedeutsam. Daher wurden – mit Augenmerk auf die gesellschaftlichen Veränderungen und den demografischen Wandel – zunehmend Bevölkerungsumfragen zur dauerhaften und ausreichenden Stabilisierung der Finanzierung von Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, durchgeführt. Jüngste Umfrageergebnisse zu den politischen Präferenzen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung werden skizziert.

Nach Umfragen des Allensbach-Instituts (2022)⁴⁸ gab der weit überwiegende Teil der Befragten an (hier: Befragte mit Einblick in die Pflege), Pflegeleistungen weit überwiegend über die Pflegeversicherung zu finanzieren. Für viele Befragte sind auch die Kostenübernahme und Sachleistungen der Krankenversicherung bedeutsam. Etwa die Hälfte der Befragten berichtet, die Unterstützungsleistungen aus den laufenden Einkünften des pflegebedürftigen Menschen zu finanzieren; ein Drittel der Befragten gab an, hierfür auf finanzielle Rücklagen zurückzugreifen; ein Viertel der pflegebedürftigen Menschen wird auch finanziell von den Angehörigen unterstützt. Private Versicherungen spielen dagegen eine vergleichsweise geringe Rolle bei der Finanzierung.

Abbildung 8: **Befragung des Allensbach-Instituts: Nutzung von Unterstützungsleistungen**



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022 (IfD-Umfrage 9207 (2022)), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Für die meisten Befragten sind Überlegungen im Hinblick auf einen möglichen Pflegebedarf im Alter hypothetisch. Von daher verfolgen auch nur wenige eine ausgeprägte Vorsorgestrategie. Nur ein Teil der Bevölkerung geht davon aus, im Falle von Pflegebedürftigkeit auf Ersparnisse zurückgreifen zu können. Dass die Befragten dann über Leistungen aus einer privaten Pflegezusatzversicherung verfügen können, denken ein Fünftel. Auf die staatlichen Pflegeleistungen verlassen sich etwas mehr als ein Drittel, knapp ein Viertel auf die Pflege von Angehörigen.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

⁴⁸ Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022 (IfD-Umfrage 9207 (2022)), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Abbildung 9: **Befragung des Allensbach-Instituts in Bezug auf die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit**



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022 (IfD-Umfrage 9207 (2022)), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Die aktuelle Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach (2024)⁴⁹ zeigt auf, dass für die nächsten Dekaden die breite Bevölkerung eine Verschärfung der Probleme in der Pflege durch eine deutliche Zunahme der pflegebedürftigen Menschen bei wachsendem Fachkräfteengpass erwartet. Über Dreiviertel der Bevölkerung geht von wachsenden Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Pflegeplatz aus und fast ebenso viele rechnen mit weiteren steigenden Kosten für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen. Dadurch wird auch eine zunehmende soziale Spaltung befürchtet: In Zukunft können sich vor allem Wohlhabende noch eine gute Pflege leisten. Und knapp die Hälfte der Bevölkerung befürchtet eine Einschränkung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung.

⁴⁹ Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, (2024).

Abbildung 10: **Befragung des Allensbach-Instituts: Vorstellungen zur Pflegesituation in 10 bzw. 15 Jahren in Deutschland**

Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, (2024).

Hilfestellungen zur Lösung der Herausforderungen in der Pflege werden vorrangig von der Politik erwartet, insbesondere von der Bundesregierung. Unter den wahrgenommenen Aufgaben der Regierung spielen sowohl die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl von Pflegepersonal als auch die Unterstützung von Familien mit Pflegeverantwortung für eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung eine wichtige Rolle (66 bzw. 55 Prozent). Hand in Hand mit diesen Erwartungen geht allerdings der erkennbare Wunsch, dass solche Lösungen für die Bevölkerung nicht mit nennenswerten zusätzlichen Kosten verbunden sind: 60 Prozent betrachten es als wichtig, dass die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung nicht weiter steigen.

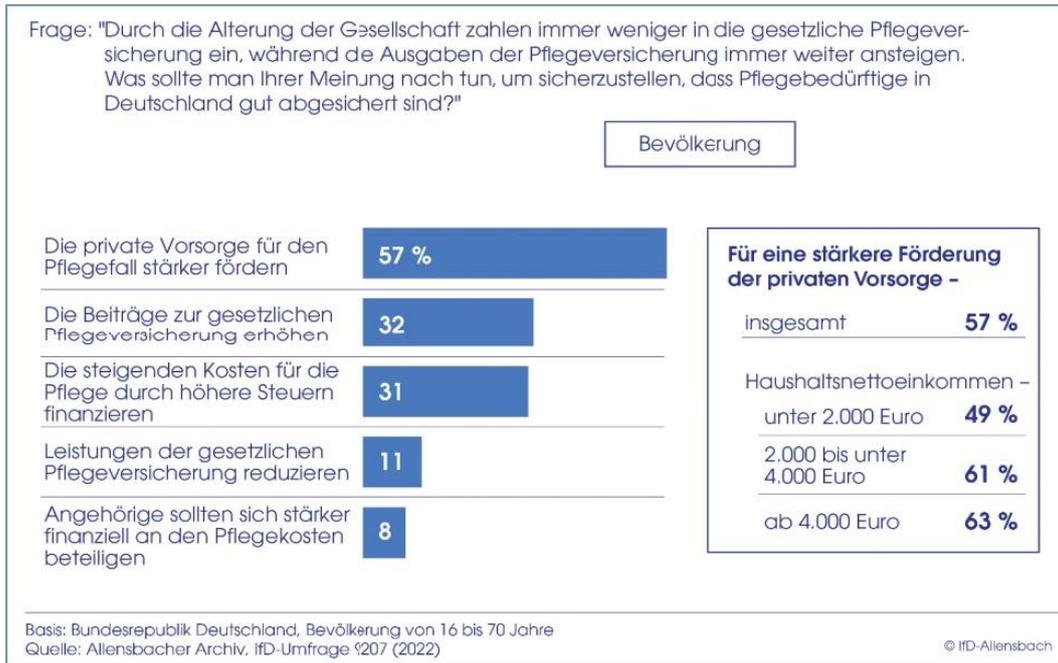
Abbildung 11: **Befragung des Allensbach-Instituts nach den politischen Zielen, um die sich die Regierung besonders kümmern sollte**



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, (2024), Seite 33; Umfrage IfD-Archiv-Nr. 12075/12076 zur Frage: „Hier auf der Liste stehen verschiedene politische Ziele. Welche halten Sie für besonders dringlich, worum sollte sich die Regierung besonders kümmern?“.

Die Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung sind nicht eindeutig: Nach Allensbach-Umfragen 2022 und 2024 wird eine finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung am ehesten durch eine stärkere Förderung der privaten Vorsorge gesehen; Aber jeweils knapp ein Drittel befürworten hierfür auch mehr Steuermittel resp. höhere Beiträge. Zur dauerhaften Sicherung der Pflegefinanzierung stellt sich nur eine Minderheit vor, die weitgehend befürwortete soziale Pflegeversicherung ganz abzuschaffen und die Kosten für die Pflege vollständig über Steuern zu finanzieren. Auch eine Pflegevollversicherung oder ein Sockel-Spitze-Tausch stößt im Rahmen der Befragung auf geteilte Meinungen. Eher fänden Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeversicherung Zustimmung, wobei die Mehrheit eine Ergänzung der Pflegeversicherung durch die Förderung von mehr privater Vorsorge sowie eine stärkere Beteiligung von Vermögenden an ihren eigenen Pflegekosten präferieren. Im Zeitvergleich legen die Ergebnisse von Allensbach nahe, dass die Akzeptanz für steigende Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung an Grenzen gerät. Und auch Fragen der Generationengerechtigkeit nehmen auf die Präferenzen der Bevölkerung vorerst wenig Einfluss.

Abbildung 12: **Befragung des Allensbach-Instituts zur Absicherung pflegebedürftiger Menschen**



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022 (IfD-Umfrage 9207 (2022)), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Abbildung 13: **Befragung des Allensbach-Instituts nach Präferenzen für die zukünftige Pflegefinanzierung**

Ergebnisse eines Experiments: Die Frage nach den Präferenzen für die zukünftige Pflegefinanzierung wird in zwei repräsentativen Teilstichproben gestellt. In der zweiten Stichprobe wird die Frage durch den Hinweis, dass die steigenden Pflegekosten "in Zukunft vor allem die junge Generation belasten" ergänzt.

Präferierte Finanzierung: - Auszug -	Ohne Hinweis auf junge Generation	Mit Hinweis auf junge Generation
	%	%
Private Vorsorge stärker fördern	56	61
Stärkere Kostenbeteiligung von Vermögenden	57	57
Private Pflegezusatzversicherung als Pflicht für alle	33	33
Pflegekosten durch höhere Steuern finanzieren	23	25
Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung erhöhen	19	23

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76) © IfD-Allensbach

Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, (2024).

Abbildung 14: **Befragung des Allensbach-Instituts zur individuellen vs. staatlichen Kostenübernahme**



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022 (IfD-Umfrage 9207 (2022)), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Die FORSA-Umfrage im Auftrag der DAK (2023)⁵⁰ ergibt, dass die Mehrheit der Befragten sich dafür ausspricht, dass die soziale Pflegeversicherung weiterhin alle wesentlichen Pflegekosten übernehmen soll; drei Viertel der Befragten sind vor diesem Hintergrund der Meinung, dass die zusätzlichen Kosten zukünftig (auch) durch Zuschüsse aus Steuern finanziert werden sollten. Nur etwas mehr als ein Fünftel spricht sich für eine Erhöhung der Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung aus. Nur sehr wenig Befragte (4 Prozent) plädieren hingegen zur Kostendeckung für eine Reduzierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

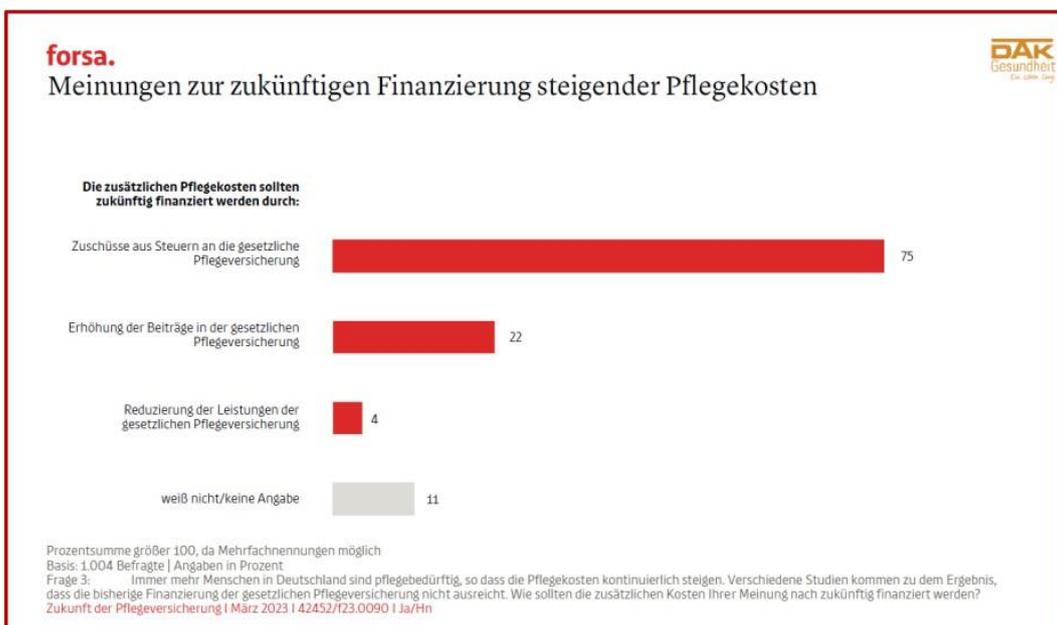
⁵⁰ Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Zukunft der Pflegeversicherung, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag der DAK-Gesundheit, 2023, bzw. Präsentation der DAK-Gesundheit, Pflegeversicherung in der Krise, 2023.

Abbildung 15: **Forsa-Umfrage zur Zukunft der gesetzlichen Pflegeversicherung**



Quelle: Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH im Auftrag der DAK-Gesundheit, Zukunft der Pflegeversicherung, 2023.

Abbildung 16: **Forsa-Umfrage zur zukünftigen Finanzierung steigender Pflegekosten**



Quelle: Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH im Auftrag der DAK-Gesundheit, Zukunft der Pflegeversicherung, 2023.

Eine große Mehrheit der Befragten ist der Ansicht, dass es nicht in Ordnung ist, wenn Menschen, die ihr Leben lang Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt haben, zu Sozialfällen werden; dennoch scheint die Beantragung von Sozialhilfe für eine knappe Mehrheit legitim resp. nicht schambehaftet: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten äußert, dass es kein Problem sei, wenn pflegebedürftige Menschen Sozialhilfe beantragen müssen, denn dafür sei die Sozialhilfe da. Dass jeder Mensch hier eine Eigenverantwortung habe und durch private Zusatzversicherungen selbst für den Pflegefall vorsorgen sollte, meinen mit rund einem Viertel deutlich weniger Befragte, wie nachfolgende Abbildung zeigt⁵¹.

Abbildung 17: **Forsa-Befragung zur Beantragung von Sozialhilfe durch Pflegebedürftige**

	Es stimmen der jeweiligen Aussage zu			
	voll und ganz	eher	eher nicht	überhaupt nicht
	%	%	%	%
Es ist nicht in Ordnung, wenn Menschen, die ihr Leben lang Beiträge an die Pflegeversicherung gezahlt haben, zu Sozialfällen werden.	62	21	9	5
Wenn Pflegebedürftige Sozialhilfe beantragen müssen, ist das kein Problem, denn dafür ist die Sozialhilfe da.	25	31	25	16
Jeder Mensch hat hier eine Eigenverantwortung und sollte durch private Zusatzversicherungen selbst für den Pflegefall vorsorgen.	5	22	41	29

an 100 Prozent fehlende Angaben = „weiß nicht“/keine Angabe

Quelle: Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH im Auftrag der DAK-Gesundheit, Zukunft der Pflegeversicherung, 2023.

Auch wenn die Präferenzen der Bürgerinnen und Bürgern nicht eindeutig sind, so zeigen doch sowohl Allensbach als auch Forsa auf, dass weitere Beitragserhöhungen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in der Zustimmung an Grenzen stoßen könnten. Zum Teil wird daher auch deutlich eine stärkere Steuerfinanzierung präferiert.

Nach der Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2023)⁵² findet zudem die Stärkung der solidarischen Finanzierung eine große Akzeptanz: Gesetzlich wie auch privat Versicherte sprechen sich überwiegend dafür aus, Beamtinnen und Beamte, Selbstständige und Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze an der solidarischen Finanzierung der Pflegekosten zu beteiligen.

⁵¹ Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH im Auftrag der DAK-Gesundheit, Zukunft der Pflegeversicherung, 2023.

⁵² Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), Zok, Klaus/Jacobs, Klaus, WiDO-monitor, Solidarität steht hoch im Kurs – Ergebnisse eine Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten, 1/2023.

6 Mögliche Maßnahmen zur Bewältigung der finanziellen Herausforderungen bei der Finanzierung von Pflegeversicherungsleistungen bis 2060

Die Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden sind im demografischen Wandel begründet: Durch den erwartbaren Rückgang des Erwerbspersonenpotentials, das zu einem weit überwiegenen Teil die Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung bestimmt, und durch eine Pflegeprävalenz, die über dem demografiebedingt erwarteten Niveau liegt, ist die Beitragssatzstabilität mittel- und langfristig nicht sichergestellt. Hinzu kommt, dass bei dauerhaft überproportional steigenden finanziellen Belastungen durch das Pflegerisiko die Akzeptanz der Pflegeversicherung als Sicherungssystem abnehmen würde.

Unter 6.1 werden zunächst mögliche Grundszenarien sowohl im Teilleistungs- als auch im Vollleistungssystem vorgestellt.

Eine regelhafte Dynamisierung ist aktuell bis zum Jahr 2028 gesetzlich vorgesehen: Die Leistungsbeträge werden zum einen zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent angehoben, ein weiteres Mal zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig-beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im selben Zeitraum.

Eine über das Jahr 2028 hinausgehende Dynamisierung sieht das SGB XI bislang nicht vor.

Dem Auftrag aus dem PUEG folgend (siehe oben Kapitel 1, Seite 10), auch Vorschläge zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung zu erarbeiten, wird im Folgenden unter Kapitel 6.2 die Dynamisierung und ihre Wirkung als Stellschraube zur Vermeidung der Entwertung von Versicherungsleistungen und zur Vermeidung der finanziellen Überforderung der Menschen mit Pflegebedarf dargestellt. Dabei spielt in diesem Zusammenhang auch die Zielsetzung eine Rolle, dass die soziale Pflegeversicherung als tragende Säule der Absicherung des Pflegerisikos langfristig für alle Generationen finanzierbar bleibt und eine verlässliche Absicherung darstellt. Hierbei ist auch auf die Belastung der Beitragszahlenden zu achten.

Unter Kapitel 6.3 folgt eine Darstellung der Stellschrauben mit entsprechenden Finanzwirkungen zur Entlastung der Ausgabenseite insgesamt. Diese Stellschrauben zur Reduzierung der Finanzierungslücke werden bei der Bewältigung der finanziellen Herausforderungen vorangestellt, die meisten gelten übergreifend für alle Szenarien sowohl im Teilleistungs- als auch im Vollleistungssystem, einige davon nur szenarienbezogen. In Kapitel 6.4 werden die Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite beleuchtet und ihr finanzieller Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke beschrieben. Sie werden unter die Finanzierungssäulen Beiträge, Steuermittel und Eigenleistungen jeweils szenarienübergreifend und szenarienbezogen eingeordnet.

Um objektive Datengrundlagen und Berechnungen im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen der jeweiligen Stellschrauben zu erhalten, wurde das IGES Institut beauftragt, die finanziellen Auswirkungen verschiedener möglicher ausgabendämpfender und einnahmensteigernder Maßnahmen zu berechnen, die die Arbeitsgruppe vorgeschlagen hat, ohne sich dabei inhaltlich für oder gegen eine Umsetzung der jeweiligen einzelnen Maßnahme auszusprechen. Das IGES Institut hat auf Grundlage des Basisszenarios aus der ersten Studie (Szenario 4 / IGES Institut)⁵³ die finanziellen Auswirkungen der nachfolgend genannten Reformmaßnahmen untersucht. Soweit diese Wirkungen auf die soziale Pflegeversicherung respektive gesetzliche Krankenversicherung haben, sind diese in Beitragssatzpunkten darzustellen (vgl. hierzu Fußnote 57).

Die jährlichen Finanzwirkungen werden ausgehend von einem fiktiv gesetzten Startjahr 2026 in Milliarden Euro und in Beitragssatzpunkten ausgedrückt und für die kommenden Jahrzehnte bis 2060 ausgewiesen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass entsprechende rechtliche Regelungen ggf. nur mit einer gewissen Vorlaufzeit umgesetzt werden könnten. Das Basisjahr ist 2022.

Da Beitragssatzsteigerungen auch zu einer Verringerung der Steuereinnahmen durch Bund und Länder führen, werden auch die direkten Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer für Bund und Länder skizziert. Diese Mindereinnahmen werden den Mindereinnahmen im Basisszenario 4 der vorausgegangenen Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung gegenübergestellt. Der Effekt der jeweiligen Stellschrauben auf das Einkommenssteueraufkommen wird im Bericht des IGES Instituts im Anhang A1 tabellarisch dargestellt.⁵⁴

⁵³ IGES Institut (2024), Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.

⁵⁴ IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024, Anhang A1.

Außerdem werden, zu einer objektiven Bewertung der Kosten einer Reformmaßnahme, sofern relevant, auch die damit verbunden möglichen Verwaltungskosten berücksichtigt. Neben den finanziellen Auswirkungen werden auch relevante Wechselwirkungen mit anderen Bereichen (auch der Hilfe zur Pflege) respektive zu anderen Sozialversicherungsträgern beschrieben als auch ggf. Anmerkungen zur technischen Umsetzung und damit verbundenen Problemen sowie zum damit verbundenen Verwaltungsaufwand gemacht.

Für die Berechnungen der Maßnahmen wurde neben dem geltenden Recht ab 2029 eine jährliche Leistungsdynamisierung unterstellt, die sich bei Geldleistungen zu 2/3 an der allgemeinen Preisentwicklung und zu 1/3 an der Entwicklung der Durchschnittslöhne und bei Sachleistungen zu 1/3 an der Preisentwicklung und zu 2/3 an der Lohnentwicklung orientiert (soweit eine Variation der Dynamisierung nicht selbst Gegenstand der Maßnahme ist).⁵⁵ Damit soll gemäß der Annahme der Realwert der Leistungen langfristig erhalten werden. Gleichzeitig erhöhen sich dadurch annahmegemäß langfristig die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, verglichen zu einer Dynamisierung nach einer rein inflationsorientierten Dynamisierung oder dem rechtlichen Status quo.⁵⁶

Die Berechnungen und Darstellungen durch das IGES Institut werden im Bericht des IGES Instituts maßnahmenabhängig wie folgt dargestellt:

- Beitragssatzeffekte⁵⁷
- Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung in Milliarden Euro
- Finanzielle Effekte auf den Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen
- Finanzielle Effekte auf die Empfängerquote von Leistungen der Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich.

Für die Darstellung der Ergebnisse der IGES-Berechnungen in diesem Bericht werden die Stellschrauben in den Kapiteln 6.3 und 6.4 jeweils definiert und die wesentlichen Auswirkungen in verkürzten Tabellenformaten dargestellt.

Bezüglich der den Berechnungen der finanziellen Auswirkungen zugrunde liegenden Annahmen, wird auf den Bericht des IGES Instituts verwiesen – diese werden hier aufgrund des Umfangs nicht gesondert dargestellt. Die Ergebnisse werden abschließend unter Kapitel 6.3/6.4 Ergebnisse der Finanzwirkungen der Stellschrauben im grafischen Überblick in eigenen Grafiken dargestellt.

Abschließend wird unter 6.5. der im Koalitionsvertrag festgelegte Prüfauftrag einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung bewertet.

6.1 Vier Grundscenarien im Teilleistungssystem und Volleistungssystem

Im bestehenden System der sozialen Pflegeversicherung sind der Teilversicherungscharakter und die Umlagefinanzierung die zentralen systemprägenden Merkmale, die die Logik weiterer Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite bestimmen.

Ausgehend vom System der Teilleistungsversicherung werden alternative Ausgestaltungsoptionen skizziert: Eine Weiterentwicklung des Teilleistungssystems kann darin bestehen, die bisherigen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung um individualrechtliche Ansprüche im Kapitaldeckungsprinzip zu ergänzen und damit je nach Ausgestaltung die soziale Pflegeversicherung von einem Teil zu einem Volleistungssystem weiterzuentwickeln. Eine weitere Option ist, die Absicherung des Pflegerisikos über ein Volleistungssystem in der Umlagefinanzierung zu organisieren.

⁵⁵ Ein Szenario zur Leistungsdynamisierung welches über den bestehenden rechtlichen Status quo, oder dessen hypothetischer Fortschreibung in der sozialen Pflegeversicherung hinausgeht.

⁵⁶ Demnach werden zum 1. Januar 2025 die Geld- und Sachleistungen um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflation in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum (§ 30 Absatz 1 SGB XI) regelhaft dynamisiert.

⁵⁷ Der jeweilige Finanzbedarf der Szenarien aus der 1. IGES-Studie wurde in Beitragssatzpunkten abgebildet, wobei diese Angaben keine Prognose der tatsächlichen Beitragssatzentwicklung darstellten, sondern eine sich auf Basis bestimmter Annahmen langfristig ergebende Finanzierungslücke bezifferten, die entstehen würde, wenn keine weiteren Maßnahmen ergriffen würden. Es wurde ein durchschnittlicher Beitragssatz unter Berücksichtigung der Finanzwirkungen angegeben, die sich aus der Differenzierung des tatsächlichen Beitragssatzes nach der Zahl der Kinder ergeben. In dieser 2. Studie werden nunmehr die Größenordnungen in Beitragssatzpunkten angegeben, um die die jeweilige Stellschraube den Finanzbedarf senken könnte.

In der Kombination dieser systemprägenden Merkmale ergeben sich vier Grundszenarien für die konstitutive Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung, in die sich derzeit alle im fachpolitischen Diskurs diskutierten Reformmodelle einordnen lassen (Abbildung 18).

Abbildung 18: **Vier Grundszenarien im Teileistungs- und Volleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung**

	Umlagesystem	(Ergänzendes verpflichtendes) Kapitaldeckungsverfahren
Teilleistungssystem	Ia	Ib
Volleistungssystem	IIb	IIa

Quelle: Eigene Darstellung

In dieser Verdichtung werden diese vier Grundszenarien skizziert und die jeweiligen Reichweiten der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit aufgezeigt sowie die Aus- und Wechselwirkungen der einnahmeseitigen Stellschrauben beschrieben und zu anderen sozialen Sicherungssystemen analysiert. Abschließend werden die Begründungszusammenhänge zu den Zielen der sozialen Pflegeversicherung und den sozialstaatsprägenden Prinzipien aufgezeigt.

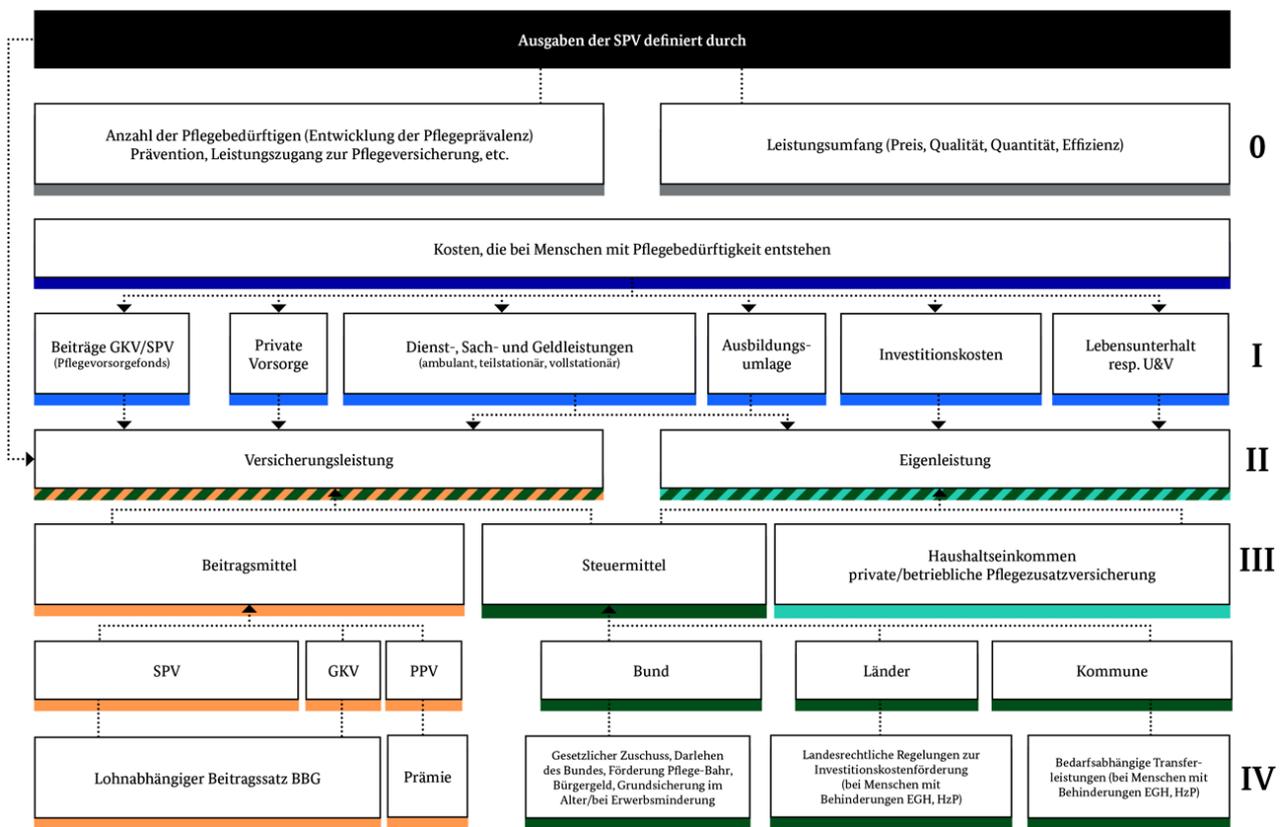
Für alle Szenarien gilt, dass das Umlageverfahren durch einen solidarisch finanzierten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert wird. Die Möglichkeiten einer etwaigen Weiterentwicklung werden als Stellschraube unter Kapitel 6.4.1.1.8. dargestellt.

Die Visualisierung der modellierten Szenarien erfolgt anhand der konstitutiven Merkmale in nunmehr fünf Dimensionen (Abbildung 19).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 19: **Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inklusive Ausgabenseite)**

Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inklusive Ausgabenseite)
O Ausgabenseitige Stellschrauben – **I** Kostenarten – **II** Durch „wen“ erfolgt die Finanzierung? – **III** „Woher kommt das Geld?“ (Finanzierungsquellen) **IV** Einnahmeseitige Stellschrauben



Quelle: Eigene Darstellung

Zu den bereits in Kapitel 3.3 skizzierten Dimensionen I bis III treten hier die Dimensionen 0 und IV hinzu, die als ausgabe- und einnahmeseitige Stellschrauben identifiziert wurden.

In der Dimension 0 werden die ausgabeseitigen Stellschrauben abgebildet, die szenarienübergreifend zu untersuchen sind: Die Ausgaben setzen sich aus der Menge (Anzahl der pflegebedürftigen Menschen) und dem Preis (abhängig vom Leistungsbetrag der sozialen Pflegeversicherung und der Leistungsanspruchnahme) unter Berücksichtigung der Hebung von Effizienzpotenzialen und des Ausmaßes der Leistungsdynamisierung zusammen. In den modellierten Szenarien wird vorausgesetzt, dass Maßnahmen zur Hebung von Effizienzreserven (z. B. Verbesserungen bei der Koordinierung der ambulanten Pflege) oder zur Vermeidung von Beitragssatzsteigerungen – z. B. Ausbau der Prävention zur Vermeidung von resp. Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit – die Finanzierungslücke reduzieren. Bei der Modellierung der Szenarien wird unterstellt, dass diese Maßnahmen auf der Ausgabenseite die Finanzierungslücke in einem Szenario mit werterhaltener Dynamisierung zwar verringern, aber nicht schließen (erste Stufe). Das Augenmerk der Modellierungen anhand der systemprägenden Merkmale Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren einerseits und Teil- und Vollleistungssystem andererseits, richten sich daher nach Maßnahmen zur Stärkung der Einnahmenseite (zweite Stufe).

Auf der Einnahmenseite stellt das Grundmodell die aktuelle Finanzierung mit ursprünglich drei Dimensionen dar (vgl. oben unter Kapitel 3.3). Hinzu kommt hier die Dimension IV, die die einnahmeseitigen Stellschrauben abbildet, an denen bei der Entwicklung weiterer, zukünftig denkbarer Modelle in Bezug auf die Neu- oder Umordnung von Finanzierungsmaßnahmen auf der Einnahmenseite angeknüpft werden kann.

Die Szenarien werden im Folgenden jeweils für sich genommen durchdekliniert, sodass Wiederholungen bewusst in Kauf genommen wurden, um jedes Szenario geschlossen und so schlüssig wie möglich ohne Querverweise darstellen zu können.

6.1.1 Teilleistungssystem

In zwei Szenarien bleibt die soziale Pflegeversicherung ein Teilleistungssystem, d. h. sie stellt Dienst-, Sach- und Geldleistungen bis zu einem gesetzlich normierten Niveau (inklusive regelgebundener Dynamisierung, deren Höhe und Ausgestaltung eine ausgabeseitige Stellschraube ist) als unterstützende Hilfeleistungen zur Verfügung. Die darüberhinausgehenden Kosten sind als Eigenleistungen von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen; Anknüpfungspunkt ist die Dimension II. Mit Augenmerk auf die finanziellen Belastungen, die den Menschen durch die Pflegebedürftigkeit entstehen, ist ein weiterer Anknüpfungspunkt die Dimension III (Finanzierungsquellen), der sich bei den folgenden zwei Varianten in der Ausgestaltung freiwillige vs. verpflichtende Eigenvorsorge unterscheidet (und damit auch die Stellschrauben bei den Versicherungsleistungen beeinflusst).

Folgende Szenarien werden dabei betrachtet:

- Ia. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + Einkommen (Haushaltseinkommen + freiwillige individuelle Vorsorge + freiwillige, paritätisch finanzierte Pflegevorsorge) + Hilfe zur Pflege
- Ib. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + Einkommen (Haushaltseinkommen + verpflichtende ergänzende Vorsorge durch die private Versicherungswirtschaft organisiert) + Hilfe zur Pflege

Ziel ist es, mit der Ausgestaltung der Dynamisierung die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem zu erhalten. Sollten in den folgenden Jahren Leistungsverbesserungen in Erwägung gezogen werden, würden weitere Finanzierungsmittel oder Einsparungen an anderer Stelle erforderlich werden. Im Teilleistungssystem begrenzt das dahinterstehende Budgetprinzip damit die Finanzierungsrisiken im Wesentlichen auf die Pflegeprävalenz und auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen.

Pflegebedürftigkeit ist in der Regel ein Risiko, das insbesondere mit zunehmendem Alter steigt und relevanter wird, je höher das Lebensalter ist. Im Hinblick auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit, seiner Eintrittswahrscheinlichkeit, seines langfristigen Vorsorgezeitraums sowie der individuellen Präferenzen an das Pflege- und Unterstützungssystem kann eine ergänzende private individuelle Vorsorge die individuelle Leistungsfähigkeit des Einzelnen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite abbilden.

Ia. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + Einkommen (Haushaltseinkommen + freiwillige individuelle Vorsorge + freiwillige paritätisch finanzierte Pflegevorsorge) + Hilfe zur Pflege

Beschreibung des Szenarios Ia

Das Szenario Ia bildet das heutige System der sozialen Pflegeversicherung in seinen konstitutiven Merkmalen ab. Das heißt, auch künftig wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit in geteilter Verantwortung abgesichert: die Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und die Eigenleistungen resp. das Haushaltseinkommen des pflegebedürftigen Menschen bleiben auch weiterhin wichtige Finanzierungssäulen der Pflege.

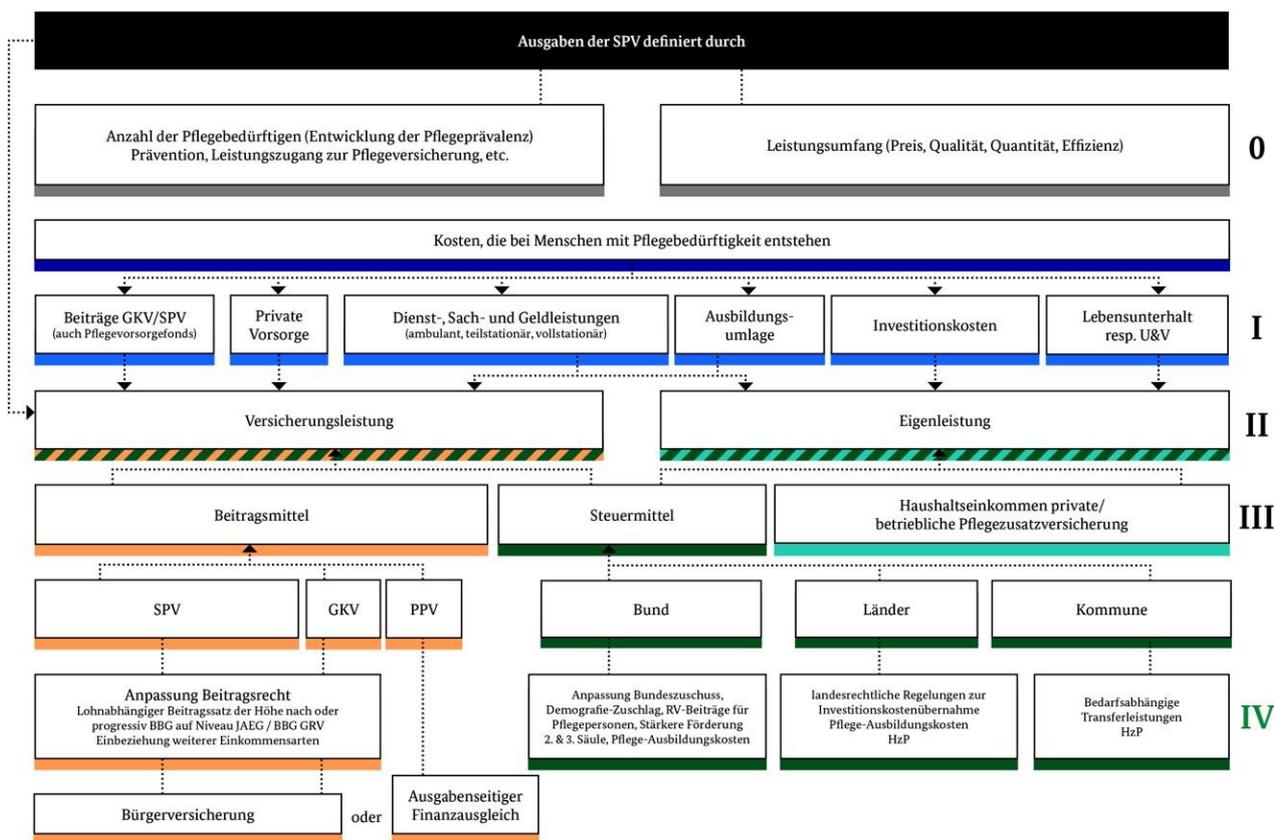
Auch das Umlageverfahren bleibt weiterhin der wichtigste Bestandteil der Pflegefinanzierung und wird durch einen solidarisch finanzierten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert.

Den unterschiedlichen Vorsorgestrategien der Bürgerinnen und Bürgern wird Rechnung getragen⁵⁸: Es bleibt in ihrer Verantwortung, ob und wie für Pflegebedürftigkeit im Alter ergänzend vorgesorgt wird.

Auch weiterhin sichern die Transferleistungen, insbesondere Hilfe zur Pflege, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, die finanziell überfordert sind, die Pflegekosten selbst zu finanzieren.

⁵⁸ Abschluss von privaten Zusatzversicherungen, Ansparen, Absprache mit An- und Zugehörigen zur Unterstützung im Pflegefall, Inanspruchnahme von Beratungsangeboten zur Vorbereitung auf Pflegebedürftigkeit, vgl. Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegerport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76).

Abbildung 20: Szenario Ia



Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem Szenario verbundenes Ziel

Mit diesem Szenario wird insbesondere das Ziel verbunden, die Finanzierungslücke bei den Versicherungsleistungen zu schließen. Dieses soll erfolgen unter Berücksichtigung von Dynamisierungsregelungen und durch die Neujustierung der einnahmeseitigen Stellschrauben im Bereich Beitragsmittel und Steuern sowie Eigenleistungen, letzteres durch Anreizsetzung, freiwillig vorzusorgen. Mit Augenmerk darauf, dass auch weiterhin Hilfe zur Pflege erforderlich ist, könnte flankierend geprüft werden, ob überhaupt und inwieweit die Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege entstigmatisiert werden kann.

Aus- und Wechselwirkungen zu wesentlichen Systemmerkmalen

Die Eigenvorsorge ist ein wichtiger Bestandteil der Finanzierung der Kosten, die bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen. Die Eigenleistungen können bestehen im Einsatz von Einkommen und Vermögen, aber auch im Einsatz von Versicherungsleistungen, die auf freiwilliger Basis zur Vorsorge abgeschlossen wurden (individuelle Vorsorge, auch paritätisch finanziert möglich). Steuerliche Anreize für den Abschluss von Pflegezusatzversicherungen respektive betriebliche Pflegevorsorge der Sozialpartner können die finanzielle Überforderung vermeiden und führen langfristig zu Einsparungen bei der Hilfe zur Pflege resp. Grundsicherung im Alter. Eine freiwillige Eigenvorsorge wird aber – auch mit staatlicher Förderung – voraussichtlich nur einen Teil der Bevölkerung erreichen (Gefahr adverser Selektion, „Samariter Dilemma“⁵⁹).

Die Pflegeversicherung steht auch weiterhin im engen Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege; beide Systeme sind erforderlich, um den Zugang zu einem qualitativ guten Pflegesystem zu sichern. Trotz ihrer Stigmatisierung ist die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege eine sozialpolitisch wichtige Errungenschaft, die sicherstellt, dass losgelöst von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit jeder pflegebedürftige Mensch von derselben Einrichtung auf gleichem Niveau versorgt wird. Es ist zu prüfen, ob durch stärkere Eigenvorsorge Einsparungen bei den

⁵⁹ „Samariter-Dilemma“ meint, dass sich bei Freiwilligkeit diejenigen nicht versichern, die bereits voraussehen können, dass sie im Pflegefall Leistungen der Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen werden.

Sozialhilfeträgern entstehen, die zur Finanzierung einer Reform der Hilfe zu Pflege eingesetzt werden können. Eine finanzielle Entlastung der pflegebedürftigen Menschen kann zur Entstigmatisierung der Hilfe zur Pflege beitragen.

Auch wenn die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen bei den pflegebedingten Eigenanteilen vollständig vermieden würde, könnten Sozialhilfeleistungen erforderlich werden, insbesondere bei den pflegebedürftigen Menschen, bei denen das Einkommen im Alter nicht ausreicht und die über kein ausreichendes Vermögen verfügen. Betrachtet man die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten, die pflegebedürftige Menschen in vollstationärer Pflege zu tragen haben, zeigt sich eine Preisspanne von 1.029 Euro bis zu 1.739 Euro.⁶⁰

Grundsätzlich gilt, dass ältere Menschen in Deutschland, die durch ihre eigenen Alterseinkommen ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können, durch die Grundsicherung im Alter geschützt sind. Mit den Regelbedarfen, der Übernahme der Kosten für Unterkunft, Heizung und Warmwasser, den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie ggf. weiteren individuellen Sonderbedarfen wird in Deutschland das soziokulturelle Existenzminimum gesichert. Für ältere Menschen (ab der Regelaltersgrenze) erfolgt dies durch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Am Jahresende 2022 betrug der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter an der gleichaltrigen Bevölkerung (ab der Regelaltersgrenze) 3,7 Prozent.

Die Länder können durch Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Kompensationseffekte erzielen und damit die Wahrscheinlichkeit, Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, reduzieren.

Bei der Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung (insbesondere Erhöhung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze /Jahresarbeitsentgeltgrenze, Erweiterung um weitere Einkommensarten und Personengruppen) sind Aus- resp. Folgewirkungen auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie der Wirtschaft, auf einen möglichen Anreiz zum Wechsel in die private Krankenversicherung/private Pflegepflichtversicherung und auf den Staatshaushalt mit Augenmerk auf die steuerliche Abzugsfähigkeit der Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht zu prüfen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verteuert den Produktionsfaktor Arbeit auch ohne Anpassung des Beitragssatzes. Letzteres gilt in der volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung nicht, wenn gleichzeitig die Mehreinnahmen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Senkung des Beitragssatzes eingesetzt werden.

Die medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung soll laut Koalitionsvertrag auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgeglichen werden, weil auch Pflegebedürftige in der stationären Pflege Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten, ihr Anspruch auf medizinische Behandlungspflege aber nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Versorgungsort und unabhängig davon, ob diese Mittel zur Beitragssatzstabilisierung (nicht zweckgebundene Zuführung an den Ausgleichsfonds / aktuelles Recht) und/ oder zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen bei den pflegebedingten Eigenanteilen in teil- und vollstationärer Pflege (z. B. durch einmalige basiswirksame Dynamisierung der teil- und vollstationären Leistungsbeträge) eingesetzt werden – ist beitragsatzrelevant und verstärkt den bereits bestehenden finanziellen Druck auf den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen pauschalen Ausgleich erfolgen soll (wie bisher), ergeben sich keine wettbewerbsrelevanten Effekte oder Risikoselektionseffekte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Sofern mit der Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege auch ein individueller Leistungsanspruch des Versicherten verbunden ist, können sich wettbewerbsrelevante sowie Risikoselektionseffekte ergeben. In diesem Fall sind Anpassungen im System des Morbi-RSA zu prüfen, um Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden. Es ist zudem zu prüfen, inwieweit eine Veränderung der Finanzierungszuständigkeit der Behandlungspflege auch Auswirkungen auf den Leistungskatalog der privaten Pflegepflichtversicherung und der privaten Krankenversicherung hat.

Es ist zu prüfen, inwieweit eine aufgrund der unterschiedlichen Risikostrukturen beider Versicherungszweige denkbare Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung an der Stärkung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung – ausgabeseitiger Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung – Auswirkungen auf die bereits existenten Prämienkalkulationen nach sich zieht.

Aus wissenschaftlicher Sicht kommt man hier zu unterschiedlichen Einschätzungen. Eine Studie von Neusius

⁶⁰ Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege auf der Grundlage des AOK-Pflegenavigators (12/2023).

(2019⁶¹) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Richtung eines solchen Finanzausgleichs aufgrund der höheren Altersstruktur des PPV-Versicherten in gut zehn Jahren umkehren dürfte und dann die soziale Pflegeversicherung Mittel an die private Pflegepflichtversicherung abgeben müsste. Eine Studie von Haun (2024⁶²) kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass sich der Finanzausgleich von privater Pflegeversicherung zu sozialer Pflegeversicherung durch das höhere Alter der PPV-Versicherten zwar verringern könnte. Hierbei werden die staatlichen Beihilfegkosten in die Kalkulation mit einbezogen, sodass die durchschnittlichen Ausgaben für privat versicherte Pflegebedürftige ein ähnlich hohes Niveau wie in der sozialen Pflegeversicherung erreichen. Die Richtung des Finanzausgleichs würde sich laut Haun (2024⁶³) dabei aber nicht ändern, da der Effekt des niedrigen altersabhängigen Pflegerisikos der PPV-Versicherten immer noch überwiegt. In der Studie werden die geringer ausfallenden Pflegeprävalenzen in der privaten Pflegeversicherung damit erklärt, dass einerseits ein medizinischer Selektionsprozess beim Zugang zur privaten Pflegeversicherung erfolgt, und andererseits das PPV-Versichertenkollektiv einen höherem sozio-ökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Beide Studien berücksichtigen allerdings keine zukünftigen demografischen Entwicklungen.

Die Beteiligung der Haushalte der Gebietskörperschaften an den Kosten, die den Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen, ist nach wissenschaftlicher Einschätzung der Expertinnen und Experten wachstums- und beschäftigungsfreundlicher und gewährleistet im Vergleich zur Beitragsfinanzierung eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleiches; mit einer daraus resultierenden erhöhten Besteuerung werden damit zwar Verteilungswirkungen erzielt; zugleich könnten sich aber auch – in Abhängigkeit von der Prioritätensetzung und der Ausgestaltung – die ohnehin bereits hohen finanziellen Lasten der Volkswirtschaft weiter erhöhen und die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands gefährden.

Ib. umlagebasiertes Teilleistungssystem + Einkommen (Haushaltseinkommen + verpflichtende ergänzende Vorsorge durch Versicherungswirtschaft organisiert)

Beschreibung des Szenarios Ib

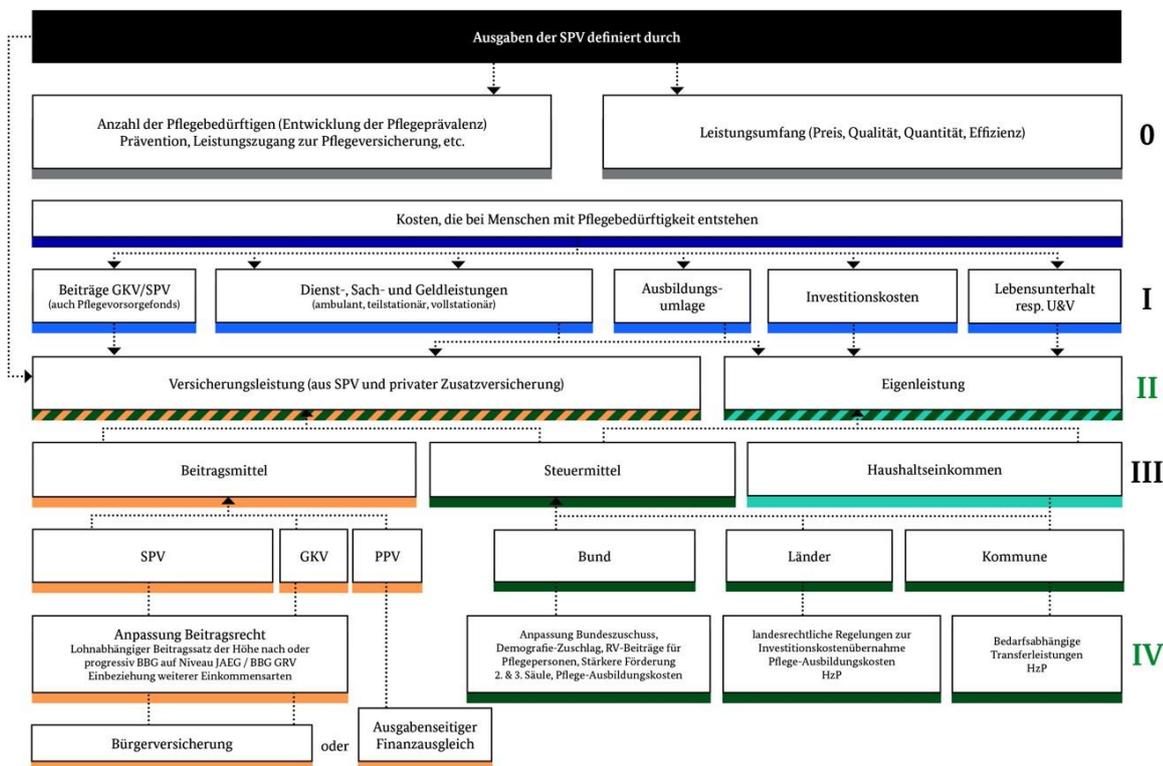
Im Szenario Ib werden die konstitutiven Elemente des Teilleistungssystems wie auch im Szenario Ia ebenfalls fortgeschrieben: d. h. die soziale Pflegeversicherung bleibt ein Teilleistungssystem, das umlagefinanziert ist und durch einen solidarisch finanzierten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds gesichert wird. Die Pflegeversicherung ist somit weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Pflegefinanzierung. Zugleich wird mit Augenmerk auf die Begrenzung der Eigenanteile resp. Zuzahlungen eine ergänzende private Vorsorge verpflichtend eingeführt: Die Bürgerinnen und Bürger werden verpflichtet, eine private Vorsorge zur Entlastung bei den Eigenanteilen und Zuzahlungen im Falle der Pflegebedürftigkeit bei einem Versicherungsunternehmen abzuschließen (verpflichtende individuelle kapitalgedeckte Vorsorge durch Zusatzversicherung). Die ergänzende Vorsorge dient der Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile in der ambulanten und vollstationären Pflege. Die individuelle Eigenvorsorge resp. Eigenleistungen bleiben auch weiterhin eine wichtige Finanzierungssäule der Pflege. Auch weiterhin sichern die Transferleistungen, insbesondere die Hilfe zur Pflege, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, die finanziell überfordert sind, die Pflegekosten selbst zu finanzieren. Darüber hinaus werden Transferleistungen gewährt, sofern die Bürgerin oder der Bürger überfordert ist, die Prämie für die verpflichtende zusätzliche Vorsorge zu finanzieren.

⁶¹ Neusius, Thomas, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht; 2019, Heft 6, Seiten 421–424.

⁶² Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

⁶³ Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

Abbildung 21: Szenario Ib



Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem Szenario verbundenes Ziel

Mit diesem Szenario wird das Ziel verbunden, die Finanzierungslücke bei den Versicherungsleistungen zu schließen unter Berücksichtigung von Dynamisierungsregelungen und durch die Neujustierung der einnahmeseitigen Stellschrauben im Bereich Beitragsmittel und Steuern. Darüber hinaus wird das Ziel verfolgt, pflegebedürftige Menschen von der finanziellen Überforderung bei der Finanzierung der Pflege zu schützen, indem über einen ergänzenden verpflichtenden Versicherungsschutz die Versicherungsleistungen erweitert werden. Mit Augenmerk darauf, dass auch weiterhin Hilfe zur Pflege erforderlich ist, könnte flankierend die Hilfe zur Pflege mit dem Ziel der Entstigmatisierung reformiert werden.

Aus- und Wechselwirkungen zu wesentlichen Systemmerkmalen

Die verpflichtende Pflegezusatzversicherung wird zum festen Bestandteil der Finanzierung der Pflegekosten („Zusatzversicherung folgt Pflichtversicherung“), die bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen. Steuer- resp. Transferleistungen sind für Bürgerinnen und Bürger erforderlich, die keine Prämienzahlungen aus ihren Haushaltseinkommen aufbringen können. Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, mit dem bzw. der Versicherten eine Pflegezusatzversicherung abzuschließen (Kontrahierungszwang). Die Ausgestaltung (Gesundheitsprüfung, paritätische Finanzierung, Versicherungsumfang, Umgang mit Familienlastenausgleich) ist zu prüfen und auf weitere Wechselwirkungen hin zu analysieren. Durch die Verpflichtung, eine private Pflegezusatzvorsorge einzugehen, wird ein breiter Teil der Bevölkerung von möglicher finanzieller Überforderung infolge von Pflegebedürftigkeit geschützt; aber nicht von finanziellen Belastungen durch die zusätzlichen Prämienzahlungen. Die Kompensationseffekte bei der Hilfe zur Pflege und Grundsicherung im Alter sind größer als in der Variante Ia. Die einkommensteuerliche Abzugsfähigkeit einer verpflichtenden Vorsorge und deren Folgen sind zu prüfen.

Die Pflegeversicherung steht auch weiterhin im engen Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege; beide Systeme sind erforderlich, um den Zugang zu einem qualitativ guten Pflegesystem zu sichern. Trotz ihrer Stigmatisierung ist die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege eine sozialpolitisch wichtige Errungenschaft, die sicherstellt, dass – losgelöst von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen – jeder pflegebedürftige Mensch im Bedarfsfall die notwendige Pflege erhält und von derselben Einrichtung auf gleichem Niveau versorgt wird. Es ist zu prüfen, ob durch die stärkere Eigenvorsorge Einsparungen bei den Sozialhilfeträgern entstehen, die zur Finanzierung einer Reform der Hilfe zu Pflege eingesetzt werden können.

Auch wenn die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen bei den pflegebedingten Eigenanteilen vollständig vermieden würde, könnten Sozialhilfeleistungen erforderlich werden, insbesondere bei den pflegebedürftigen Menschen, bei denen das Einkommen im Alter nicht ausreicht und die über kein ausreichendes Vermögen verfügen. Betrachtet man die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten, die pflegebedürftige Menschen in vollstationärer Pflege zu tragen haben, zeigt sich eine Preisspanne von 1.029 Euro bis zu 1.739 Euro.⁶⁴

Grundsätzlich gilt, dass ältere Menschen in Deutschland, die durch ihre eigenen Alterseinkommen ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können, durch die Grundsicherung im Alter geschützt sind. Mit den Regelbedarfen, der Übernahme der Kosten für Unterkunft, Heizung und Warmwasser, den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie ggf. weiteren individuellen Sonderbedarfen wird in Deutschland das soziokulturelle Existenzminimum gesichert. Für ältere Menschen (ab der Regelaltersgrenze) erfolgt dies durch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Am Jahresende 2022 betrug der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter an der gleichaltrigen Bevölkerung (ab der Regelaltersgrenze) 3,7 Prozent.

Bei der Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung (insbesondere Erhöhung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze /Jahresarbeitsentgeltgrenze, Erweiterung um weitere Einkommensarten und Personengruppen) sind Aus- resp. Folgewirkungen auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung sowie, auf die Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie der Wirtschaft, einen möglichen Anreiz zum Wechsel in die private Krankenversicherung/private Pflegepflichtversicherung und auf den Staatshaushalt mit Augenmerk auf die steuerliche Abzugsfähigkeit der Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht zu prüfen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verteuert den Produktionsfaktor Arbeit auch ohne Anpassung des Beitragssatzes.

Die medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung soll laut Koalitionsvertrag auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgeglichen werden, weil auch Pflegebedürftige in der stationären Pflege Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten, ihr Anspruch auf Behandlungspflege aber nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die Kosten der Behandlungspflege unabhängig vom Versorgungsort und unabhängig davon, ob diese Mittel zur Beitragssatzstabilisierung (nicht zweckgebundene Zuführung an den Ausgleichsfonds / aktuelles Recht) und/ oder zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen bei den pflegebedingten Eigenanteilen in teil- und vollstationärer Pflege (z. B. durch einmalige basiswirksame Dynamisierung der teil- und vollstationären Leistungsbeträge) eingesetzt werden – ist beitragsrelevant und verstärkt den finanziellen Druck auf den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen pauschalen Ausgleich erfolgen soll (wie bisher), ergeben sich keine wettbewerbsrelevanten Effekte oder Risikoselektionseffekte im Morbi-RSA. Sofern mit der Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlungspflege auch ein individueller Leistungsanspruch des Versicherten verbunden ist, können sich wettbewerbsrelevante sowie Risikoselektionseffekte ergeben. In diesem Fall sind Anpassungen beim Morbi-RSA zu prüfen, um Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Veränderung der Finanzierungszuständigkeit der Behandlungspflege auch Auswirkungen auf den Leistungskatalog der privaten Pflegepflichtversicherung und der privaten Krankenversicherung hat.

Es ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit eine, aufgrund der unterschiedlichen Risikostrukturen beider Versicherungszweige, denkbare Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an der Stärkung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung – ausgabeseitiger Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung – Auswirkungen auf die bereits existenten Prämienkalkulationen nach sich zieht.

Aus wissenschaftlicher Sicht kommt man hier zu unterschiedlichen Einschätzungen. Eine Studie von Neusius (2019⁶⁵) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Richtung eines solchen Finanzausgleichs aufgrund der höheren Altersstruktur des PPV-Versicherten in gut 10 Jahren umkehren dürfte und dann die soziale Pflegeversicherung Mittel an die private Pflegepflichtversicherung abgeben müsste. Eine Studie von Haun (2024⁶⁶) kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass sich der Finanzausgleich von privater Pflegeversicherung zu sozialer Pflegeversicherung durch das höhere Alter der PPV-Versicherten zwar verringern könnte. Hierbei werden die staatlichen

⁶⁴ Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege auf der Grundlage des AOK-Pflegenavigators (12/2023).

⁶⁵ Neusius, Thomas, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht; 2019, Heft 6, Seiten 421–424.

⁶⁶ Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

Beihilfekosten in die Kalkulation mit einbezogen, sodass die durchschnittlichen Ausgaben für privat versicherte Pflegebedürftige ein ähnlich hohes Niveau wie in der sozialen Pflegeversicherung erreichen. Die Richtung des Finanzausgleichs würde sich laut Haun (2024⁶⁷) dabei aber nicht ändern, da der Effekt des niedrigen altersabhängigen Pflegerisikos der PPV-Versicherten immer noch überwiegt. In der Studie werden die geringer ausfallenden Pflegeprävalenzen in der privaten Pflegeversicherung damit erklärt, dass einerseits ein medizinischer Selektionsprozess beim Zugang zur privaten Pflegeversicherung erfolgt, und andererseits das PPV-Versichertenkollektiv einen höheren sozio-ökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Beide Studien berücksichtigen allerdings keine zukünftigen demografischen Entwicklungen.

Die Beteiligung der Haushalte der Gebietskörperschaften an den Kosten, die den Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen, ist nach wissenschaftlicher Einschätzung der Expertinnen und Experten wachstums- und beschäftigungsfreundlicher und gewährleistet im Vergleich zur beitragsfinanzierten Pflegeversicherung eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleiches; mit einer daraus resultierenden erhöhten Besteuerung werden damit zwar Verteilungswirkungen erzielt, zugleich könnten sich – in Abhängigkeit von der Prioritätensetzung und der Ausgestaltung – aber auch die ohnehin bereits hohen finanziellen Lasten der Volkswirtschaft weiter erhöhen und die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands gefährden.

6.1.2 Volleistungssystem

In zwei weiteren Szenaren wird die soziale Pflegeversicherung zu einem zentralen Akteur im Volleistungssystem; sie übernimmt die Kosten, die den Menschen durch ihre Pflegebedürftigkeit entstehen, für (pflegerische) Hilfen in den relevanten Lebensbereichen. Die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden weiteren Mehrkosten (insbesondere Investitionskosten und Unterkunft und Verpflegung) können aus dem Steuer- resp. Transfersystem finanziert werden.

Etwaige Zuzahlungen resp. Selbstbehalte sind begrenzt (analog der gesetzlichen Krankenversicherung). Darüber hinausgehende Kosten sind als Eigenleistungen von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen; Anknüpfungspunkt ist die Dimension II.

Folgende Szenarien werden dabei betrachtet:

- Ila. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + verpflichtende staatlich organisierte ergänzende individuelle Vorsorge;
- Iib. Umlagefinanziertes Volleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird zu einem Volleistungssystem vergleichbar mit der gesetzlichen Krankenversicherung; d. h. sie übernimmt grundsätzlich die pflegebedingten Aufwendungen als Sachleistung bei der Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen und einen Pauschalbetrag in Abhängigkeit vom Pflegegrad für selbstbeschaffte Pflegehilfen (Pflegegeld); etwaige Zuzahlungen respektive Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen können – in Analogie zur gesetzlichen Krankenversicherung – pauschal in Absolutbeträgen oder als Prozentsatz vom Einkommen oder an den pflegebedingten Aufwendungen gestaltet sein. Damit werden die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit ergänzend auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, wie auch die Ausgaben der Hilfe zur Pflege spürbar reduziert.

Die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ist weniger stark (gerade im vollstationären Sektor in Abhängigkeit von Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten) von der eigenen Leistungsfähigkeit bei der Kostentragung der Eigenanteile bestimmt. Pflegebedürftige Menschen, die aufgrund ihrer Alterseinkünfte und ihres Vermögens zur Mitfinanzierung der pflegebedingten Kosten beitragen können, werden insbesondere zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler finanziell entlastet; in der Konsequenz hat ein Vollversicherungsmodell Auswirkungen auf das Sparverhalten der Bürgerinnen und Bürger mittleren und höheren Alters.

Das bisher familienbasierte Pflegeversicherungssystem nimmt an Bedeutung ab und der Personalengpass in der Pflege verschärft sich durch erhöhte Nachfrage nach Pflegesachleistungen.

Grundsätzlich haben Vollversicherungsmodelle das Potenzial, Schwarzarbeit in den Pflegehaushalten zu reduzieren. Eine Vollversicherung würde allerdings einen zusätzlichen Finanzierungsbedarf nach sich ziehen.

⁶⁷ Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

IIa. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + verpflichtende staatlich organisierte ergänzende individuelle Vorsorge

Beschreibung des Szenarios IIa

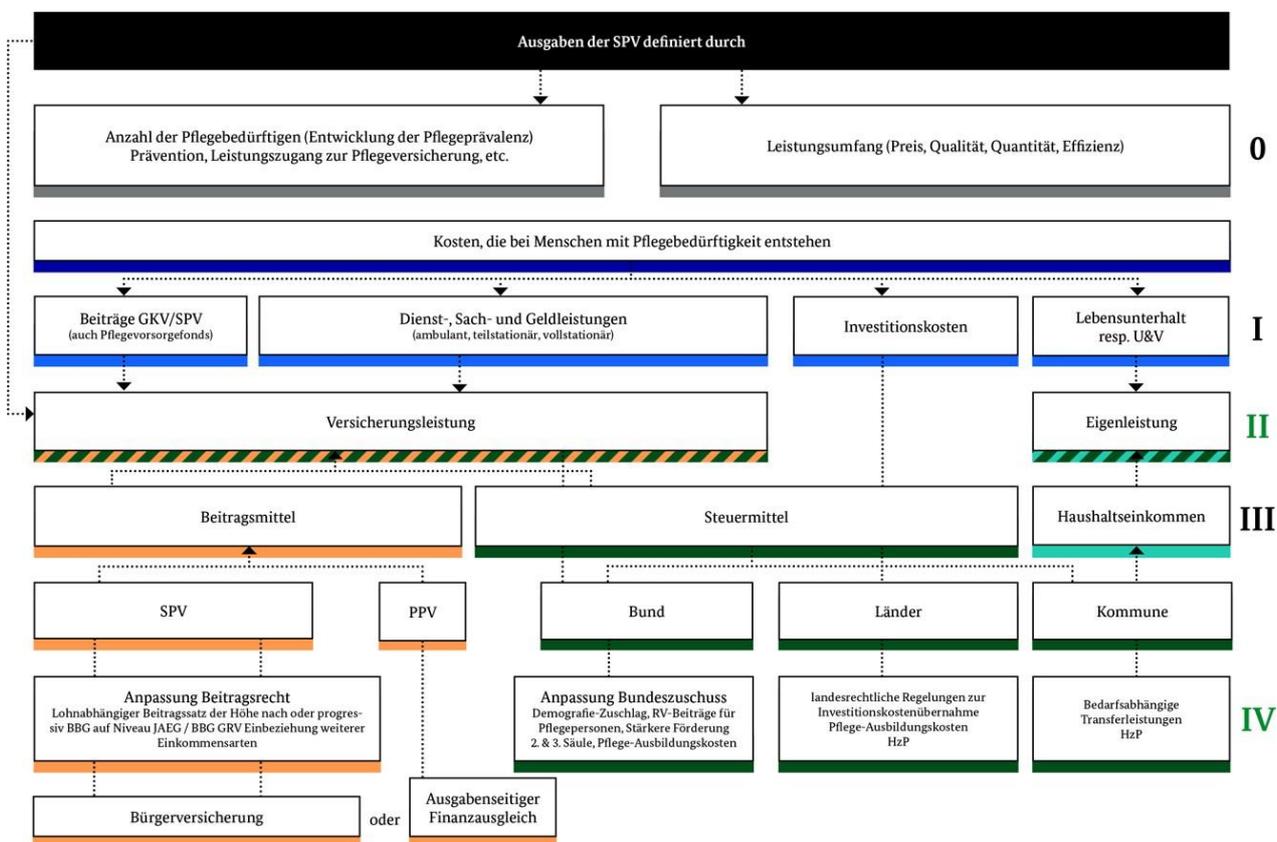
Im Szenario IIa deckt die gesetzliche Pflegeversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit weitestgehend über das umlagefinanzierte Teilleistungssystem und über einen aus Steuermitteln solidarisch verankerten Kapitalstock für jeden Versicherten bzw. jede Versicherte ab. Das Szenario IIa ist als Vollversicherung gedacht, das würde bedeuten, dass die Erträge aus dem Kapitalstock ausreichen müssten, um das Teilleistungssystem mit werterhaltender Dynamisierung im Umlageverfahren so zu ergänzen, dass die Reichweite einer Vollversicherung bezogen auf den pflegebedingten Eigenanteil erreicht werden könnte.

Das Umlageverfahren wird durch einen solidarisch finanzierten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert.

Für die Versichertengemeinschaft wird der individuell angelegte Kapitalstock staatlich organisiert, aber getrennt von der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung verwaltet.

Den jeweiligen Versicherten obliegt es, und ggf. der Arbeitgeberin respektive Arbeitgeber, den Kapitalstock individuell aufzustocken, um die Eigenleistungen respektive den Selbstbehalt vollständig abzusichern (obligatorische individuelle Vorsorge, mit optionaler paritätischer Finanzierungsbeteiligung). Alternativ wäre vorstellbar, dass hierbei auch eine verpflichtende „Mischfinanzierung“ des Kapitalstocks erfolgen könnte und eine Summe aus Steuermitteln zur Verfügung gestellt wird, die durch individuelle private Eigenmittel der Versicherten zur individuellen Vorsorge (in dem Falle keine Beitragsmittel, sondern bspw. eine individuelle Zusatzversicherung/Zusatzprämie zur Aufstockung des Kapitalstocks) als Beitrag geleistet werden, durch den die öffentlichen Mittel ergänzt werden, bis dies zusammen für den Lückenschluss von der werterhaltenden Teilabsicherung bis zur „Sachleistungsvollversicherung“ reicht.

Bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit kommen dessen Erträge zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung z. B. in Form eines Pfl egetagegeldes zur Auszahlung. Die Absicherung des Pflegerisikos wird damit zu einem weitgehend umfassenden Anspruch mit Augenmerk auf die Begrenzung der Eigenanteile resp. Zuzahlungen weiterentwickelt. Damit werden auch einige Aspekte aus dem Prüfauftrag der Koalition zu einer ergänzenden freiwillig paritätischen Pflegevollversicherung aufgegriffen (vgl. Kapitel 6.5). Die individuelle Eigenvorsorge respektive Eigenleistungen treten als Finanzierungssäule der Pflege in den Hintergrund. Die Hilfe zur Pflege würde – in Abhängigkeit der Höhe des Selbstbehalts resp. der Eigenleistung und der finanziellen Leistungsfähigkeit – auf Personen, die voraussichtlich weniger als sechs Monate pflegebedürftig sind, sowie auf nichtversicherte pflegebedürftige Menschen, die zugleich finanziell bedürftig sind, begrenzt.

Abbildung 22: Szenario IIa⁶⁸

Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem Szenario IIa verbundenes Ziel

Mit diesem Szenario wird insbesondere das Ziel verbunden, das Risiko der Pflegebedürftigkeit umfassend und die Kosten bei Pflegebedürftigkeit weitestgehend abzusichern. Mit der Ausweitung der Absicherung geht ein Finanzierungsmehrbedarf einher, der in einem Finanzierungsmix gedeckt wird, um das Finanzierungsrisiko der Pflegeversicherung auch unter demografisch veränderten Rahmenbedingungen auf mehrere Säulen zu verteilen.

Aus- und Wechselwirkungen zu wesentlichen Systemmerkmalen

Die verpflichtende Pflegezusatzversicherung wird zum festen Bestandteil des Finanzierungssystems der Pflegekosten („Zusatzversicherung folgt Pflichtversicherung“), die bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen. Bei Pflegebedürftigkeit werden die Leistungen der Pflegeversicherung durch die Pflegekasse aus dem Ausgleichsfonds und aus dem individuellen Kapitalstock finanziert („Finanzierung aus einer Hand“).

⁶⁸ Die an der Arbeitsgruppe beteiligten Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz lehnen die unmittelbare Verknüpfung der Frage zur finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen mit der Modellierung von Szenarien zur Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie verweisen darauf, dass bundesrechtlich kein Anspruch auf entsprechende Förderungen gegeben sei. Vielmehr obliege es den Ländern, darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang es landesrechtlicher Grundlagen für eine Förderung bedarf. Auch bei inhaltlicher Betrachtung sei aus Sicht der beteiligten Länder zwischen der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung hinsichtlich pflegebedingter Aufwendungen auf der einen Seite und der Kosten beim Wohnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite zu differenzieren. Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz verweisen insoweit auf ihre dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte umfassende Positionierung der Länder vom 3. April 2024. Der Bund weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Länder auf Seite 4 des Positionspapiers die pflegebedingten Eigenanteile ohne Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI aufzeigen. Unter Berücksichtigung des § 43c SGB XI ergibt sich folgendes Bild (bundesdurchschnittlich): Mitte 2018 betragen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 Euro monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 Euro an, was einem Anstieg von 2,6 Prozent entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 Prozent von 651 Euro auf 1360 Euro. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 Prozent auf 818 Euro.

Ein aus Steuermitteln finanzierter individueller Kapitalstock zur Abdeckung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen würde allerdings eine weitere zusätzliche Belastung der öffentlichen Hand nach sich ziehen und damit die hohe Steuer- und Abgabenlast der Volkswirtschaft weiter erhöhen.

In Abhängigkeit der Verteilung der demografischen Risiken auf die umlagebasierte soziale Pflegeversicherung und auf die individuelle kapitalgedeckte verpflichtende Zusatzversicherung ist zu prüfen, ob sich noch die Notwendigkeit der Dynamisierung aus der umlagebasierten sozialen Pflegeversicherung ergibt. Ob daraus eine höhere Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler resultiert und evtl. auch negative Auswirkungen auf die ergänzenden Steuereinnahmen durch die einkommensteuerliche Abzugsfähigkeit einer verpflichtenden Vorsorge, ist zu prüfen.

In der personalintensiven Langzeitpflege stellen die Tarifabschlüsse der Sozialpartner ein zusätzliches Ausgabenrisiko für die soziale Pflegeversicherung dar: Mit der Verpflichtung der Pflegekassen, die Bezahlung der Beschäftigten in der Pflege auf Tarifniveau als wirtschaftlich anzuerkennen, obliegt es den Sozialpartnern, die Lohnentwicklung in der Langzeitpflege festzusetzen („Verträge zu Lasten Dritter“). Der Personalengpass in der Pflege wird das Angebot an pflegerischer Unterstützungsleistungen und damit faktisch die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung limitieren und somit die Akzeptanz der Pflegeversicherung, bei Systemen, die auf eine volle Absicherung abzielen, belasten.

Die Notwendigkeit der Hilfe zur Pflege reduziert sich bei der Vollversicherung auf 0 und wird dementsprechend überwiegend auf Menschen mit Unterstützungsbedarf begrenzt, die noch keinen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung haben. Die Einsparungen im Bereich der Hilfe zur Pflege werden zur Finanzierung der Investitionskosten von den Ländern eingesetzt, damit Menschen nicht mit zusätzlichen Kosten beim Wohnen belastet werden, die ihnen durch die Pflegebedürftigkeit entsteht.⁶⁹

Die medizinische Behandlungspflege wird in einem Volleistungssystem die Menschen mit Pflegebedürftigkeit bei den pflegebedingten Eigenanteilen finanziell nicht belasten. Eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege zur Eigenanteilsreduzierung ist im Volleistungssystem unbegründet; eine sozialrechtliche Trennung pflegerischer Aufgaben von der Behandlung ist darüber hinaus mit erheblichem zusätzlichem Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern wie auch bei den Leistungsträgern verbunden. Es ist zu prüfen, ob unabhängig vom Leistungsort die Behandlungspflege im Sinne des ganzheitlichen pflegerischen Ansatzes über die soziale Pflegeversicherung zu finanzieren ist; Schnittstellenprobleme zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung werden hierdurch reduziert, Verwaltungsaufwände bei den Leistungserbringern und -trägern werden minimiert. Im Ergebnis werden Beitragsentlastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt.

Bei der Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung (insbesondere Erhöhung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze /Jahresarbeitsentgeltgrenze, Erweiterung um weitere Einkommensarten und Personengruppen) sind Aus- respektive Folgewirkungen auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die Belastungen der Wirtschaft, auf einen möglichen Anreiz zum Wechsel in die private Krankenversicherung/private Pflegepflichtversicherung und auf den Staatshaushalt mit Augenmerk auf die steuerliche Abzugsfähigkeit der Vorsorgeaufwendungen im Einkommenssteuerrecht zu prüfen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verteuert den Produktionsfaktor Arbeit auch ohne Anpassung des Beitragssatzes.

Es ist zu prüfen, inwieweit eine aufgrund der unterschiedlichen Risikostrukturen beider Versicherungszweige denkbare Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung an der Stärkung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung – ausgabeseitiger Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater

⁶⁹ Die an der Arbeitsgruppe beteiligten Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz lehnen die unmittelbare Verknüpfung der Frage zur finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen mit der Modellierung von Szenarien zur Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie verweisen darauf, dass bundesrechtlich kein Anspruch auf entsprechende Förderungen gegeben sei. Vielmehr obliege es den Ländern, darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang es landesrechtlicher Grundlagen für eine Förderung bedarf. Auch bei inhaltlicher Betrachtung sei aus Sicht der beteiligten Länder zwischen der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung hinsichtlich pflegebedingter Aufwendungen auf der einen Seite und der Kosten beim Wohnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite zu differenzieren. Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz verweisen insoweit auf ihre dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte umfassende Positionierung der Länder vom 3. April 2024. Der Bund weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Länder auf Seite 4 des Positionspapiers die pflegebedingten Eigenanteile ohne Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI aufzeigen. Unter Berücksichtigung des § 43c SGB XI ergibt sich folgendes Bild (bundesdurchschnittlich): Mitte 2018 betragen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 Euro monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 Euro an, was einem Anstieg von 2,6 Prozent entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 Prozent von 651 Euro auf 1360 Euro. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 Prozent auf 818 Euro.

Pflegepflichtversicherung – Auswirkungen auf die bereits existenten Prämienkalkulationen nach sich zieht.

Aus wissenschaftlicher Sicht kommt man hier zu unterschiedlichen Einschätzungen. Eine Studie von Neusius (2019⁷⁰) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Richtung eines solchen Finanzausgleichs aufgrund der höheren Altersstruktur des PPV-Versicherten in gut 10 Jahren umkehren dürfte und dann die soziale Pflegeversicherung Mittel an die private Pflegepflichtversicherung abgeben müsste. Eine Studie von Haun (2024⁷¹) kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass sich der Finanzausgleich von privater Pflegeversicherung zu sozialer Pflegeversicherung durch das höhere Alter der PPV-Versicherten zwar verringern könnte. Hierbei werden die staatlichen Beihilfegkosten in die Kalkulation mit einbezogen, sodass die durchschnittlichen Ausgaben für privat versicherte Pflegebedürftige ein ähnlich hohes Niveau wie in der sozialen Pflegeversicherung erreichen. Die Richtung des Finanzausgleichs würde sich laut Haun (2024⁷²) dabei aber nicht ändern, da der Effekt des niedrigen altersabhängigen Pflegerisikos der PPV-Versicherten immer noch überwiegt. In der Studie werden die geringer ausfallenden Pflegeprävalenzen in der privaten Pflegeversicherung damit erklärt, dass einerseits ein medizinischer Selektionsprozess beim Zugang zur privaten Pflegeversicherung erfolgt, und andererseits das PPV-Versichertenkollektiv einen höherem sozio-ökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Beide Studien berücksichtigen allerdings keine zukünftigen demografischen Entwicklungen.

Die Beteiligung der Haushalte der Gebietskörperschaften an den Kosten, die den Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen, ist nach wissenschaftlicher Einschätzung der Expertinnen und Experten wachstums- und beschäftigungsfreundlicher und gewährleistet im Vergleich zur beitragsfinanzierten sozialen Pflegeversicherung eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleiches. Die daraus resultierende erhöhte Besteuerung könnte – abhängig von der Ausgestaltung – aber auch die ohnehin bereits hohen finanziellen Lasten der Volkswirtschaft weiter erhöhen, ohne die soziale Pflegeversicherung nachhaltig finanziell tragfähiger zu machen. Es ist zu prüfen, ob in einem Vollleistungssystem der Bund Kompensationseffekte durch den Wegfall der Förderung beim sog. Pflege-Bahr erzielt, die Kompensationseffekte dürften aber gering sein.

IIb. Umlagefinanziertes Vollleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung Beschreibung des Szenarios IIb

Im Szenario IIb wird nicht an das bisherige Teilleistungssystem angeknüpft, sondern das System zum Vollleistungssystem ausgebaut. Die soziale Pflegeversicherung wird zu einem Vollleistungssystem vergleichbar mit der gesetzlichen Krankenversicherung und übernimmt grundsätzlich alle pflegebedingten Kosten in ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege. Das Vollleistungssystem ist umlagefinanziert und wird durch einen solidarisch finanzierten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert. Etwaige Zuzahlungen bzw. Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen können – in Analogie zur gesetzlichen Krankenversicherung – pauschal in Absolutbeträgen oder als Prozentsatz vom Einkommen oder an den pflegebedingten Aufwendungen gestaltet werden. Mit Augenmerk auf den Finanzierungsmehrbedarf der sozialen Pflegeversicherung und der zu schließenden Finanzierungslücke müssten hierbei weitreichende, grundlegende Entscheidungen bezüglich der Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite getroffen werden. Die individuelle Eigenvorsorge oder Eigenleistungen treten als Finanzierungssäule der Pflege in den Hintergrund.

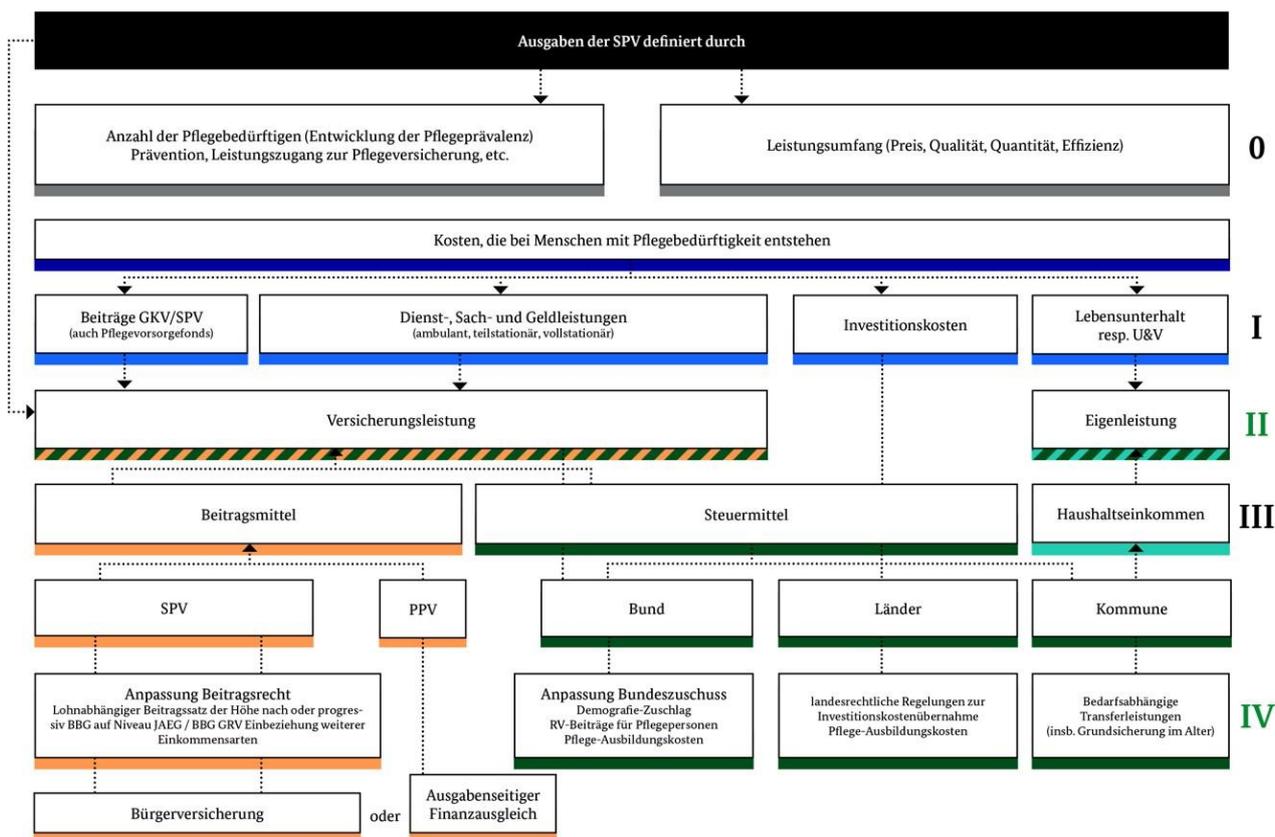
⁷⁰ Neusius, Thomas, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht; 2019, Heft 6, Seiten 421–424.

⁷¹ Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

⁷² Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, Seiten 30-34.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 23: Szenario IIB⁷³



Quelle: Eigene Darstellung

Mit dem Szenario IIB verbundenes Ziel

Wesentliches Ziel dieses Szenarios ist es, das Risiko der Pflegebedürftigkeit umfassend über die Solidargemeinschaft abzusichern und pflegebedürftige Menschen von der Tragung der pflegebedingten Kosten zu befreien.

Aus- und Wechselwirkungen zu wesentlichen Systemmerkmalen Demografiefestigkeit

Es findet eine weitere Umverteilung von Jung zu Alt und innerhalb der Kohorte der älteren Generation auch zugunsten der Vermögenden statt.

In der personalintensiven Langzeitpflege stellen die Tarifabschlüsse der Sozialpartner ein zusätzliches Ausgabenrisiko für die soziale Pflegeversicherung dar: Mit der Verpflichtung der Pflegekassen, die Bezahlung der Beschäftigten in der Pflege auf Tarifniveau als wirtschaftlich anzuerkennen, obliegt es den Sozialpartnern, die Lohnentwicklung in der Langzeitpflege festzusetzen („Verträge zu Lasten Dritter“). Der Personalengpass in der Pflege wird das Angebot an pflegerischer Unterstützungsleistungen und damit faktisch die Inanspruchnahme von

⁷³ Die an der Arbeitsgruppe beteiligten Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz lehnen die unmittelbare Verknüpfung der Frage zur finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen mit der Modellierung von Szenarien zur Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie verweisen darauf, dass bundesrechtlich kein Anspruch auf entsprechende Förderungen gegeben sei. Vielmehr obliege es den Ländern, darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang es landesrechtlicher Grundlagen für eine Förderung bedarf. Auch bei inhaltlicher Betrachtung sei aus Sicht der beteiligten Länder zwischen der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung hinsichtlich pflegebedingter Aufwendungen auf der einen Seite und der Kosten beim Wohnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite zu differenzieren. Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz verweisen insoweit auf ihre dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte umfassende Positionierung der Länder vom 3. April 2024. Der Bund weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Länder auf Seite 4 des Positionspapiers die pflegebedingten Eigenanteile ohne Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI aufzeigen. Unter Berücksichtigung des § 43c SGB XI ergibt sich folgendes Bild (bundesdurchschnittlich): Mitte 2018 betrug die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 Euro monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 Euro an, was einem Anstieg von 2,6 Prozent entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 Prozent von 651 Euro auf 1360 Euro. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 Prozent auf 818 Euro.

Sachleistungen der Pflegeversicherung limitieren und somit die Akzeptanz der Pflegeversicherung belasten.

Das Leistungs- und Vertragsrecht der sozialen Pflegeversicherung ist neu auszurichten (Leistungsinhalte, Leistungssteuerung, Leistungsvergütung, Leistungsprüfung): Der Leistungszugang zur Pflegeversicherung muss die Feststellung des individuellen Bedarfs sicherstellen, um die individuelle (Selbst-)Pflegekompetenzen des Einzelnen abzubilden und moral hazard⁷⁴ einzugrenzen. Es ist zu prüfen, inwieweit die Differenzierung der Versicherungsleistungen in Sach-, Geld- und Kostenerstattungsleistungen im Vollleistungssystem noch sachgerecht ist. Die Notwendigkeit der Dynamisierung von Versicherungsleistungen/gesetzlich festgelegten Leistungsbeträgen der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich in einem Vollleistungsmodell nicht.

Der Leistungskatalog der privaten Pflegepflichtversicherung folgt dem Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung; es sind die Auswirkungen auf die Bemessungsgrundlagen der Beihilfe zu prüfen.

Die Notwendigkeit der Hilfe zur Pflege reduziert sich bei der Vollversicherung auf 0 und wird dementsprechend auf Menschen mit Unterstützungsbedarf begrenzt, die noch keinen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung haben. Die Einsparungen im Bereich der Hilfe zur Pflege werden zur Finanzierung der Investitionskosten von den Ländern eingesetzt, damit Menschen nicht mit zusätzlichen Kosten beim Wohnen belastet werden, die ihnen durch die Pflegebedürftigkeit entsteht.⁷⁵

Die medizinische Behandlungspflege wird in einem Vollleistungssystem die Menschen mit Pflegebedürftigkeit bei den pflegebedingten Eigenanteilen finanziell nicht belasten. Eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege zur Eigenanteilsreduzierung ist im Vollleistungssystem unbegründet; eine sozialrechtliche Trennung pflegerischer Aufgaben von der Behandlung ist darüber hinaus mit erheblichem zusätzlichem Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern wie auch bei den Leistungsträgern verbunden. Es ist zu prüfen, ob unabhängig vom Leistungsort die Behandlungspflege im Sinne des ganzheitlichen pflegerischen Ansatzes über die soziale Pflegeversicherung zu finanzieren ist; Schnittstellenprobleme zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung werden hierdurch reduziert, Verwaltungsaufwände bei den Leistungserbringern und -trägern werden minimiert. Im Ergebnis werden Beitragsentlastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt.

Bei der Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung (insbesondere Erhöhung des Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze /Jahresarbeitsentgeltgrenze, Erweiterung um weitere Einkommensarten und Personengruppen) sind Aus- respektive Folgewirkungen auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie der Wirtschaft und auf den Staatshaushalt mit Augenmerk auf die steuerliche Abzugsfähigkeit der Vorsorgeaufwendungen im Einkommenssteuerrecht zu prüfen. Eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze verteuert den Produktionsfaktor Arbeit auch ohne Anpassung des Beitragssatzes.

Es ist zu prüfen, inwieweit eine aufgrund der unterschiedlichen Risikostrukturen beider Versicherungszweige denkbare Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung an der Stärkung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung – ausgabeseitiger Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung – Auswirkungen auf die bereits existenten Prämienkalkulationen nach sich zieht.

⁷⁴ Inanspruchnahme über das pflegerisch Notwendige hinaus.

⁷⁵ Die an der Arbeitsgruppe beteiligten Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz lehnen die unmittelbare Verknüpfung der Frage zur finanziellen Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen mit der Modellierung von Szenarien zur Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie verweisen darauf, dass bundesrechtlich kein Anspruch auf entsprechende Förderungen gegeben sei. Vielmehr obliege es den Ländern, darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang es landesrechtlicher Grundlagen für eine Förderung bedarf. Auch bei inhaltlicher Betrachtung sei aus Sicht der beteiligten Länder zwischen der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung hinsichtlich pflegebedingter Aufwendungen auf der einen Seite und der Kosten beim Wohnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite zu differenzieren. Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz verweisen insoweit auf ihre dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte umfassende Positionierung der Länder vom 3. April 2024. Der Bund weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Länder auf Seite 4 des Positionspapiers die pflegebedingten Eigenanteile ohne Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI aufzeigen. Unter Berücksichtigung des § 43c SGB XI ergibt sich folgendes Bild (bundesdurchschnittlich): Mitte 2018 betragen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 Euro monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 Euro an, was einem Anstieg von 2,6 Prozent entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 Prozent von 651 Euro auf 1360 Euro. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 Prozent auf 818 Euro.

Aus wissenschaftlicher Sicht kommt man hier zu unterschiedlichen Einschätzungen. Eine Studie von Neusius (2019⁷⁶) kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Richtung eines solchen Finanzausgleichs aufgrund der höheren Altersstruktur des PPV-Versicherten in gut 10 Jahren umkehren dürfte und dann die soziale Pflegeversicherung Mittel an die private Pflegepflichtversicherung abgeben müsste. Eine Studie von Haun (2024) kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass sich der Finanzausgleich von privater Pflegeversicherung zu sozialer Pflegeversicherung durch das höhere Alter der PPV-Versicherten zwar verringern könnte. Hierbei werden die staatlichen Beihilfekosten in die Kalkulation mit einbezogen, sodass die durchschnittlichen Ausgaben für privat versicherte Pflegebedürftige ein ähnlich hohes Niveau wie in der sozialen Pflegeversicherung erreichen. Die Richtung des Finanzausgleichs würde sich laut Haun (2024) dabei aber nicht ändern, da der Effekt des niedrigen altersabhängigen Pflegeerrisikos der PPV-Versicherten immer noch überwiegt. In der Studie werden die geringer ausfallenden Pflegeprävalenzen in der privaten Pflegeversicherung damit erklärt, dass einerseits ein medizinischer Selektionsprozess beim Zugang zur privaten Pflegeversicherung erfolgt, und andererseits das PPV-Versichertenkollektiv einen höherem sozio-ökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Beide Studien berücksichtigen allerdings keine zukünftigen demografischen Entwicklungen.

Die Beteiligung der Haushalte der Gebietskörperschaften an den Kosten, die den Menschen mit Pflegebedürftigkeit entstehen, ist zwar stark konjunkturabhängig, ist nach wissenschaftlicher Einschätzung der Expertinnen und Experten aber wachstums- und beschäftigungsfreundlicher und gewährleistet im Vergleich zur beitragsfinanzierten sozialen Pflegeversicherung eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleiches. Die daraus resultierende erhöhte Besteuerung könnte – abhängig von der Ausgestaltung – die ohnehin bereits hohen finanziellen Lasten der Volkswirtschaft weiter erhöhen, ohne die soziale Pflegeversicherung nachhaltig finanziell tragfähiger zu machen. Es ist zu prüfen, ob in einem Vollleistungssystem der Bund Kompensationseffekte durch den Wegfall der Förderung beim Pflege-Bahr erzielt, die Kompensationseffekte dürften aber gering sein.

Eine Vollversicherung wird zusätzliche Finanzierungsbedarfe nach sich ziehen, die zu zusätzlichen gesamtwirtschaftlichen Belastungen infolge steigender Sozialabgaben führen.

6.1.3 Einordnung der Modelle im Hinblick auf die Zielsetzung der sozialen Pflegeversicherung und der sozialstaatsprägenden Prinzipien

Die vier Szenarien verschiedener Teil- und Vollversicherungsmodelle wurden mit Blick auf die Zielsetzung der sozialen Pflegeversicherung und der sozialstaatsprägenden Prinzipien betrachtet, welche in Kapitel 3.2 definiert wurden. Diese Einordnung erfolgt allein vor dem Hintergrund der Szenarien mit ihren konstitutiven Merkmalen, die unter Kapitel 3.3 beschrieben wurden. Es geht hier nicht um die Einordnung konkreter Ausgestaltungen dieser Szenarien inkl. möglicher Stellschrauben. Eine solche Einordnung bzw. Bewertung müsste im weiteren Entscheidungsprozess vorgenommen werden, für den unter Kapitel 7 ein Kompass skizziert wird. Aufgrund der grundlegenden Bedeutung der Prinzipien können je nach Perspektive verschiedene Kriterien abgeleitet werden, die die Varianten in unterschiedlichem Ausmaß erfüllen. Wesentlich dafür ist letztlich der Standpunkt, von dem aus auf die soziale Sicherung und hier insbesondere auf die soziale Pflegeversicherung geblickt wird. Um diese unterschiedlichen Perspektiven vollständig und transparent darzustellen, werden für die Einordnung alle diskutierten Argumentationslinien und deren Ergebnisse vergleichsweise aufgezeigt.

Sozialstaatsprinzip

Für die Einordnung des Sozialstaatsprinzips können verschiedene Maßstäbe angelegt werden. Ausgestaltungskriterium kann zum einen das Grundprinzip der sozialen Sicherung sein, welches seine Ausgestaltung im Versicherungsprinzip, im Versorgungsprinzip und im Fürsorgeprinzip findet. Darüber hinaus kann als Maßstab auch der Teilhabeaspekt herangezogen werden.

Das Sozialstaatsprinzip bietet dem Gesetzgeber in diesem Sinne einen sehr breiten Ausgestaltungsspielraum, sodass aus dieser Perspektive alle Modelle in Abhängigkeit ihrer Ausgestaltung das Prinzip vollumfänglich erfüllen.

Folgt man einer engeren Definition und zieht soziale Gerechtigkeit als Maßstab heran, zeichnet sich ein differenzierteres Bild ab. Insbesondere die Teilleistungsmodelle Ia und Ib erfüllen das Prinzip nur teilweise, da Eigenverantwortung hier wesentlich ist. Vollversicherungsmodelle erfüllen das Sozialstaatsprinzip besser als Teilversicherungsmodelle, weil die staatliche Verantwortung für soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit hier vollumfänglich abgebildet werden kann.

⁷⁶ Neusius, Thomas, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht; 2019, Heft 6, Seiten 421–424.

Ein anderer Maßstab ist das Ausmaß des staatlichen Beitrags an der erbrachten Pflegefinanzierung, zum einen vor dem Hintergrund der finanziellen Beteiligung des Staates, zum anderen wegen der Größe der Solidargemeinschaft, die damit auch alle Steuerzahlenden miteinschließt. Dieser Perspektive folgend erfüllen die Vollversicherungsvarianten IIa und IIb diesen Maßstab am besten, während die Teilversicherungsvarianten diesen nur teilweise erfüllen.

Solidaritätsprinzip

Das Solidaritätsprinzip bedeutet, dass sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft unter Berücksichtigung von deren ökonomischer Leistungsfähigkeit im Pflegefall gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren.

Als Maßstab kann damit der Finanzierungsanteil an Leistungen durch die Solidargemeinschaft herangezogen werden. Dazu zählen neben den Beitragseinnahmen aus der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler auch Steuermittel aus der Solidargemeinschaft der Steuerzahlenden. Insgesamt erfüllen Vollleistungssysteme diesen Maßstab besser.

Vor diesem Hintergrund erfüllt Variante IIb diesen Maßstab im besonderen Maße, da die Leistung vollständig durch die Solidargemeinschaft finanziert werden, während in allen anderen Szenarien in abgestuftem Maße individuell vorzusorgen ist oder individuell Eigenbeiträge zu leisten sind.

IIa erfüllt das Solidaritätsprinzip ebenfalls zum größten Teil, da dabei aber eine staatlich finanzierten Kapitaldeckung außerhalb des Umlageverfahrens und ohne Arbeitgeberbeteiligung eingeführt wird, ist der solidarische Beitrag etwas geringer. Andererseits wird die Solidargemeinschaft der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler an der Finanzierung beteiligt.

Durch den Teilleistungscharakter der Varianten Ia und Ib ist der Finanzierungsanteil der Solidargemeinschaft entsprechend gering. Insbesondere in der Variante Ia wird die Solidargemeinschaft durch diejenigen belastet, die nicht vorsorgen bzw. nicht vorsorgen können. Auch in Variante Ib ist der Finanzierungsanteil der Solidargemeinschaft vergleichsweise gering. Ein entscheidender Aspekt für die Einordnung dieser Variante ist auch die Frage, ob einkommensschwache Gruppen bei den Prämien der verpflichtenden Zusatzversicherung unterstützt werden.

Umlageprinzip

Das Umlageprinzip kann nur in einem umlagefinanzierten Vollleistungssystem vollständig erfüllt sein. Daher erfüllt Variante IIb durch den hundertprozentigen Anteil der Umlagefinanzierung dieses Prinzip vollumfänglich. Im Teilleistungssystem erfolgt auch nur eine Teil-Umlage (Ia und Ib), wodurch das Prinzip entsprechend nur teilweise verwirklicht wird.

Inwiefern eine Finanzierung durch Steuermittel dem Umlageprinzip zuzuordnen ist, wird unterschiedlich gesehen und führt in Konsequenz bei Variante Ia und IIa zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Zieht man die Steuermittel mit zur Betrachtung heran, dass diese auch ein „Umlageverfahren“ darstellen, hat das Modell IIa keinen Nachteil ggü. IIb. Für Variante IIa gilt, dass diese das Umlageprinzip ebenfalls vollständig erfüllt, sofern man die zusätzlichen Mittel für die staatlich organisierte Kapitaldeckung ebenfalls dem Umlageverfahren zuordnet.

Betrachtet man vornehmlich das Verhältnis von Umlage zu Kapitaldeckung, dann fallen die Modelle Ib und IIa im Vergleich zu den Varianten Ia und IIb nachteiliger aus.

Subsidiaritätsprinzip

Das Subsidiaritätsprinzip ist in der Pflegeversicherung eine Maxime, die die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des pflegebedürftigen Menschen, seiner Familie und der Gemeinschaft anstrebt, soweit dies möglich und sinnvoll ist. Nur wenn die Möglichkeiten des/der Einzelnen oder der Gruppe der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf allein nicht ausreichen, hat der Staat resp. Gesetzgeber dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Leistungen und Unterstützungsstrukturen durch regulative Maßnahmen geschaffen werden.

Ein Kriterium zur Realisierung des Subsidiaritätsprinzips ist der Anreiz zur Eigenverantwortung im jeweiligen Versicherungssystem. Durch den Teilleistungscharakter bieten die Varianten Ia und Ib den größten Anreiz. Sofern man den Aspekt der Kapitaldeckung ebenfalls der Eigenverantwortung zuschreibt, ist auch in Variante IIa das Subsidiaritätsprinzip weitgehend erfüllt.

In Variante IIb ist der Anreiz zur Eigenverantwortung hingegen am geringsten. Zugleich bietet auch diese Variante einen gewissen Spielraum hin zu mehr Eigenverantwortung, indem bei einem Sockel-Spitze-Tausch der Sockel entsprechend größer gewählt wird.

Das Subsidiaritätsprinzip würde aber auch in den Vollversicherungsmodelle unter der Annahme, dass auch bei Vollversicherung familiäre Sorgearbeit in häuslicher Pflege geleistet würde, weiterhin eine wesentliche Rolle spielen, da die auch dort geleistete familiäre Unterstützung ebenfalls der Eigenverantwortung im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips zugeordnet werden kann.

Generationengerechtigkeit/Verteilungsgerechtigkeit

Generationen- und Verteilungsgerechtigkeit zielen auf das gerechte Austarieren finanzieller Belastungen innerhalb und zwischen Generationen ab.

Als Maßstab zur Operationalisierung kann die Höhe der individualrechtlichen Ansprüche über Kapitaldeckung dienen, da damit jede Generation für sich selbst vorsorgt und die Gerechtigkeit zwischen den Generationen erhöht wird. Als Maßstab für Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer Generation kann der Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die ohne Hilfe zur Pflege auskommen, genutzt werden. Je höher dieser Anteil, desto gerechter wurden die Ressourcen der sozialen Pflegeversicherung verteilt.

Diese Maßstäbe erfüllen die Varianten Ib und IIa in einer Gesamtbetrachtung aufgrund der dort vorgesehenen Kapitaldeckung am besten. Die Variante IIb erfüllt das Prinzip der Generationengerechtigkeit hingegen am wenigsten, da die umlagefinanzierte Vollversicherung die Belastung der jüngeren Alterskohorten erhöht, die demografiebedingt ohnehin bereits stärker belastet sind. Zudem profitieren auch pflegebedürftige Menschen von der Vollerleistung, die über hinreichende Möglichkeiten verfügen, Eigenbeiträge zu leisten.

Ein etwas allgemeinerer Bewertungsmaßstab, der dazu führt, dass alle Modelle die Prinzipien nur teilweise erfüllen, ist die Annahme, dass es modellunabhängig demografiebedingt immer mehr Pflegebedürftige geben wird, daher werden die Generationen per se stärker belastet.

Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit kann darin zum Ausdruck kommen, dass sich langfristig die Einnahmen und die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung jederzeit decken. Ein Aspekt von Nachhaltigkeit zeigt sich im diversifizierten Finanzierungsmix aus den drei Säulen Eigen-, Steuer- und Beitragsmitteln, der langfristig die Resilienz der Einnahmenseite erhöht.

In Variante Ib ist die Diversifizierung der Finanzierungsquellen am stärksten ausgeprägt aufgrund des Teilversicherungscharakters mit Kapitaldeckung, bei dem auch Eigenmittel eine wesentliche Rolle spielen.

Von den Vollversicherungsmodellen erfüllt die Variante IIa durch die vorgesehene Kapitaldeckung dieses Kriterium ebenfalls zum größten Teil, wobei die Rolle der Eigenmittel weniger stark ausgeprägt ist.

Die Variante Ia, die den Status quo abbildet, kann hierbei unterschiedlich betrachtet werden. Einerseits spielen aktuell bereits verschiedene Finanzierungsquellen eine Rolle, während die Kapitaldeckung bislang eine untergeordnete Rolle einnimmt. Andererseits zeigt sich aufgrund der vielfältigen Problemlagen des Status quo, dass Nachhaltigkeit aus der gegenwärtigen Praxis heraus am wenigsten erfüllt wird.

Da in Variante IIb die große finanzielle Belastung der Vollversicherung im Wesentlichen von einer Finanzierungssäule (Umlage) getragen wird, werden die Anforderungen eines nachhaltigen Finanzierungsmixes hier nicht erfüllt.

Zu beachten ist bei dieser Einordnung, dass Nachhaltigkeit über die zugrundeliegende Finanzierungslogik hinausgeht. Leistungsseite und Finanzierungsseite müssen ausbalanciert werden, indem auch die Bedarfslage und mögliche Strukturreformen (Stellschrauben) in den Blick genommen werden.

Demografiefestigkeit

Demografiefestigkeit als wesentliches Subkriterium der Nachhaltigkeit wurde nochmals separat betrachtet. Sie beschreibt die langfristige Balance zwischen Einnahmen und Leistungsausgaben trotz demografiebedingter Veränderungen im Verhältnis von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zu Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern mit unmittelbaren Auswirkungen auf das Umlageverfahren.

Eine kapitalgedeckte Komponente unterstützt dieses Prinzip, während die umlagefinanzierte Komponente das Prinzip schwächt. Somit wird Demografiefestigkeit in den Varianten Ib und IIa am besten realisiert, da hier die Kapitaldeckung am stärksten ausgeprägt ist. Die Vollversicherungsvariante IIb ist vor dem Hintergrund des maßgeblichen Beitrags der Umlagefinanzierung am wenigsten demografiefest.

Der Status quo in Variante Ia kann auch hier wieder unterschiedlich betrachtet werden. Einerseits ist der Anteil der Umlagefinanzierung im Teilleistungssystem begrenzt und es gibt bereits den Pflegevorsorgefonds zur Begrenzung demografiebedingter Belastungen. Andererseits zeigt sich auch hier, dass demografiebedingte Belastungen immer noch nicht ausreichend abgedeckt werden, sodass die Notwendigkeit einer Reform, sowohl in Hinblick auf das aktuelle Versicherungsmodell, als auch in Hinblick auf mögliche Strukturreformen besteht.

6.2 Stellschraube zur Vermeidung der Entwertung von Versicherungsleistungen und zur Vermeidung der finanziellen Überforderung der Menschen mit Pflegebedarf

Durch eine angemessene Dynamisierung kann langfristig die Teilabsicherung der sozialen Pflegeversicherung auf einem Niveau bewahrt und die Abhängigkeit von der Hilfe zur Pflege begrenzt werden. Eine Dynamisierung nur in Abhängigkeit der Beitragssatzstabilität wird demografiebedingt zu einer Entwertung der Versicherungsleistungen führen. Ziel für die Ausgestaltung der Dynamisierung sollte es aber auch sein, mehr Generationengerechtigkeit herzustellen, indem die finanziellen Aufwendungen der Versicherten auch noch im Zeitablauf – d. h. bei deren späteren Pflegebedürftigkeit - vergleichbare Leistungen gegenüberstehen. Andererseits könnte die Höhe der Dynamisierung sicherstellen, dass dauerhaft der gleiche Umfang an Pflege- und Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden kann. Damit könnte ein wesentliches Ziel der sozialen Pflegeversicherung, die Vermeidung der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege, auch langfristig erreicht werden.

Gleichzeitig hat die Ausgestaltung der Leistungsdynamisierung direkte Auswirkungen auf die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung und damit auf deren langfristigen finanziellen Tragfähigkeit in einer alternden Gesellschaft. Je nach Höhe der Dynamisierung erhöht sich der bereits existierende Kostendruck auf die soziale Pflegeversicherung weiter. Damit verbundene mögliche Beitragssatz- oder Steuerbelastungen könnten außerdem ebenfalls zum Akzeptanzverlust der Pflegeversicherung in der Bevölkerung beitragen, insbesondere dann, wenn Verschiebungen der Demografie und der Erwerbstätigkeit (Relation von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung zu pflegebedürftigen Menschen) unberücksichtigt bleiben. Im Sinne der Generationengerechtigkeit müssen daher auch die Folgen für die Beitragssatzentwicklung in den Blick genommen werden.

6.2.1 Rolle der Dynamisierung in einem Teilleistungssystem

Durch den Teilleistungscharakter der sozialen Pflegeversicherung ist die Dynamisierung eine zentrale Stellschraube: Die Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Menschen im Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung sind in Eurobeträgen normiert. Sofern diese Leistungsbeträge nicht regelmäßig an die Lohn- und Preisentwicklungen angepasst werden, führt dies zu steigenden Eigenanteilen resp. Zuzahlungen der pflegebedürftigen Menschen sowie zu Funktions- und Akzeptanzverlust für die soziale Pflegeversicherung. Eine Dynamisierung wird aber auch Finanzierungsmehrbedarfe für die soziale Pflegeversicherung nach sich ziehen. Diese Finanzierungsbedarfe werden sich noch erhöhen, wenn man die Entwicklung der Pflegeprävalenz zugrunde legt. Die Dynamisierung stellt damit auch besondere Herausforderungen zur Gewährleistung einer nachhaltigen, tragfähigen und demografiefesten sozialen Pflegeversicherung.

6.2.2 Regelgebundene vs. nicht regelgebundene Dynamisierung

Bereits bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurde im PflegeVG die Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in § 26 SGB XI normiert. Die Bundesregierung wurde ermächtigt,

„durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung anzupassen. Dabei darf das Verhältnis zwischen den Leistungen der häuslichen Pflege und stationärer Pflege zueinander nicht verändert werden“⁷⁷.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dieser politischen Steuerungsklausel das Ziel, dass die Höhe der Pflegeversicherungsleistungen der Entwicklung der Beitragseinnahmen und damit der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Eine Anpassung der Leistungen erfolgt dabei nicht automatisch und auch nicht in regelmäßigen Zeitabständen. Vielmehr sollten die Leistungshöhen unter Beachtung des Grundsatzes der

⁷⁷ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 18.

Beitragssatzstabilität angepasst werden.

Änderungen erfuhr die Dynamisierung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008; Anpassungen erfolgten dann noch einmal durch das Erste und Zweite Pflegestärkungsgesetz zum Januar 2015 bzw. zum Januar 2017.

Seit 2008 galt für die Dynamisierung in § 30 SGB XI die Pflicht der Bundesregierung, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen zu prüfen sowie die Kriterien, anhand derer sich die Bundesregierung dabei zu orientieren hat⁷⁸. Nach der bis Inkrafttreten des PUEG geltenden Regelung des § 30 SGB XI hatte die Bundesregierung bereits alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zu prüfen. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit diente die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei war sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Zu einer Dynamisierung alle drei Jahre kam es nicht.⁷⁹ So wurden die für das Jahr 2018 vorgesehenen Mittel für die Dynamisierung zur Mitfinanzierung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs herangezogen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5926, Seite 92). Im Rahmen der Überleitungsregelungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergaben sich allerdings für die meisten Pflegebedürftigen deutlich höhere Anstiege der Leistungsbeträge, als bei einer sonst vorgesehenen Dynamisierung in 2018.

Im Rahmen des PUEG wurde neben den gesetzlichen Dynamisierungsschritten bis 2028 auch angekündigt, ab 2028 eine regelhafte Dynamisierung vorzusehen, verbunden mit dem Ziel, den finanziellen Druck auf die Eigenanteile zu dämpfen und mehr Planungssicherheit zu schaffen. In der Gesetzesbegründung des PUEG wird dazu ausgeführt:

„Regelhafte Dynamisierung:

Da die ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 erhöht und im vollstationären Bereich die Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung ebenfalls zum 1. Januar 2024 angehoben werden, wird die nach geltendem Recht für das Jahr 2024 vorgesehene allgemeine Leistungsdynamisierung um ein Jahr verschoben.

Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert – zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent, zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig-beschäftigten Arbeitnehmenden im selben Zeitraum. Da die Leistungsanpassungen regelhaft erfolgen, ist die bisher jeweils turnusmäßig vorgesehene Prüfung durch die Bundesregierung nicht mehr erforderlich und entfällt. Damit wird für die Pflegebedürftigen eine größere Sicherheit hinsichtlich der Entwicklung der Leistungsbeträge erreicht. Zur Rechtsklarheit werden die Leistungsbeträge vom Bundesministerium für Gesundheit auch im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

Zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten⁸⁰.

⁷⁸ Reimer, Sonja in: Hauke/Noftz, Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung Kommentar, § 30, Randnummer 1.

⁷⁹ Die Bundesregierung war zuletzt im Jahr 2020 verpflichtet, die Überprüfung nach § 30 Absatz 1 SGB XI vorzunehmen. Einen entsprechenden Bericht hat das Kabinett am 2. Dezember 2020 beschlossen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/25283; Bundesratsdrucksache 750/20). Der kumulierte Anstieg des Verbraucherpreisindex in den Jahren 2017 bis 2019 betrug 4,8 Prozent. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmenden stieg im gleichen Zeitraum um 8,9 Prozent.

Vor diesem Hintergrund erschien aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen. Die Bundesregierung werde, so ihr damaliger Bericht, zeitnah über die Umsetzung der Dynamisierung entscheiden. Mit dem GVWG wurden dann allerdings mit Wirkung zum 01. Januar 2022 nur der ambulante Sachleistungsbetrag um 5 Prozent und der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben sowie der prozentuale Leistungszuschlag des § 43c SGB XI bei vollstationärer Pflege eingeführt.

⁸⁰ Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 25. April 2023, Bundestagsdrucksache 20/6544, Begründung zu Nr. 14, Seite 65.

6.2.3 Modelle der Dynamisierung und ihre finanziellen Wirkungen auf den Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und die Eigenanteile; je nach Ausgestaltung auch eine ausgabeseitige Stellschraube zur Schließung der Finanzierungslücke

Vor dem Hintergrund des Auftrags, langfristige Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung zu entwickeln sowie die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen auf der Ausgabenseite darzustellen, sah die dem IGES-Auftrag zugrundeliegende Leistungsbeschreibung vor, bis zum Jahr 2028 die im Gesetz festgelegte Dynamisierung bei den Berechnungen zugrunde zu legen. Da das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der aktuellen Fassung nach dem Jahr 2028 keine regelhafte Dynamisierung der Leistungsbeträge vorsieht, wurde das IGES Institut beauftragt, abweichend vom aktuellen Recht eine regelgebundene Leistungsdynamisierung anzunehmen.

Die Ausgestaltung der Dynamisierung hat in einem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung maßgeblichen Einfluss sowohl auf die Vermeidung der finanziellen Überforderung von pflegebedürftigen Menschen bei den Eigenanteilen resp. Zuzahlungen zu den pflegebedingten Aufwendungen als auch auf die Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung und ist damit ein Gradmesser für die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungssystem, beeinflusst aber, gleichzeitig auch die Höhe der künftigen Ausgaben.

Das IGES Institut hat für drei Dynamisierungsvarianten die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, die pflegebedingten Eigenanteile von pflegebedürftigen Menschen in vollstationärer Langzeitpflege und die Wirkungen auf die Hilfe zur Pflege bis zum Jahr 2060 projiziert. Die erste Dynamisierungsvariante sieht eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die allgemeine Inflationsrate vor (Szenarien 1, 2 und 3, Tabelle in 4.2.2.1). Bei der zweiten Dynamisierungsvariante wird eine werterhaltende Dynamisierung der Leistungen zugrunde gelegt (Szenarien 4, 5 und 6 Tabelle in 4.2.2.1). Die werterhaltene Dynamisierung wird im Hinblick auf die hohe Personalintensität der Pflegeleistungen in Anlehnung an EU-Projektionen (Ageing-Report) darin gesehen, Sachleistungen zu 2/3 in Höhe der allgemeinen Lohnentwicklung und zu 1/3 in Höhe der Inflationsentwicklung und Geldleistungen umgekehrt zu 1/3 Lohnentwicklung und 2/3 Inflationsentwicklung zu dynamisieren. Dabei wird langfristig eine durchschnittliche Inflationsrate von 1,5 Prozent und ein durchschnittlicher Lohnanstieg von 3,0 Prozent angenommen. Als Sensitivitätsanalyse bzw. Referenzszenarien sollten Varianten berechnet werden, denen 0 Prozent Dynamisierung zugrunde liegen (Szenarien 7, 8 und 9).

Nachfolgende Tabellen weisen die Wirkungen der Dynamisierung im Umfang der allgemeinen Inflationsrate (Szenarien 1, 2 und 3) im Vergleich zu den Referenzszenarien (Szenarien 7, 8 und 9)⁸¹ sowie die Wirkungen einer werterhaltenden Dynamisierung (Szenarien 4, 5 und 6) im Vergleich zu den Referenzszenarien.⁸²

⁸¹ Diese Szenarien sehen keine Dynamisierung vor.

⁸² Die Szenarien 7, 8 und 9 sehen keine Dynamisierung vor.

Tabelle 9: Wirkungen der Dynamisierung im Umfang der Inflationsrate im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung

Szenario	Leistungs-dynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnentwicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	ausgabendeckender Beitragssatz 2060	Finanzierungs-(mehr)-bedarf in Beitragssatzpunkten	pflegebedingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/ Leistungsempfänger/in p. a. (diskontiert)	Wirkung auf den pflegebedingten Eigenanteil p. a.	Anteil HZP- Empfänger/ innen vollstationär 2060	Wirkung auf den Anteil HZP- Empfänger/ innen in Prozentpunkten 2060	Anteil HZP- Empfänger/innen ambulante Sachleistung in %-Punkten 2060	Wirkung auf den Anteil HZP- Empfänger/innen ambulante Sachleistung 2060	Anteil HZP- Empfänger/ innen Geldleistung 2060	Wirkung auf den Anteil HZP- Empfänger/ innen Geldleistung 2060
2022 (Ist)				3,2%		7.340 €		31,1%		6,9%		1,06%	
1	1,5%	3,0%	10 Jahre	3,9%	1,1%	8.463 €	2.588 €	25,1%	5,5%	6,4%	0,0%	1,00%	0,0%
7	0,0%	3,0%	10 Jahre	2,8%		11.051 €		30,6%		6,4%		1,00%	
2	1,5%	4,0%	5 Jahre	2,9%	0,7%	8.463 €	2.588 €	23,9%	3,9%	6,5%	0,0%	1,01%	0,0%
8	0,0%	4,0%	5 Jahre	2,2%		11.051 €		27,8%		6,5%		1,01%	
3	1,5%	2,0%	15 Jahre	5,5%	1,7%	8.463 €	2.588 €	25,8%	7,8%	6,3%	0,0%	0,988%	0,0%
9	0,0%	2,0%	15 Jahre	3,8%		11.051 €		33,6%		6,3%		0,988%	

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 10: Wirkungen einer werterhaltenden Dynamisierung im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung

Szenario	Leistungsdynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnentwicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	ausgabendeckender Beitragssatz 2060	Finanzierungs-(mehr)-bedarf in Beitragssatzpunkten	pflegebedingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/r Leistungsempfänger/in p.a. (diskontiert)	Wirkung auf den pflegebedingten Eigenanteil p.a.	Anteil HZP- Empfänger/ innen vollstationär 2060 in Prozentpunkten 2060	Wirkung auf den Anteil HZP-Empfänger/ innen in Prozentpunkten 2060	Anteil HZP-Empfänger/innen ambulante Sachleistung in Prozentpunkten 2060	Wirkung auf den Anteil HZP-Empfänger/innen ambulante Sachleistung in Prozent 2060	Anteil HZP-Empfänger/ innen Geldleistung 2060		Wirkung auf den Anteil HZP-Empfänger/ innen Geldleistung 2060
												0,0 %	0,0 %	
2022 (Istf)				3,2 %		7.340 €		31,1 %		6,9 %		1,06 %		
4	Sachleistung: 2,5 % Geldleistung: 2,0 %	3,0 %	10 Jahre	4,6 %	1,8 %	6.307 €	4.744 €	20,9 %	9,7 %	6,4 %	0,0 %	1,00 %		0,0 %
7	0,0 %	3,0 %	10 Jahre	2,8 %		11.051 €		30,6 %		6,4 %		1,00 %		
5	Sachleistung: 3,2 % Geldleistung: 2,3 %	4,0 %	5 Jahre	3,7 %	1,5 %	5.697 €	5.354 €	18,5 %	9,3 %	6,5 %	0,0 %	1,01 %		0,0 %
8	0,0 %	4,0 %	5 Jahre	2,2 %		11.051 €		27,8 %		6,5 %		1,01 %		
6	Sachleistung: 1,8 % Geldleistung: 1,7 %	2,0 %	15 Jahre	5,8 %	2,0 %	6.994 €	4.057 €	24,0 %	9,6 %	6,3 %	0,0 %	0,98 %		0,0 %
9	0,0 %	2,0 %	15 Jahre	3,8 %		11.051 €		33,6 %		6,3 %		0,98 %		

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Zu Tabelle 9: Wirkungen der Dynamisierung im Umfang der Inflationsrate im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung

In Abhängigkeit von der allgemeinen Lohnentwicklung und der Entwicklung der Pflegeprävalenz hat die soziale Pflegeversicherung unter sonstigen ceteris paribus-Bedingungen einen Finanzierungsmehrbedarf von 1,7 Beitragssatzpunkten bei schlechter Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenzentwicklung (Vergleich der Szenarien 1 und 7), 0,7 Beitragssatzpunkten bei guter Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenz (Vergleich der Szenarien 2 und 8) und 1,1 Beitragssatzpunkten bei mittlerer Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenz (Vergleich der Szenarien 3 und 9). Die pflegebedingten Eigenanteile je pflegebedürftiger Person in einer vollstationären Pflege würden bei einer Leistungsdynamisierung im Umfang von 2.588 Euro p. a. (diskontiert) reduziert. Entsprechend wird auch die Hilfe zur Pflege entlastet; der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege reduziert sich um 7,8 Prozentpunkte bei schlechter, um 3,9 Prozentpunkte bei guter und 5,5 Prozentpunkte bei mittlerer Prognose zur Lohn- und Pflegeprävalenzentwicklung.

Zu Tabelle 10: Wirkungen einer werterhaltenden Dynamisierung im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung

In Abhängigkeit von der allgemeinen Lohnentwicklung und der Entwicklung der Pflegeprävalenz hat die soziale Pflegeversicherung unter sonstigen ceteris paribus-Bedingungen einen Finanzierungsmehrbedarf von 2,0 Beitragssatzpunkten bei schlechter Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenzentwicklung (Vergleich der Szenarien 6 und 9), 1,5 Beitragssatzpunkten bei guter Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenz (Vergleich der Szenarien 5 und 8) und 1,8 Beitragssatzpunkten bei mittlerer Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenz (Vergleich der Szenarien 4 und 7). Die pflegebedingten Eigenanteile je pflegebedürftiger Person in einer vollstationären Pflege würden bei einer werterhaltenden Leistungsdynamisierung bei schlechter Prognose zur Entwicklung der Lohn- und Pflegeprävalenz um 4.057 Euro p. a., bei guter Prognose um 5.354 Euro p. a. und bei mittlerer Prognose um 4.744 Euro p. a., jeweils diskontiert, reduziert. Entsprechend wird auch die Hilfe zur Pflege entlastet; der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege reduziert sich um 9,6 Prozentpunkte bei schlechter, um 9,3 Prozentpunkte bei guter und 9,7 Prozentpunkte bei mittlerer Prognose zur Lohn- und Pflegeprävalenzentwicklung.

Für weitere Dynamisierungsvarianten, wie z. B. die Orientierung an der Grundlohnsummenentwicklung⁸³ bzw. an der Lohnentwicklung in der Pflege⁸⁴ oder die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors⁸⁵, wurden vom IGES Institut die Wirkungen auf die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, auf die pflegebedingten Eigenanteile und die Hilfe zur Pflege nicht projiziert.

Die Frage der finanziellen Auswirkungen einer möglichen Dynamisierung auf die Ausgabenseite der Pflegeversicherung muss bei einem Teilleistungssystem als grundlegende Ausgangsfrage vorangestellt werden, da sie den Rahmen der finanziellen Herausforderungen maßgeblich bestimmt. Je nach Höhe der Dynamisierung (bspw. Inflation oder Werterhalt) ergeben sich entsprechende Anforderungen an die weiteren Stellschrauben zur Deckung einer daraus entstehenden, etwaigen Finanzierungslücke.

⁸³ Bei der grundlohnsummenorientierten Dynamisierung orientiert sich die Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen an der Entwicklung der Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung.

⁸⁴ Eine lohnsteigerungsorientierte Dynamisierung würde zwar langfristig das Leistungsniveau der Pflegesachleistungen erhalten, aber Anreize für die Partikularinteressen der Partner branchenspezifischer Tarifverträge zur Entlohnung des Personals in Pflege und Betreuung zu Lasten Dritter (der Versichertengemeinschaft) setzen und damit das Risiko der Ausgabensteigerungen manifestieren, die weder demografie- noch produktivitätsbedingt zu rechtfertigen sind.

⁸⁵ Der Nachhaltigkeitsfaktor stellt auf die Relation von Beitragszahlenden und Leistungsempfängerinnen und -empfänger ab und berücksichtigt somit neben der Lebenserwartung vor allem auch die Entwicklung der Geburten sowie Zu- und Abwanderungen und nicht zuletzt die Veränderung der Erwerbsbeteiligung. Er setzt auf der Leistungsseite der sozialen Pflegeversicherung an und hat eine selbststabilisierende Funktion, weil er automatisch auf Verschiebungen der Demographie und der Erwerbstätigkeit reagiert. Eine Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsfaktors bei der Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen bewirkt, dass es zu niedrigeren Dynamisierungen der Leistungsbeträge kommt, wenn sich das Verhältnis von Pflegeleistungsempfängenden zu Beitragszahlenden (Pflegequotient) zu Lasten der Beitragszahler verändert. Umgekehrt kann es aber auch zu höheren Dynamisierungen kommen, wenn z.B. durch eine höhere Erwerbsbeteiligung die Zahl der Beitragszahlenden deutlich zunimmt. Der Nachhaltigkeitsfaktor gestaltet die intergenerative Lastenverteilung in der sozialen Pflegeversicherung gleichmäßiger.

6.3 Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite mit Finanzwirkungen

Unter Kapitel 6.1. wurde die Dimension 0 bereits kurz skizziert. Diese Dimension bildet die ausgabeseitigen Stellschrauben ab, die Szenarien übergreifend zu prüfen sind und langfristig dämpfende Auswirkungen auf das Ausgabeniveau der sozialen Pflegeversicherung haben können (im Folgenden 6.3.1.). Darüber hinaus wurden weitere ausgabeseitige Stellschrauben untersucht, die szenarienbezogen sind. Diese werden unter 6.3.2. dargestellt. Grundlage für dieses Kapitel und das Kapitel 6.4. sind die Ergebnisse des IGES Instituts.⁸⁶

Basisszenario:

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz	3,67 Prozent	4,07	4,24	4,66 Prozent	4,59 Prozent
Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Individuelle Beteiligung (EEE effektiv ⁸⁷) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
HZP-Quote (in Prozent)	29,5 Prozent	28,4 Prozent	26,0 Prozent	22,5 Prozent	20,9 Prozent

Im weiteren Verlauf wird die Finanzwirkung anhand von Deltas dargestellt. Das Delta beschreibt die Differenz der jeweiligen Größe zwischen der dargestellten Stellschraube und dem Basisszenario.

$$\text{Delta} = \text{Stellschraube} - \text{Basisszenario}$$

⁸⁶ IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024.

⁸⁷ Der EEE effektiv ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB).

6.3.1 Stellschrauben (szenarienübergreifend)

6.3.1.1 Frühzeitige Prävention zur Vorbeugung bzw. zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit (Maßnahme IGES Nr. 4.15)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Auch ohne Leistungsausweitungen gefährdet die demografische Entwicklung in Deutschland mittel- und langfristig die Beitragssatzstabilität. Aktuell liegt die Pflegeprävalenz weiter über einem demografiebedingt zu erwartendem Niveau. Bei dieser Stellschraube geht es darum, zu untersuchen, welche Effizienzpotenziale durch verstärkte Präventionsleistungen erreicht werden können, beispielsweise eine frühzeitige Prävention zur Vorbeugung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit.⁸⁸

Diese Maßnahme geht u. a. auch auf die Erkenntnisse des IGES Instituts und diesbezügliche Empfehlungen aus der ersten Studie zur langfristigen Finanzentwicklung zurück⁸⁹: Gezielte frühzeitige Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention und eine stärkere Präventionsorientierung in der Langzeitpflege (durch eine an den Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen orientierte ganzheitliche Pflege) können sich langfristig positiv auf die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen auswirken und damit nicht nur die funktionale und subjektive Gesundheit stabilisieren, sondern auch einen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung leisten. Hierfür braucht es umfassende (auch finanzielle) Anreize zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Förderung von funktionaler und psychischer Gesundheit. Es muss berücksichtigt werden, dass sich Einsparungen aufgrund von Präventionsmaßnahmen zeitlich erst deutlich verzögert einstellen werden. Verbunden wären damit auch Finanzierungsmehrbedarfe auf kommunaler Ebene und bei den Kranken- und Pflegekassen, die aber ggf. durch Einsparungen der Sozialen Pflegeversicherung (über-)kompensiert werden könnten.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,41 Prozent	-0,44 Prozent	-0,48 Prozent	-0,46 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+8,7	+12,2	+17,5	+22,2

Hinweis: Diese Ergebnisse bilden die Wirkung einer 10-prozentigen Reduktion der Pflegeprävalenz ab, die möglichen Kosten einer damit verbundenen konkreten Präventionsmaßnahme für die SPV bleiben damit unberücksichtigt.

6.3.1.2 Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeversicherungsleistungen durch Veränderungen der Schwellenwerte zum nächst höheren Pflegegrad (Maßnahme IGES Nr. 4.16)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Ausgehend von dem Ziel langfristig konstanter Pflegeprävalenzen wurde für diese Stellschraube davon ausgegangen, dass eine Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen durch Veränderungen der Schwellenwerte zum nächsthöheren Pflegegrad erreicht werden kann. Mit einer Steuerung des Zugangs zu höheren Pflegegraden können grundsätzlich Kosteneinsparungen verbunden sein.

Aus-/ Wechselwirkungen:

Dies kommt allerdings Leistungseinschränkungen gleich und führt zu einer höheren Belastung bzw. zu einer finanziellen Überforderung von Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf und ggf. Belastungen der öffentlichen Haushalte des Bundes („kleine Haushaltshilfe“ in der ambulanten Pflege im Rahmen der Grundsicherung im Alter) und der Kommunen sowie ggf. der Länder (Hilfe zur Pflege).

⁸⁸ IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Mai 2024, 4.15, Seite 55f.

⁸⁹ IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Februar 2024, 7.4, Seite 106ff.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,14 Prozent	-0,15 Prozent	-0,15 Prozent	-0,15 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+2,9	+4,0	+5,6	+7,0

6.3.1.3 Weitere basiswirksame Steuerungsinstrumente zur Hebung von Effizienzreserven in der Digitalisierung, im Verwaltungsverfahren oder zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven (vom IGES Institut geprüft im Zusammenhang mit Maßnahme 4.15)

Die Hebung von Effizienzpotenzialen sind in der Langzeitpflege in diesem personalintensiven Sektor begrenzt. Die Anreize zur Verbesserung der Kosteneffizienz auf Seiten der Pflegeeinrichtungen sind bereits sehr ausgeprägt. Zudem sind die Determinanten für die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherungsleistungen gesetzlich eng definiert. Es ist das Augenmerk darauf zu richten, zu prüfen, ob es weitere Potenziale bei der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven als nachhaltige Finanzierungsquelle gibt, die einen Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke leisten können.

Mit den folgenden Stellschrauben wurden Effizienzpotenziale in Bezug auf diverse Aspekte im Zusammenhang mit der sozialen Pflegeversicherung untersucht, die bereits im IGES-Bericht zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (IGES Institut, Februar 2024) angesprochen wurden.

Geprüft wurde in diesem Zusammenhang auch, inwiefern eine Stellschraube betrachtet werden kann, die spezifische weitere basiswirksame Steuerungsinstrumente zur Hebung von Effizienzreserven bei der Koordinierung der ambulanten Pflege (beispielsweise Kosteneinsparungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung, den Verwaltungsverfahren oder der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven) vorsehen würde.

Die Prüfung des IGES Instituts hierzu hat ergeben, dass zu Effizienzsteigerungspotenzialen für lediglich diesen spezifischen Kontext der Koordinierung der ambulanten Pflege keine belastbaren Schätzungen bezüglich quantitativer Kosteneinsparungen vorliegen, auf denen eine Stellschraube zur Bemessung von langfristigen Finanzwirkungen für die soziale Pflegeversicherung basiert werden könnte. Ein Überschlag solcher Kosteneinsparungen wäre, laut IGES Institut, zudem ad hoc auch nicht ohne wesentliche Einschränkungen zielführend möglich gewesen. Vor diesem Hintergrund wurde zu diesem weiterhin wichtigen Teilaspekt der Effizienzpotenziale keine Stellschraube betrachtet.

6.3.2 Stellschrauben (szenarienbezogen)

6.3.2.1 Stärkere einkommensabhängige Ausrichtung des Leistungsanspruchs nach § 43c SGB XI – Leistungszuschlag in Abhängigkeit von der Verweildauer zu Begrenzung der stark steigenden Eigenanteile (Maßnahme IGES Nr. 4.17)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Junge Erwachsene verfügen über ein sehr geringes oder gar kein Vermögen. Erst mit zunehmendem Lebensalter steigt das durchschnittliche Nettovermögen deutlich an. Mit dem Eintritt in die Rentenphase geht das Vermögen leicht zurück, um das wegfallende Erwerbseinkommen zu kompensieren, bleibt aber weiterhin fast auf dem Niveau wie kurz vor dem Renteneintritt. Im hohen Rentenalter sinkt das Vermögen deutlich ab, bleibt aber auf dem Niveau der mittleren Altersklassen.

Pflegebedürftige Menschen sollen grundsätzlich von den Eigenanteilen entlastet werden, die Höhe der Entlastung resp. Zuschläge (hier auch des § 43c SGB XI – Leistungszuschlag in Abhängigkeit von der Verweildauer zu Begrenzung der stark steigenden Eigenanteile) richtet sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der oder des Einzelnen. Dieser Leistungszuschlag in der vollstationären Langzeitpflege hat nach geltendem Recht ein hohes Ausgabenvolumen (4,5 Milliarden Euro in 2023, 5,5 Milliarden Euro für 2024 erwartet) und entlastet alle pflegebedürftigen Menschen in der vollstationären Langzeitpflege, unabhängig von ihrer individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Alterseinkünfte, Vermögen).

Als eine weitere Stellschraube wurde daher eine Abstufung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zur Begrenzung der Eigenanteile (EAB) betrachtet. Diese Abstufung wurde hier beispielhaft bedingt auf die Einkommen der pflegebedürftigen Personen berechnet. Als zugrundeliegendes Einkommenskonzept wurden dazu in einer Variante die bpE gemäß geltendem Recht gewählt und in einer weiteren Variante die bpE, die sich ergäben, wenn alle Einkunftsarten beitragspflichtig wären.

Diese Stellschraube(n) spielt/spielen eine Rolle bei einem Teilleistungssystem, also in den Szenarien Ia und Ib.

Aus-/ Wechselwirkungen:

Bei Anrechnung der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des pflegebedürftigen Menschen ließen sich Kosteneinsparungen in der sozialen Pflegeversicherung erreichen. Dadurch steigen andererseits die finanziellen Belastungen der Betroffenen ggf. erheblich; zudem ist damit ein erheblicher administrativer Aufwand für die Pflegekassen verbunden.

Finanzwirkung:

Variante 1: Einkommensabhängige Abstufung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,08 Prozent	-0,08 Prozent	-0,10 Prozent	-0,10 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,4	+1,6	+2,3	+3,6	+4,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+1.498 €	+1.456 €	+1.387 €	+1.321 €	+1.259 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+3,30 Prozent	+3,10 Prozent	+2,90 Prozent	+2,60 Prozent	+2,40 Prozent

Variante 2: Einkommens- und ertragsabhängige Abstufung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,08 Prozent	-0,09 Prozent	-0,10 Prozent	-0,11 Prozent	-0,11 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,6	+1,9	+2,7	+4,1	+5,4
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+1.703 €	+1.654 €	+1.576 €	+1.501 €	+1.430 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+3,70 Prozent	+3,60 Prozent	+3,30 Prozent	+3,00 Prozent	+2,70 Prozent

6.3.2.2 Ungleiche Dynamisierung im Vergleich zum Basisszenario (Maßnahme IGES Nr. 4.18)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage

Um die Größenordnung der finanziellen Dynamisierungswirkung weiter ausdifferenzieren zu können, wird in dieser Variante eine Absenkung der Dynamisierung gegenüber dem Basisszenario 4 ambulanter/ vollstationärer Sachleistung auf die Dynamisierungshöhe beim Pflegegeld untersucht und berechnet. Die Frage der Dynamisierung spielt bei einem Teilleistungssystem eine Rolle, daher in den Szenarien Ia und Ib.

Für diese Stellschraube wurde betrachtet, welche Finanzwirkungen sich ergäben, wenn die Prämisse einer zwischen den Sektoren einheitlichen Dynamisierung der Sachleistungen gelockert werden würde und die Leistungen zwischen den Sektoren ungleich dynamisiert werden würden. Dazu wurden zwei Varianten betrachtet. In der ersten Variante wurden die Leistungen im stationären Sektor geringer dynamisiert als im Basisszenario. In

Variante 2 wurden die Leistungen des ambulanten Sektors geringer dynamisiert als im Basisszenario.

Finanzwirkung:

Variante 1: Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,01 Prozent	-0,05 Prozent	-0,10 Prozent	-0,15 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+0,2	+1,4	+3,8	+7,1
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	–	+90 €	+503 €	+857 €	+1.160 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	–	+0,20 Prozent	+1,00 Prozent	+1,70 Prozent	+2,20 Prozent

Variante 2: Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,00 Prozent	-0,02 Prozent	-0,04 Prozent	-0,05 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+0,1	+0,5	+1,3	+2,4

6.3.2.3 Abgesenkte Dynamisierung im Vergleich zum Basisszenario – rein inflationsorientierte Dynamisierung (Maßnahme IGES Nr. 4.19-Variante 01)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage

Bei dieser Maßnahme wird angenommen, dass der Beitragssatz langfristig konstant bleibt bei Annahme einer im Vergleich zum Basisszenario 4 verringerten Leistungsdynamisierung. Anstatt einer mit Lohnentwicklung und Inflation gemischten Dynamisierung wurde hier von einer rein inflationsorientierten Dynamisierung ausgegangen. In der ersten Variante wurde die inflationsorientierte Leistungsdynamisierung so weit abgesenkt, dass der Beitragssatz konstant auf dem Niveau des Ausgangsjahrs gehalten werden könnte. Die Frage der Dynamisierung spielt bei einem Teilleistungssystem eine Rolle, daher in den Szenarien Ia und Ib.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+56 €	+1.427 €	+1.794 €	+2.654 €	+2.499 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	+0,50 Prozent	+3,30 Prozent	+3,80 Prozent	+5,40 Prozent	+4,70 Prozent

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

6.3.2.4 Abgesenkte Dynamisierung und ausgabensenkende Maßnahmen im Vergleich zum Basisszenario (Maßnahme IGES Nr. 4.19-Variante 02)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Bei dieser Maßnahme wird die finanzielle Wirkung der Kombination einzelner ausgabensenkender Maßnahmen (6.3.1. bis 6.3.4.) einzeln und gemeinsam mit der zur Beitragssatzkonstanz notwendigen abgesenkten einheitlichen Dynamisierung berechnet. In dieser zweiten Variante wurde die inflationsorientierte Leistungsdynamisierung so weit abgesenkt, dass der Beitragssatz konstant auf dem Niveau des Ausgangsjahrs (Jahr vor dem Start, also 2025) gehalten werden könnte, wenn gleichzeitig Effizienzpotenziale realisiert werden könnten. Die Frage der Dynamisierung spielt bei einem Teilleistungssystem eine Rolle, daher in den Szenarien Ia und Ib.

Finanzwirkung:

Variante 1: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+56 €	+139 €	+643 €	+1.648 €	+1.532 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+0,50 Prozent	+0,50 Prozent	+1,30 Prozent	+3,30 Prozent	+2,70 Prozent

Variante 2: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+56 €	+1.017 €	+1.415 €	+2.314 €	+2.171 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+0,50 Prozent	+1,90 Prozent	+2,40 Prozent	+4,20 Prozent	+3,60 Prozent

Variante 3: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+1.341 €	+2.803 €	+3.635 €	+4.204 €	+4.645 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+3,20 Prozent	+6,50 Prozent	+7,00 Prozent	+8,60 Prozent	+7,50 Prozent

Variante 4: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+1.529 €	+2.988 €	+3.834 €	+4.414 €	+4.862 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+3,60 Prozent	+6,90 Prozent	+7,40 Prozent	+9,10 Prozent	+7,90 Prozent

6.3.2.5 Ausgabendämpfende Stellschrauben kumuliert mit abgesenkter Dynamisierung und Tragung der Investitionskosten durch Dritte (Maßnahme IGES Nr. 4.20)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Es werden alle oben beschriebenen ausgabendämpfenden Maßnahmen gleichzeitig ergriffen, mit der beitragsstabilisierenden Dynamisierung verbunden und die Auswirkungen einer zusätzlichen vollständigen Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten untersucht. Die Frage der Dynamisierung spielt bei einem Teilleistungssystem eine Rolle, daher in den Szenarien Ia und Ib.

Finanzwirkung:

Da die Investitionskosten annahmegemäß bei dieser Stellschraube von einem dritten Träger übernommen werden, entstünden der sozialen Pflegeversicherung keine Finanzwirkungen. Eine Beitragssatzerhöhung gegenüber dem Basisszenario wäre nicht notwendig.

Variante 1: Investitionskostenentlastung kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,41 Prozent	-0,44 Prozent	-0,48 Prozent	-0,46 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+8,7	+12,2	+17,5	+22,2
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.487 €	-5.307 €	-4.813 €	-4.366 €	-3.961 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 Prozent	-10,00 Prozent	-8,80 Prozent	-7,40 Prozent	-6,40 Prozent

Variante 2: Investitionskostenentlastung kombiniert mit verstärkter Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,14 Prozent	-0,15 Prozent	-0,15 Prozent	-0,15 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+2,9	+4,0	+5,6	+7,0
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.487 €	-5.305 €	-4.812 €	-4.364 €	-3.959 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 Prozent	-10,30 Prozent	-9,10 Prozent	-7,60 Prozent	-6,60 Prozent

Variante 3: Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommensabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,08 Prozent	-0,08 Prozent	-0,10 Prozent	-0,10 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+1,6	+2,3	+3,6	+4,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-3.988 €	-3.851 €	-3.426 €	-3.045 €	-2.702 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	-8,00 Prozent	-7,50 Prozent	-6,60 Prozent	-5,30 Prozent	-4,50 Prozent

Variante 4: Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,09 Prozent	-0,09 Prozent	-0,11 Prozent	-0,11 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+1,9	+2,7	+4,1	+5,4
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-3.784 €	-3.652 €	-3.237 €	-2.865 €	-2.531 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-7,60 Prozent	-7,20 Prozent	-6,20 Prozent	-5,10 Prozent	-4,30 Prozent

Variante 5: Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,01 Prozent	-0,05 Prozent	-0,10 Prozent	-0,15 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+0,2	+1,4	+3,8	+7,1
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.487€	-5.217 €	-4.310 €	-3.508 €	-2.801 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 Prozent	-9,90 Prozent	-8,00 Prozent	-6,10 Prozent	-4,70 Prozent

Variante 6: Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	-0,00 Prozent	-0,02 Prozent	-0,04 Prozent	-0,05 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	+0,1	+0,5	+1,3	+2,4
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.487 €	-5.307 €	-4.813 €	-4.366 €	-3.961 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 Prozent	-10,00 Prozent	-8,80 Prozent	-7,40 Prozent	-6,40 Prozent

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Variante 7: Investitionskostenentlastung kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.430 €	-3.879 €	-3.019 €	-1.712 €	-1.462 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,20 Prozent	-7,40 Prozent	-5,80 Prozent	-3,10 Prozent	-2,70 Prozent

6.3.2.6 „Selbst regulierendes System“ (Maßnahme IGES Nr. 4.21)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage

Diese Stellschraube zielt auf ein „selbst regulierendes System“ der sozialen Pflegeversicherung durch den Einsatz automatischer Stabilisatoren ab. Dieser Ansatz verfolgt eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und lässt sich somit der „Ausgabendämpfung“ zuordnen. Ausgaben werden nur in dem Umfang getätigt, wie Einnahmen zur Verfügung stehen, um sie zu decken. Damit wäre eine langfristige Tragfähigkeit des Systems gewährleistet. Diese Stellschraube geht von einem Teilleistungssystem aus, daher spielt sie eine Rolle für die Szenarien Ia und Ib.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,4
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+56 €	+1.370 €	+1.639 €	+2.696 €	+2.579 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	+0,50 Prozent	+3,30 Prozent	+3,90 Prozent	+5,50 Prozent	+4,90 Prozent

6.4 Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite mit Finanzwirkungen

Die Dimension IV bildet die Stellschrauben ab, an denen bei der Entwicklung weiterer, zukünftig denkbarer Modelle in Bezug auf die Neu- oder Umordnung von Finanzierungsmaßnahmen auf der Einnahmenseite angeknüpft werden kann.

Basisszenario:

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz	3,67 Prozent	4,07 Prozent	4,24 Prozent	4,66 Prozent	4,59 Prozent
Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Individuelle Beteiligung (EEE effektiv ₉₀) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
HZP-Quote (in Prozent)	29,5 Prozent	28,4 Prozent	26,0 Prozent	22,5 Prozent	20,9 Prozent

Im weiteren Verlauf wird die Finanzwirkung anhand von Deltas dargestellt. Das Delta beschreibt die Differenz der jeweiligen Größe zwischen der dargestellten Stellschraube und dem Basisszenario.

$$\text{Delta} = \text{Stellschraube} - \text{Basisszenario}$$

6.4.1 Stellschrauben – szenarienübergreifend

6.4.1.1 Säule Beitragsmittel

Beitragsmittel sind im aktuellen Status quo die maßgebliche Finanzierungsquelle der sozialen Pflegeversicherung. Da der demografische Wandel voraussichtlich mit einem Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung einher gehen wird, ist eine Betrachtung der künftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung über Beitragsmittel hinaus erforderlich. Im Sinne des Solidaritätsprinzips besteht überdurchschnittlicher Leistungsbedarf von Menschen mit Pflegebedarf bei unterdurchschnittlicher Beitragszahlung (in der Regel verbeitragte Renten), sodass die Beitragsfinanzierung bzw. das Umlageverfahren ein zentrales Element des sozialen Ausgleichs darstellen. Zu beachten ist, dass steigende Lohnzusatzkosten ein Hemmnis für mehr Wachstum und Beschäftigung darstellen. Zudem sind die Beitragseinnahmen konjunktursensibel, sodass eine Konjunkturabschwächung zu Beitragssatzsteigerungen führen kann.

Die Stellschrauben der Säule Beitragsmittel spielen für alle Szenarien eine Rolle.

6.4.1.1.1 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (Maßnahme IGES Nr. 4.1)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Von den einnahmeseitigen Stellschrauben wird zunächst eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der sozialen Pflegeversicherung vom gegenwärtig (Basisjahr) gültigen Niveau auf ein alternatives Niveau in zwei Varianten betrachtet und zwar eine Anhebung auf

- den gegenwärtig (ebenfalls im Basisjahr) gültigen Betrag der Versichertenpflichtgrenze (VPG) (Variante 1) und
- das derzeit in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gültige Niveau der BBG (GRV-BBG) (Variante 2).

Versicherungspflichtiges Einkommen wird aktuell nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen (§ 55 Absatz 2 SGB XI). Die BBG ist die Obergrenze, bis zu den beitragspflichtigen Einnahmen verbeitragt werden (2024: 62.100 Euro/Jahr). Die Beitragsbemessungsgrenze stellt eine politisch gesetzte Begrenzung des staatlichen Eingriffs in die Einkommensverwendung der Individuen dar.

⁹⁰ Der EEE effektiv ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Finanzwirkung:

Variante 1: Anhebung BBG auf VPG

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,08 Prozent	-0,08 Prozent	0,09 Prozent	-0,09 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+1,6	+2,2	+3,2	+4,1

Variante 2: Anhebung der BBG auf GRV-BBG

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,18 Prozent	-0,19 Prozent	-0,21 Prozent	-0,23 Prozent	-0,22 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+3,4	+4,1	+5,7	+8,3	+10,5

6.4.1.1.2 Einbeziehung aller Einkunftsarten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 EStG in die Beitragsbemessung bei unveränderter BBG und VPG (Maßnahme IGES Nr. 4.2)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Bislang werden lediglich Einkommen aus Lohnarbeit bei der Beitragsermittlung zur sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt. Alle weiteren Einkunftsarten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 EStG (insb. aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung) sind hingegen nicht beitragspflichtig. Durch Einbeziehung dieser Einkommensarten wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen stärker berücksichtigt und somit eine personelle Einkommensumverteilung innerhalb des Pflegeversicherungssystems erreicht. Einkünfte aus Vermögen im langfristigen Trend weisen höhere Steigerungsraten auf als Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung. Insbesondere im hohen Alter, in dem Pflegebedürftigkeit relevant wird, steigt der Anteil dieser Einkunftsarten am Gesamthaltseinkommen.

Finanzwirkung: Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,09 Prozent	-0,09 Prozent	-0,10 Prozent	-0,11 Prozent	-0,11 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,6	+2,0	+2,9	+4,2	+5,5

6.4.1.1.3 Kombination aus 1) und 2) (Maßnahme IGES Nr. 4.3)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Eine Veränderung der Bemessungsgrundlage kann auch durch Kombination aus den beiden Stellschrauben einer Anhebung der BBG und einer Verbeitragung weiterer Einkunftsarten erreicht werden. Es ergeben sich zwei weitere Stellschrauben:

Anhebung der BBG auf die VPG bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten
 Anhebung der BBG auf die BBG-GRV bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten

Finanzwirkung:

Variante 1: Anhebung der BBG auf die VPG bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,16 Prozent	-0,17 Prozent	-0,19 Prozent	-0,21 Prozent	-0,20 Prozent

Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+3,0	+3,7	+5,2	+7,5	+9,8
-------------------------------	------	------	------	------	------

Variante 2: Anhebung der BBG auf die BBG-GRV bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,27 Prozent	-0,30 Prozent	-0,32 Prozent	-0,35 Prozent	-0,34 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+5,2	+6,3	+8,9	+12,8	+16,5

6.4.1.1.4 Einführung einer Pflegebürgerversicherung (PBV) (Maßnahme IGES Nr. 4.5)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Momentan sind soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung zwei vollständig getrennte Systeme. Sowohl einnahmeseitig, als auch ausgabeseitig besteht kein Ausgleichsmechanismus. Die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises ermöglicht eine gleichmäßige Lastenverteilung über die Einbeziehung aller Personen im erwerbsfähigen Alter in die soziale Pflegeversicherung.

Diese Stellschraube betrachtet daher die Finanzwirkungen einer hypothetischen Einbeziehung der Versicherten der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung.

Der Einbezug der PPV-Versicherten wurde in zwei Varianten betrachtet:

Alle gegenwärtigen Versicherten der privaten Pflegeversicherung werden in die soziale Pflegeversicherung einbezogen, die private Pflegeversicherung wird zukünftig keine Versicherten mehr haben („Morning after“).

Alle zukünftig neu gemäß SGB XI versicherungspflichtig werdenden Personen werden in die soziale Pflegeversicherung einbezogen, die private Pflegeversicherung behält ihren gegenwärtigen Bestand an Versicherten.

Finanzwirkung:

Variante 1: Pflegebürgerversicherung „Morning after“

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,29 Prozent	-0,31 Prozent	-0,33 Prozent	-0,38 Prozent	-0,39 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+5,6	+6,6	+9,2	+14,1	+18,8

Variante 2: Pflegebürgerversicherung „Bestandsschutz“

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,00 Prozent	-0,01 Prozent	-0,09 Prozent	-0,16 Prozent	-0,25 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+0,0	+0,3	+2,6	+5,7	+12,1

6.4.1.1.5 Kombination aus 3) und 4) (Maßnahme IGES Nr. 4.6)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Die Pflegebürgerversicherung (PBV) wurde darüber hinaus in der Variante „Morning after“ mit weiteren Stellschrauben kombiniert betrachtet:

- PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG
- PBV bei Anhebung der BBG auf die GRV-BBG PBV bei Verbeitragung aller Einkunftsarten
- PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten
- PBV bei Anhebung der BBG auf die BBG-GRV und Verbeitragung aller Einkunftsarten

Finanzwirkung:

Variante 1: PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,37 Prozent	-0,39 Prozent	-0,42 Prozent	-0,48 Prozent	-0,49 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+7,1	+8,4	+11,7	+17,7	+23,4

Variante 2: PBV bei Anhebung der BBG auf die GRV-BBG

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,51 Prozent	-0,54 Prozent	-0,58 Prozent	-0,65 Prozent	-0,65 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+9,7	+11,5	+16,1	+23,9	+31,2

Variante 3: PBV bei Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,37 Prozent	-0,40 Prozent	-0,43 Prozent	-0,49 Prozent	-0,50 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+7,1	+8,5	+11,9	+18,0	+23,9

Variante 4: PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,45 Prozent	-0,48 Prozent	-0,52 Prozent	-0,59 Prozent	-0,60 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+8,7	+10,3	+14,5	+21,7	+28,6

Variante 5: PBV bei Anhebung der BBG auf die BBG-GRV und Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,59 Prozent	-0,63 Prozent	-0,68 Prozent	-0,76 Prozent	-0,76 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+11,3	+13,5	+18,9	+28,0	+36,6

6.4.1.1.6 Einführung eines ausgabenorientierten Risikoausgleichs zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung (Maßnahme IGES Nr. 4.7)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Aktuell sind das System der privaten Pflegeversicherung und das der sozialen Pflegeversicherung vollständig voneinander getrennt. Da, sich wie bereits beschrieben, die finanzielle Situation der sozialen Pflegeversicherung schlechter darstellt und die Pflegerisiken der Versicherten dort höher sind, ist auch ein Ausgleichsmechanismus zwischen beiden Systemen denkbar, der sich auf den Ausgleich der Ausgaben beschränkt. Ein ausgabeseitiger Risikoausgleich ermöglicht die Berücksichtigung der unterschiedlichen Pflegerisiken in den Versichertenkollektiven.

Für diese Stellschraube wurde ein ausgabeseitiger Risikoausgleich simuliert, der die Differenz zwischen den Leistungsausgaben je Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung ausgleichen würde. Im Gegensatz zur Pflegebürgerversicherung blieben bei dieser Stellschraube die beiden Versicherungssysteme in ihrer gegenwärtigen Form bestehen, eine Integration der PPV-Versicherten in die soziale

Pflegeversicherung würde hier nicht vorgenommen werden.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,11 Prozent	-0,12 Prozent	-0,13 Prozent	-0,18 Prozent	-0,18 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+2,1	+2,6	+3,7	+6,5	+8,8

6.4.1.1.7 Einführung eines progressiven Beitragssatzes (Maßnahme IGES Nr. 4.4)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Die aktuellen Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden bemessen als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (bei versicherungspflichtigen Beschäftigten: Arbeitsentgelt, gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, bei freiwillig Versicherten auch sonstige Einnahmen wie Miete und Pacht). Der Beitragssatz beträgt in der sozialen Pflegeversicherung bundeseinheitlich derzeit 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Ein progressiver Beitragssatz würde den sozialen Ausgleich innerhalb der sozialen Pflegeversicherung erhöhen. Bei dieser Stellschraube wird eine Änderung bei der Ausgestaltung des Beitragssatzes derart betrachtet, dass ein progressiver Beitragssatz entsteht, sodass die durchschnittliche, relative Beitragsbelastung mit den bpE ansteigt.

Es wurden zwei Varianten hinsichtlich der Beitragsgrundlage betrachtet:

1. bei Verbeitragung der bpE gemäß geltendem Recht (SQ) und
2. bei Verbeitragung weiterer Einkunftsarten.

Finanzwirkung:

Variante 1: Progressiver Beitragssatz bei Verbeitragung der bpE gemäß geltendem Recht (SQ)

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-1,54 Prozent	-1,56 Prozent	-1,54 Prozent	-1,54 Prozent	-1,53 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+29,4	+33,2	+42,9	+56,3	+73,2

Variante 2: Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen und Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-1,67 Prozent	-1,70 Prozent	-1,69 Prozent	-1,70 Prozent	-1,69 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+31,9	+36,3	+47,2	+62,3	+81,2

6.4.1.1.8 Stärkung des Pflegevorsorgefonds (Maßnahme IGES Nr. 4.12)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Zu den konstitutiven Merkmalen der sozialen Pflegeversicherung zählt übergreifend über alle Szenarien auch der Pflegevorsorgefonds. Hierbei handelt es sich um eine jährliche Zuführung von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge zur Dämpfung der zu erwartenden demografischen Effekte an ein Sondervermögen mit dem Ziel der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung (vgl. §§ 131 ff. im SGB XI). Abweichungen von dieser Regelung sind für die Einzahlungen in den Jahren 2023 bis einschließlich 2027 vorgesehen. Die Zahlungen für das Jahr 2023 werden 2024 nachgezahlt. Gleichzeitig werden für die Jahre 2024 bis 2027 vor dem Hintergrund der Kompensation des Aussetzens des Bundeszuschusses nur 700 Mio. Euro pro Jahr zugeführt (§ 135 Absatz 4 SGB XI).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Die Stabilisierungswirkung ist begrenzt, da dieses Sondervermögen nach Maßgabe des § 136 SGB XI nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2035 verwendet werden darf, wenn die „Baby-Boomer-Generation“ in Altersgruppen mit hohem Pflegerisiko hineinwächst. Zum Jahresende 2023 belief sich der Marktwert des Pflegevorsorgefonds auf 11,6 Milliarden Euro.

Als mögliche Maßnahmen werden zwei Varianten berechnet: In einer Variante wird die Abführung von Beitragsmitteln an den Pflegevorsorgefonds erhöht und die Auszahlungsphase verlängert. In einer zweiten Variante wird ergänzend zum Pflegevorsorgefonds zu dessen Weiterentwicklung ein weiterer Fonds mit einem Kapitalstock aus Steuermitteln gebildet, der ausschließlich die Aufgabe erfüllt, Erträge für die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Kapitalmarkt zu generieren. Dieser aus Steuermitteln finanzierte Kapitalstock wird nicht abgeschmolzen, nur seine Erträge werden im Anschluss an eine Einzahlphase für die Finanzierung der Pflegeversicherungsleistungen verwendet. Er ist auf Dauer angelegt.

Finanzwirkung:

Variante 1a: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,1 Prozentpunkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	+0,10 Prozent	-0,06 Prozent	-0,03 Prozent	-
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	-2,1	+1,6	+1,2	-

Variante 1b: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,2 Prozentpunkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	+0,20 Prozent	+0,04 Prozent	+0,01 Prozent	–
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	-4,2	-1,2	-0,4	–

Variante 1c: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,3 Prozentpunkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	+0,30 Prozent	+0,14 Prozent	+0,05 Prozent	–
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	-6,3	-3,9	-1,8	–

Variante 1d: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,4 Prozentpunkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	+0,40 Prozent	+0,24 Prozent	-0,18 Prozent	-0,11 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	-8,5	-6,7	+6,6	+5,1

Variante 1e: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,5 Prozentpunkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	+0,49 Prozent	+0,34 Prozent	-0,08 Prozent	-0,01 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	-10,6	-9,4	+3,0	+0,4

Variante 2: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Ertragsausschüttung an die soziale Pflegeversicherung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	–	-0,41 Prozent	-0,38 Prozent	-0,39 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	–	+11,5	+13,8	+18,8
Kapitalstock (in Mrd. €) (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)	16	8	90	129	159

6.4.1.2 Säule Steuern

6.4.1.2.1 Demografische Entwicklung als gesamtgesellschaftliche Herausforderung (Maßnahmen IGES Nr. 4.8- 4.11)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde in § 8 Absatz 1 SGB XI die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ausgewiesen.

Seit 2022 leistet der Bund gemäß § 61a SGB XI eine pauschale Beteiligung zu den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von jährlich 1 Milliarde Euro; aufgrund der weiterhin angespannten Haushaltslage wird dieser Zuschuss in den Jahren 2024 bis 2027 ausgesetzt (Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023).

Wird die demografische Entwicklung als eine solche gesamtgesellschaftliche Herausforderung im Sinne des § 8 Absatz 1 SGB XI angesehen, würde dies auch für die Pflegeversicherung einen Zuschuss aus Mitteln des Bundes u. a. zur Abfederung der Beitragssatzsteigerungen rechtfertigen. Die Höhe einer möglichen Steuerfinanzierung steht in der Entscheidungshoheit des Gesetzgebers.

Ein Steuerzuschuss des Bundes erfolgt auch für die gesetzliche Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen, sowie für die gesetzliche Rentenversicherung.

Die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Bundesmittel erfüllen mehrere Aufgaben, wozu auch die pauschale Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen zählt. Die Funktion der Bundeszuschüsse geht allerdings weit über die Erstattung einzelner Leistungen bzw. Leistungsteile hinaus. Mit der allgemeinen Sicherungsfunktion der Bundeszuschüsse gewährleistet der Bund die dauerhafte Funktions- und Leistungsfähigkeit der Rentenversicherung auch unter sich verändernden ökonomischen und demografischen Rahmenbedingungen.

Mit dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 und dem 2. Haushaltsfinanzierungsgesetz 2024 wurden bei der gesetzlichen Rentenversicherung für die Jahre 2024 bis 2027 Kürzungen in Höhe von insgesamt jeweils 1,2 Milliarden Euro umgesetzt.

Die folgenden Stellschrauben zielen auf eine Finanzentlastung der sozialen Pflegeversicherung durch eine Umverteilung der Ausgabenlast ab. Eine solche könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass bestimmte Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung durch Dritte (außerhalb der sozialen Pflegeversicherung und außerhalb der privaten Haushalte) erstattet bzw. getragen werden. Dies bedeutet in der entsprechenden Wechselwirkung dann auch, dass daraus entsprechende finanzielle Belastungen für Dritte resultieren in der Höhe, in der für die soziale Pflegeversicherung Entlastungswirkungen entstehen.

6.4.1.2.2 Steuerfinanzierung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (Maßnahme IGES Nr. 4.8)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Vor dem Hintergrund der Zuordnung der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen in Finanzierungsverantwortung des jeweiligen zuständigen Systems in Analogie zu den Beiträgen des Bundes für Kinderziehungszeiten und für Zeiten des Mutterschutzes wäre eine Maßnahme, die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige der Pflegeversicherung aus Steuermitteln zu finanzieren.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,25 Prozent	-0,29 Prozent	-0,34 Prozent	-0,37 Prozent	-0,38 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+4,8	+6,2	+9,4	+13,7	+18,1

6.4.1.2.3 Erstattung weiterer einzelner Leistungen/Leistungsbestandteile aus Steuermitteln (Mitversicherung von Ehegatten/Kindern, Pflegeunterstützungsgeld, Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschafts- und Elterngeld) (Maßnahme IGES Nr. 4.9)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend ist die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung familienbasiert und als Teilleistungssystem konzeptioniert. Es setzt auf familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf.

Vor diesem Hintergrund wurden die Finanzwirkungen der Maßnahme/Stellschraube berechnet, die Mitversicherung von Ehegatten/Kindern aus Steuermitteln zu erstatten.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,30 Prozent	-0,34 Prozent	-0,33 Prozent	-0,32 Prozent	-0,31 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+5,8	+7,3	+9,2	+11,7	+14,8

6.4.1.2.3.1 Pflegeunterstützungsgeld (Maßnahme IGES Nr. 4.10)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend ist die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung familienbasiert und als Teilleistungssystem konzeptioniert. Es setzt auf familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf. Vor diesem Hintergrund wurden die Finanzwirkungen der Maßnahme/Stellschraube berechnet, das Pflegeunterstützungsgeld aus Steuermitteln zu erstatten.

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,00 Prozent				
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	<+0,1	<+0,1	<+0,1	+0,1	+0,1

6.4.1.2.3.2 Beitragsfreiheit von Elterngeld und Mutterschaftsgeld (Maßnahme IGES Nr. 4.11)**Kurzbeschreibung / Ausgangslage:**

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend ist die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung familienbasiert und als Teilleistungssystem konzeptioniert. Es setzt auf familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf. Vor diesem Hintergrund wurden die Finanzwirkungen der Maßnahme/Stellschraube berechnet, die Beitragsfreiheit von Elterngeld aus Steuermitteln zu erstatten.

Finanzwirkung: Beitragsfreiheit von Elterngeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,02 Prozent				
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+0,3	+0,4	+0,5	+0,8	+1,0

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend ist die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung familienbasiert und als Teilleistungssystem konzeptioniert. Es setzt auf familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf. Vor diesem Hintergrund wurden die Finanzwirkungen der Maßnahme/Stellschraube berechnet, die Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld aus Steuermitteln zu erstatten.

Finanzwirkung: Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,00 Prozent				
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	<+0,1	<+0,1	+0,1	+0,1	+0,1

6.4.1.2.4 Finanzielle Entlastungswirkungen bei den Investitionskosten in ambulanten und stationären Settings, soweit sie den Pflegebedürftigen finanziell belasten (Maßnahme IGES Nr. 4.20)**Kurzbeschreibung / Ausgangslage:**

In welchem Umfang Pflegeeinrichtungen ihre Investitionskosten auf die Pflegebedürftigen umlegen können, hängt u. a. vom Umfang der Förderung durch die Länder ab (§ 82 SGB XI) und variiert entsprechend über die Länder.

An dieser Stelle wurde eine Entlastung der Pflegebedürftigen in Bezug auf die gegenwärtig von ihnen zu tragenden Investitionskosten im ambulanten sowie im stationären Bereich betrachtet.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Finanzwirkung: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	–	–	–	–	–
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	–	–	–	–	–
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-5.487 €	-5.307 €	-4.813 €	-4.366 €	-3.961 €
Delta HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 Prozent	-10,00 Prozent	-8,80 Prozent	-7,40 Prozent	-6,40 Prozent

6.4.1.3 Stellschrauben Säule individuelle/private Beteiligung

6.4.1.3.1 Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung (Maßnahme aus dem ersten IGES-Bericht)

Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich derzeit mit 640 Millionen Euro p. a. an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, als pauschale Beteiligung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Pflege (§ 37 Absatz 2a SGB V). Würden die entsprechenden Aufwendungen unter Zuständigkeitsgesichtspunkten zukünftig in voller Höhe durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen und zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen in voll- und teilstationärer Versorgung verwendet werden, hätte dies bei der sozialen Pflegeversicherung eine finanzielle Entlastungswirkung laut Projektion des IGES Institut im Gutachten zur langfristigen Finanzierung bis 2060 im Szenario 4 von anfänglich 3 Milliarden Euro (vgl. hierzu oben unter Kapitel 4.4.2.4), allerdings zu Lasten der bereits ebenfalls unter hohem Kostendruck befindlichen gesetzlichen Krankenversicherung.

6.4.2 Stellschrauben – szenarienbezogen

6.4.2.1 Stellschrauben Säule Steuern

6.4.2.1.1 Individueller Kapitalstock (Maßnahme IGES Nr. 4.12)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Diese Maßnahme knüpft an Überlegungen zum Szenario IIa an. Bei diesem Szenario würde die gesetzliche Pflegeversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit weitestgehend über das umlagefinanzierte Teilleistungssystem abdecken und des Weiteren über einen aus Steuermitteln solidarisch verankerten Kapitalstock für jeden Versicherten bzw. jede Versicherte, aus dessen Erträgen im Leistungsfall ein leistungsartenunabhängiges Pflegegeld gezahlt werden würde zur Abfederung der verbleibenden pflegebedingten Kosten (nach einer 10-jährigen Aufbauphase). In Bezug auf die Reichweite wird hier von einer Vollversicherung ausgegangen das würde bedeuten, dass die Erträge aus dem Kapitalstock ausreichen müssten, um das Teilleistungssystem mit werterhaltender Dynamisierung im Umlageverfahren so zu ergänzen, dass die Reichweite einer Vollversicherung bezogen auf den pflegebedingten Eigenanteil erreicht werden könnte.

Für die Versichertengemeinschaft wird der individuell angelegte Kapitalstock staatlich organisiert, aber getrennt von der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung verwaltet. Den jeweiligen Versicherten obliegt es, und ggf. der Arbeitgeberin resp. Arbeitgeber, den Kapitalstock individuell aufzustocken, um die Eigenleistungen resp. den Selbstbehalt vollständig abzusichern (obligatorische individuelle Vorsorge, mit optionaler paritätischer Finanzierungsbeteiligung).

Alternativ wäre vorstellbar, dass hierbei auch eine verpflichtende „Mischfinanzierung“ des Kapitalstocks erfolgen könnte und eine Summe aus Steuermitteln zur Verfügung gestellt wird, die durch individuelle private Eigenmittel der Versicherten zur individuellen Vorsorge (in dem Falle keine Beitragsmittel, sondern bspw. eine individuelle Zusatzversicherung/Zusatzprämie zur Aufstockung des Kapitalstocks) als Beitrag geleistet werden, durch den die öffentlichen Mittel so ergänzt werden, dass dies zusammen für den Lückenschluss von der werterhaltenden Teilabsicherung bis zur „Sachleistungsvollversicherung“ reicht.

Vor diesem Hintergrund werden zwei Varianten betrachtet: In einer Variante wurde der Betrag des Pflegegeldes endogen bestimmt auf Basis von vorgegebenen, fixierten Einzahlungsbeträgen Dritter in den Kapitalstock. In einer anderen Variante wurden die Einzahlungsbeträge Dritter in den Kapitalstock endogen bestimmt, sodass sie gerade ausreichen, um mit dem Pflegegeld die finanzielle Lücke zu einer Vollversicherung (in der Variante 1: sektorenübergreifend, exkl. Pflegegeld, vgl. unter 6.4.2.2.3) zu schließen.

Finanzwirkung:

Variante 1: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes bei fixierten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	—	—	—	—	—
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	—	—	—	—	—
Kapitalstock (in Mrd. €) (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)	16	38	90	129	159
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	0€	0€	-959 €	-732 €	-548 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	0 Prozent	0 Prozent	-1,90 Prozent	-1,40 Prozent	-0,90 Prozent

Variante 2: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes vom Umfang einer Vollversicherung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	—	—	—	—	—
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	—	—	—	—	—
Kapitalstock (in Mrd. €) (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)	16	38	128	259	400
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	0 €	0 €	-6.328 €	-6.597 €	-6.186 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	0 Prozent	0 Prozent	-11,10 Prozent	-10,40 Prozent	-9,30 Prozent

6.4.2.2 Stellschrauben Säule individuelle/private Beteiligung

In zwei Szenarien (Ia und Ib) bliebe die soziale Pflegeversicherung ein Teilleistungssystem, d. h. sie stellt Dienst-, Sach- und Geldleistungen bis zu einem gesetzlich normierten Niveau (inklusive regelgebundener Dynamisierung, deren Höhe und Ausgestaltung eine ausgabeseitige Stellschraube ist) als unterstützende Hilfeleistungen zur Verfügung, die darüber hinausgehenden Kosten wären als Eigenleistungen von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen; Anknüpfungspunkt ist die Dimension II. Mit Augenmerk auf die finanziellen Belastungen, die den Menschen durch die Pflegebedürftigkeit entstehen, ist ein weiterer Anknüpfungspunkt die Dimension III, der sich in der Ausgestaltung freiwillige vs. verpflichtende Eigenvorsorge unterscheidet (und damit auch die Stellschrauben bei den Versicherungsleistungen beeinflusst).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

In diesen Fällen stellen die Eigenleistungen eine dritte Säule der Finanzierung dar neben den beiden Säulen Beitrags- und Steuermittel. Die Eigenleistungen können bestehen im Einsatz von Einkommen und Vermögen. Ein weiteres kapitalgedecktes Element, das dem Haushaltseinkommen zuzurechnen ist, ist die ergänzende verpflichtende private Pflegevorsorge.

6.4.2.2.1 Einführung einer Selbstbeteiligung an den Sachleistungen in Höhe von 30 Prozent (Variante 1) oder 50 Prozent (Variante 2) des Einkommens anstelle der heutigen Zahlungsregelungen (Maßnahme IGES Nr. 4.14)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Statt der Finanzierung der nicht über die Leistungsbeträge abgedeckten Pflegekosten, wird bei ambulanten und stationären Sachleistungen zunächst eine Eigenbeteiligung verlangt, bevor die soziale Pflegeversicherung für die restlichen Kosten eintritt. Durch eine einkommensabhängige Ausgestaltung der Beteiligung an den Sachkosten wird die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit stärker berücksichtigt.

Bei dieser Stellschraube entfielen der EEE sowie die Kosten der privaten Haushalte für Ausbildung und Investitionen, ebenso wie die entsprechenden Beteiligungen der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich, während Kosten für Unterkunft und Verpflegung weiterhin von den stationär versorgten Pflegebedürftigen getragen werden. Stattdessen leisten die stationär versorgten Pflegebedürftigen und die Empfänger ambulanter Sachleistungen eine Selbstbeteiligung in Höhe von in einer Variante 50 Prozent bzw. in einer weiteren Variante 30 Prozent ihres Einkommens. Die verbleibende Differenz aus den tatsächlichen Pflegekosten und der Selbstbeteiligung würde die soziale Pflegeversicherung tragen (inkl. EEE sowie Kosten für Ausbildung und Investitionen). Gleichzeitig würde die Eigenanteilsbegrenzung (EAB gemäß § 43c SGB XI) entfallen.

Diese Stellschraube spielt bei den Teilleistungssystemen in den Szenarien Ia und Ib eine Rolle.

Finanzwirkung:

Variante 1: Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 30 Prozent ihres Einkommens

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,60 Prozent	+0,65 Prozent	+0,66 Prozent	+0,69 Prozent	+0,62 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-11,4	-13,9	-18,5	-25,3	-30,0
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-7.076 €	-6.682 €	-5.841 €	-5.064 €	-4.344 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,10 Prozent	-12,20 Prozent	-10,40 Prozent	-8,40 Prozent	-6,90 Prozent

Variante 2: Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50 Prozent ihres Einkommens

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,22 Prozent	+0,22 Prozent	+0,17 Prozent	+0,11 Prozent	+0,03 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-4,1	-4,8	-4,8	-4,1	-1,4
Delta Individuelle Beteiligung (EEE effektiv) (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-2.500 €	-2.106 €	-1.266 €	-488 €	+231 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-5,20 Prozent	-4,30 Prozent	-2,60 Prozent	-0,90 Prozent	+0,50 Prozent

6.4.2.2 Festschreibung des aktuellen Beitragssatzes und Einführung einer verpflichtenden privaten Zusatzversicherung (Maßnahme IGES Nr. 4.13)

- einer kaufkrafterhaltenden Leistungsdynamisierung
- einer Vollversicherung finanziert. Berechnung der dazu versicherungsmathematisch notwendigen Prämienhöhen nach Eintrittsalter gestaffelt.

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Die hier dargestellte Maßnahme orientiert sich an den Überlegungen zum Szenario Ib, das in Kapitel 6.1. dargestellt wurde. Die verpflichtende individuelle Pflegezusatzversicherung, privatwirtschaftlich organisiert, würde hierbei zum festen Bestandteil der Finanzierung der Pflegekosten („Zusatzversicherung folgt Pflichtversicherung“). Die ergänzende Vorsorge dient der Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile in der ambulanten und vollstationären Pflege. Je nach hier dargestellter Variante wird eine Art minimaler Leistungsanspruch für eine lediglich kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung (Variante 1) oder einer Vollversicherung (Variante 2) berechnet. Damit wird die Bandbreite möglicher Zusatzversicherungen abgedeckt.

Bei dieser Stellschraube würden zukünftig keine Beitragssatzerhöhungen erfolgen, der Beitragssatz würde auf dem Betrag im Basisjahr fixiert und die bei Konstanz des Beitragssatzes auf diesem Niveau finanzierbaren Leistungsbeträgen zugrunde gelegt werden. Finanzielle Auswirkungen ergäben sich für die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen – insbesondere über Prämienzahlungen an die Zusatzversicherung – und die Sozialhilfeträger bei ihren Ausgaben für die Hilfe zur Pflege.

Finanzwirkung:

Variante 1a: Private Zusatzversicherung bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+15 €	+291 €	+1.291 €	+2.967 €	+4.738 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	0,00 Prozent	+0,60 Prozent	+2,70 Prozent	+6,10 Prozent	+9,70 Prozent

Variante 1b: Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 Prozent	-0,47 Prozent	-0,64 Prozent	-1,06 Prozent	-0,99 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-7.348 €	-6.254 €	-3.466 €	+54 €	+3.627 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,50 Prozent	-11,50 Prozent	-6,60 Prozent	+0,10 Prozent	+7,20 Prozent

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Aufgrund des sehr vereinfachenden Ansatzes zur Kalkulation der Prämien für die Zusatzversicherung (vgl. Abschnitt 4.13.1.1 des IGES-Berichts) ist grundsätzlich Vorsicht bei der Interpretation des Verlaufs der individuellen Beteiligung geboten und die Vergleichbarkeit zu aufwändigeren Berechnungen solcher Prämien stark eingeschränkt. Würde man bei Berechnung der Prämien beispielsweise die Bildung von Alterungsrückstellungen im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens auf individueller Ebene der Versicherten berücksichtigen, würde sich eine stärkere Glättung des Prämienbetrags im Zeitverlauf ergeben und damit auch ein glatterer Verlauf des Deltas bei der individuellen Beteiligung ergeben.

6.4.2.2.3 Vollversicherung und Kombinationen zur Vollversicherung (Maßnahme IGES Nr. 4.22 und 4.23)

Kurzbeschreibung / Ausgangslage:

Die Pflegeversicherung übernimmt derzeit nur einen Teil der pflegebedingten Aufwendungen. In einer Vollversicherung, wie dem Szenario IIb, sind verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar.

Bei dieser Stellschraube wurde die Einführung einer Vollversicherung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung simuliert und eine Kombination mit diversen weiteren Stellschrauben. Die Vollversicherung wurde dabei grundsätzlich sowohl für den vollstationären als auch den ambulanten Bereich unterstellt.

Für den vollstationären Bereich wurde die Vollversicherung so umgesetzt, dass die soziale Pflegeversicherung annahmegemäß die vollständigen, tatsächlichen Pflegekosten tragen würde. Das würde dann auch den EEE umfassen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Ausbildungskosten und die Investitionskosten wurden vom Leistungsumfang der Vollversicherung ausgenommen, sie sind weiterhin von den Pflegebedürftigen zu tragen. Die Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung würden bei einer Vollversicherung entfallen.

Im ambulanten Bereich wurden die sich bei vollständiger Tragung der pflegebedingten Aufwendungen durchschnittlich ergebenden vollstationären Leistungsbeträge (exklusive Unterkunft und Verpflegung, Ausbildungskosten sowie Investitionskosten) mit dem gleichen durchschnittlichen Betrag auf die ambulanten Sachleistungen übertragen. Für das Pflegegeld wurden zwei Varianten betrachtet.

In der ersten Variante wurde das Pflegegeld von der Vollversicherung ausgenommen. Es wurde analog zum Basiszenario dynamisiert.

In der zweiten Variante wurde die Vollversicherung auf das Pflegegeld ausgeweitet. Dabei wurde analog zu den ambulanten Sachleistungen verfahren und der durchschnittliche Leistungsbetrag der Vollversicherung im vollstationären Bereich ebenfalls für die Bezieher von Pflegegeld unterstellt.

Finanzwirkung:

Variante 1: Vollversicherung exklusive Pflegegeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,86 Prozent	+0,96 Prozent	+1,05 Prozent	+1,16 Prozent	+1,14 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-16,5	-20,5	-29,2	-42,5	-54,5
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-7.512 €	-7.299 €	-6.952 €	-6.622 €	-6.308 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 Prozent	-13,10 Prozent	-12,00 Prozent	-10,40 Prozent	-9,50 Prozent

Variante 2: Vollversicherung inkl. Pflegegeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+3,95 Prozent	+4,48 Prozent	+4,90 Prozent	+5,26 Prozent	+5,06 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-75,4	-95,7	-136,4	-192,3	-242,9
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-7.512 €	-7.299 €	-6.952 €	-6.622 €	-6.308 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 Prozent	-13,10 Prozent	-12,00 Prozent	-10,40 Prozent	-9,50 Prozent

6.4.2.2.4 Sockel-Spitze-Tausch (Maßnahme IGES Nr. 4.24)**Kurzbeschreibung / Ausgangslage:**

Ein Sockel-Spitze-Tausch, der eine Ausprägung des Szenarios IIb wäre, begrenzt die Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen nach oben („Sockel“). Dadurch wird eine größere Planungssicherheit ermöglicht, sowohl im Rahmen der Pflegevorsorge, als auch nach Eintritt eines Pflegefalls. Allerdings wird dies die finanzielle Belastung der sozialen Pflegeversicherung weiter erhöhen, die Höhe hängt jedoch davon ab, wie hoch der Sockel sein soll.

Die hier betrachtete Stellschraube bildet einen Sockel-Spitze-Tausch für den stationären Sektor ab, während im ambulanten Bereich keine Änderung zum Basisszenario vorgenommen wurde, also eine Teilleistungsversicherung erhalten bleiben soll. Dieser Ansatz sieht grundsätzlich vor, dass der fixierte Teil der Finanzierung der Pflegekosten (der Sockel) und der variable Teil (die Spitze) getauscht werden. Während im geltenden Recht der Sockel aus den Leistungsbeträgen besteht, die die soziale Pflegeversicherung trägt, besteht die Spitze aus dem Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der von den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen getragen wird und mit über die Zeit steigenden Pflegekosten ebenfalls zunimmt.

Für einen Sockel-Spitze-Tausch mit dieser Ausgestaltung wurden mit dieser Stellschraube drei Varianten betrachtet: Variante 1: Der Sockel wird auf null gesetzt, entspricht einer Vollversicherung im vollstationären Bereich.

Variante 2: Der Sockel wird auf den EEE (exkl. Unterkunft und Verpflegung, Ausbildung und Investitionskosten) exkl. der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gesetzt und wird nominal konstant (Jahr 2025) gehalten, wobei weiterhin keine Differenzierung nach dem Pflegegrad vorgesehen ist. In dieser Variante würden die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen einen über die Zeit nominal konstanten EEE in Höhe des Betrags im Basisjahr zahlen.

Variante 3: Der Sockel wird auf den EEE (exkl. Unterkunft und Verpflegung, Ausbildung und Investitionskosten) exkl. der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gesetzt und wird real konstant (Jahr 2025) gehalten, wobei weiterhin keine Differenzierung nach dem Pflegegrad vorgesehen ist. In dieser Variante würden die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen einen über die Zeit real konstanten EEE in Höhe des Betrags im Basisjahr zahlen.

Die Variante 1 entspricht einer Vollversicherung für den vollstationären Bereich und unterscheidet sich von der ersten Variante der Stellschraube Vollversicherung unter 6.4.2.2.3 insofern, als dass hier für den ambulanten Bereich keine Änderung zum Basisszenario vorgenommen wurde, der Sockel-Spitze-Tausch als nur für den stationären Bereich betrachtet wurde. Bei den Varianten 2 und 3 führt eine Fixierung des EEEs automatisch ebenfalls zu einer Fixierung der EAB (prozentualer Anteil an EEE) und somit zu einer Fixierung des „effektiven“ EEEs.

Finanzwirkung:*Variante 1: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null*

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,36 Prozent	+0,39 Prozent	+0,42 Prozent	+0,49 Prozent	+0,49 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-6,9	-8,3	-11,8	-18,0	-23,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-7.512 €	-7.299 €	-6.952 €	-6.622 €	-6.308 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 Prozent	-13,10 Prozent	-12,00 Prozent	-10,40 Prozent	-9,50 Prozent

Variante 2: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEs

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,02 Prozent	+0,05 Prozent	+0,14 Prozent	+0,23 Prozent	+0,29 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-0,4	-1,2	-3,9	-8,6	-13,9
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-436 €	-1.020 €	-2.280 €	-3.145 €	-3.720 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-1,00 Prozent	-2,10 Prozent	-4,50 Prozent	-5,50 Prozent	-6,10 Prozent

Variante 3: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEs

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,01 Prozent	–	-0,02 Prozent	-0,05 Prozent	-0,08 Prozent
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-0,2	–	+0,6	+1,8	+3,7
Delta Individuelle Beteiligung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	-224€	-11€	+337€	+667€	+981€
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-0,50 Prozent	0,00 Prozent	+0,70 Prozent	+1,30 Prozent	+1,90 Prozent

- 6.3/6.4 Ergebnisse der Finanzwirkungen der Stellschrauben im grafischen Überblick⁹¹:**
- 6.3./6.4-1 Maßnahmen mit Wechselwirkungen - Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)**

⁹¹ Wenn unter 6.3 und 6.4 auf das Basisszenario Bezug genommen wird, gilt weiterhin immer zu beachten: Im Basisszenario wurde neben dem geltenden Recht ab 2029 eine jährliche Leistungsdynamisierung unterstellt, die sich bei Geldleistungen zu 2/3 an der allgemeinen Preisentwicklung und zu 1/3 an der Entwicklung der Durchschnittslöhne und bei Sachleistungen zu 1/3 an der Preisentwicklung und zu 2/3 an der Lohnentwicklung orientiert. Ein Szenario zur Leistungsdynamisierung welches über den bestehenden rechtlichen Status quo, oder dessen hypothetischer Fortschreibung in der sozialen Pflegeversicherung hinausgeht (vgl. § 30 Absatz 1 SGB XI).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 24: Maßnahmen mit Wechselwirkungen – Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)

Maßnahme	2026				2030				2040				2050				2060			
	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozentpunkten)
Basisszenario*	3,67%	29,50%	23.347 €	26,00%	4,07%	28,40%	22.041 €	26,00%	4,66%	20.820 €	22,50%	4,59%	19.678 €	20,90%	0%	-	-	0%	19.678 €	20,90%
Ausgabenseitige Stellschrauben (szenarienübergreifend)																				
Verstärkte Präventionsleistungen (IGES-Maßnahme 4.15)	0%	-	-	-	-0,41%	-	-	-	-0,44%	-	-	-	-	-	-	-	-0,46%	-	-	-
Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen (IGES-Maßnahme 4.16)	0%	0%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,14%	0%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%	0%
Ausgabenseitige Stellschrauben (szenarienbezogen)																				
Einkommensabhängige EAB (IGES-Maßnahme 4.17)	-0,07%	3,30%	1.498€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,08%	3,10%	1.387€ (EEE effektiv)	2,90%	-0,10%	1.321€ (EEE effektiv)	2,60%	-0,10%	1.259€ (EEE effektiv)	2,40%	-0,08%	3,00%	-0,10%	1.430€ (EEE effektiv)	2,70%	-0,10%
Einkommens- und ertragsabhängige EAB (IGES-Maßnahme 4.17)	-0,08%	3,70%	1.703€ (EEE effektiv)	3,70%	-0,05%	3,60%	1.576€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,10%	1.501€ (EEE effektiv)	3,00%	-0,11%	1.430€ (EEE effektiv)	2,70%	-0,08%	3,70%	-0,11%	1.501€ (EEE effektiv)	2,70%	-0,11%
Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen (IGES-Maßnahme 4.18)	0%	0%	0€ (ITF effektiv)	0%	-0,01%	0,20%	503€ (ITF effektiv)	1,00%	-0,05%	857€ (ITF effektiv)	1,70%	-0,10%	1.160€ (ITF effektiv)	2,20%	0%	0%	-0,05%	-	-	-
Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen (IGES-Maßnahme 4.18)	0%	-	-	-	0%	-	-	-	-0,02%	-	-	-0,04%	-	-	0%	-	-0,05%	-	-	-
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	0,50%	56€ (ITF effektiv)	0,50%	-0,47%	3,30%	1.794€ (ITF effektiv)	3,80%	-0,64%	2.654€ (ITF effektiv)	5,40%	-0,99%	2.499€ (ITF effektiv)	4,70%	-0,07%	0,50%	-0,64%	1.794€ (ITF effektiv)	4,70%	-0,99%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	0,50%	56€ (EEE effektiv)	0,50%	-0,47%	0,50%	139€ (EEE effektiv)	1,30%	-0,64%	1.648€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,99%	1.532€ (EEE effektiv)	2,70%	-0,07%	0,50%	-0,64%	1.648€ (EEE effektiv)	2,70%	-0,99%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	0,50%	56€ (EEE effektiv)	0,50%	-0,47%	1,90%	1.415€ (EEE effektiv)	2,40%	-0,64%	2.314€ (EEE effektiv)	4,20%	-0,99%	2.171€ (EEE effektiv)	3,60%	-0,07%	0,50%	-0,64%	1.415€ (EEE effektiv)	3,60%	-0,99%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	3,20%	1.341€ (EEE effektiv)	3,20%	-0,47%	6,50%	3.635€ (EEE effektiv)	7,00%	-0,64%	4.204€ (EEE effektiv)	8,60%	-0,99%	4.645€ (EEE effektiv)	7,50%	-0,07%	3,20%	-0,64%	3.635€ (EEE effektiv)	7,50%	-0,99%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	3,60%	1.529€ (EEE effektiv)	3,60%	0,47%	6,90%	3.834€ (EEE effektiv)	7,40%	0,64%	4.414€ (EEE effektiv)	9,10%	-0,99%	4.862€ (EEE effektiv)	7,90%	-0,07%	3,60%	0,64%	3.834€ (EEE effektiv)	7,90%	-0,99%

*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.4.1.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Maßnahme	2026			2030			2040			2050			2060		
	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)
Basisszenario*	3,67%	23.906 €	29,50%	4,07%	23.347 €	28,40%	4,24%	22.041 €	26,00%	4,66%	20.820 €	22,50%	4,59%	19.678 €	20,90%
Ausgabenseitige Stellschrauben (szenariointegriert)															
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-5.487 €	-10,60%	-0,41%	-5.307 €	-10,00%	-0,44%	-4.813 €	-8,80%	-0,48%	-4.366 €	-7,40%	-0,46%	-3.961 €	-6,40%
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit Steuerung Zugang Pflegeleistungen (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-5.487 €	-10,60%	-0,14%	-5.305 €	-10,30%	-0,15%	-4.812 €	-9,10%	-0,15%	-4.364 €	-7,60%	-0,15%	-3.959 €	-6,60%
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-3.988 €	-8,00%	-0,08%	-3.851 €	-7,50%	-0,08%	-3.426 €	-6,60%	-0,10%	-3.045 €	-5,30%	-0,10%	-2.702 €	-4,50%
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-3.784 €	-7,60%	-0,09%	-3.652 €	-7,20%	-0,09%	-3.237 €	-6,20%	-0,11%	-2.865 €	-5,10%	-0,11%	-2.531 €	-4,30%
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-5.487 €	-10,60%	-0,01%	-5.217 €	-9,90%	-0,05%	-4.310 €	-8,00%	-0,10%	-3.508 €	-6,10%	-0,15%	-2.801 €	-4,70%
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-5.487 €	-10,60%	0%	-5.307 €	-10,00%	-0,02%	-4.813 €	-8,80%	-0,04%	-4.366 €	-7,40%	-0,05%	-3.961 €	-6,40%
Investitionskostenentlastung kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung (IGES-Maßnahme 4.20)	-0,07%	-5.430 €	-10,20%	-0,47%	-3.879 €	-7,40%	-0,64%	-3.019 €	-5,80%	-1,06%	-1.712 €	-3,10%	-0,99%	-1.462 €	-2,70%
„Selbst regulierendes“ System (IGES-Maßnahme 4.21)	-0,07%	56 € (EEE effektiv)	0,50%	-0,47%	1.370 € (EEE effektiv)	3,30%	-0,64%	1.639 € (EEE effektiv)	3,90%	-1,06%	2.686 € (EEE effektiv)	5,50%	-0,99%	2.579 € (EEE effektiv)	4,90%

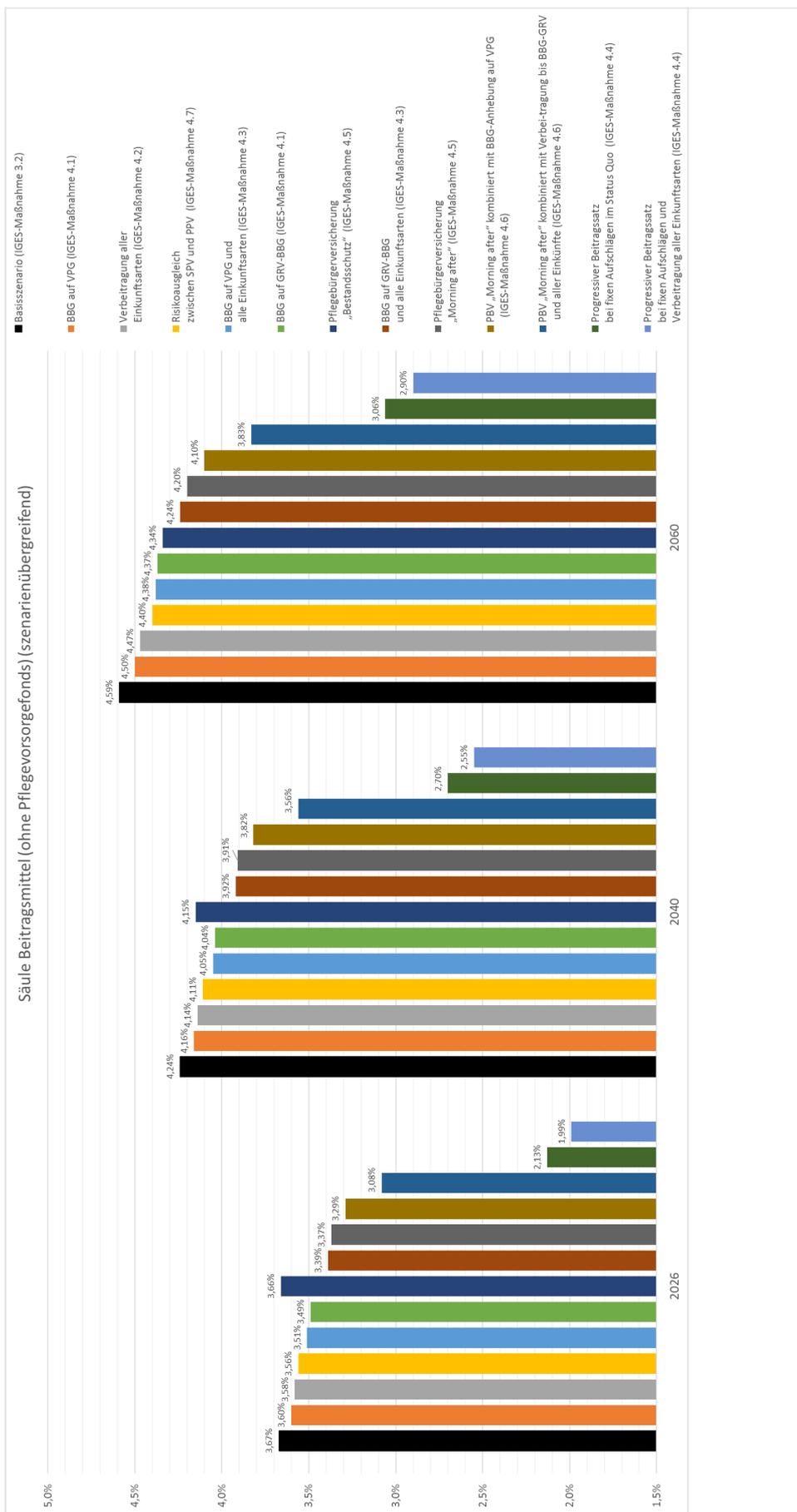
*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.4.1.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

6.3/6.4-2 Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend)

Abbildung 25: Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend)

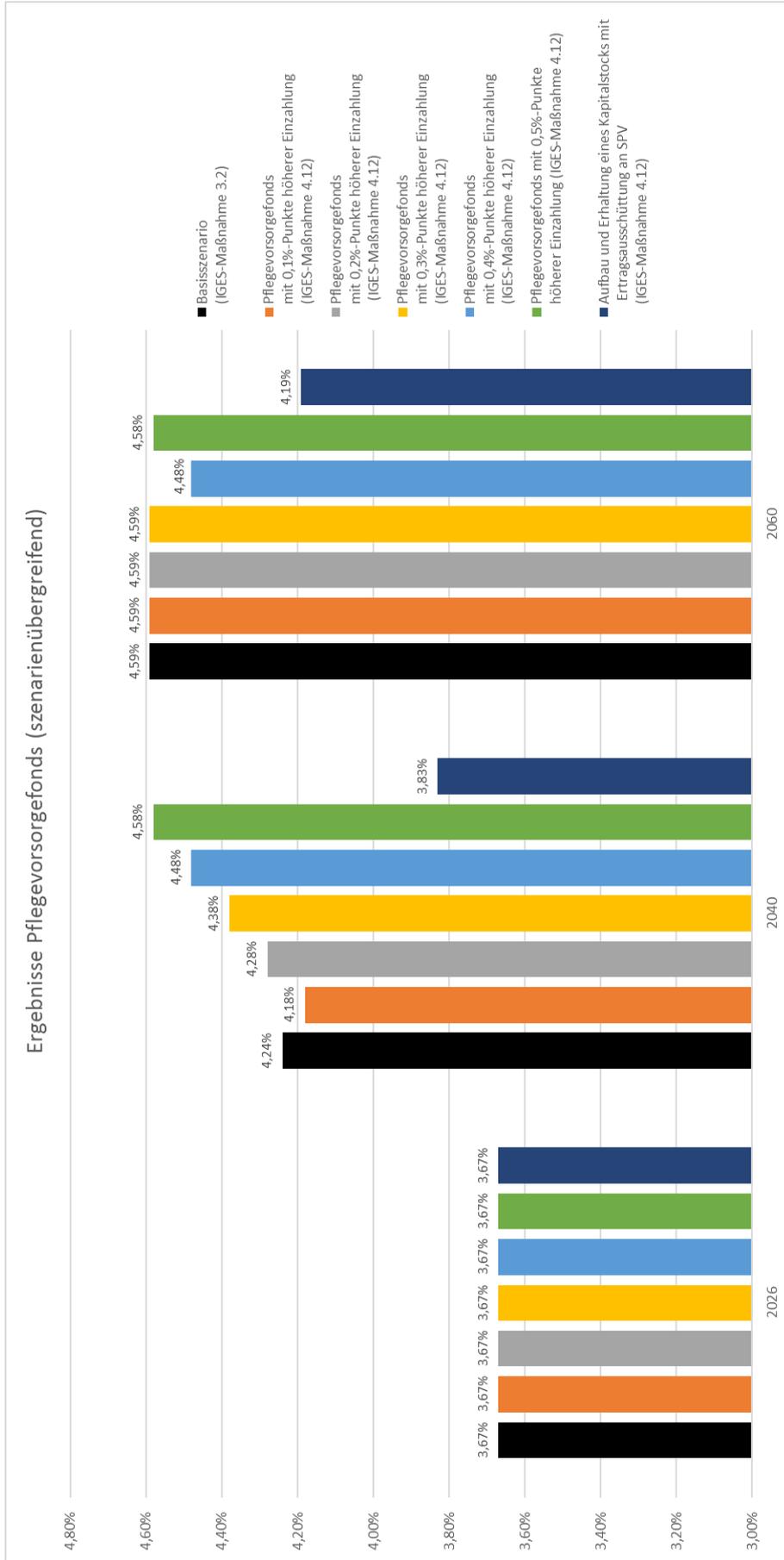


Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

6.3./6.4-3 Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)

Abbildung 26: Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)

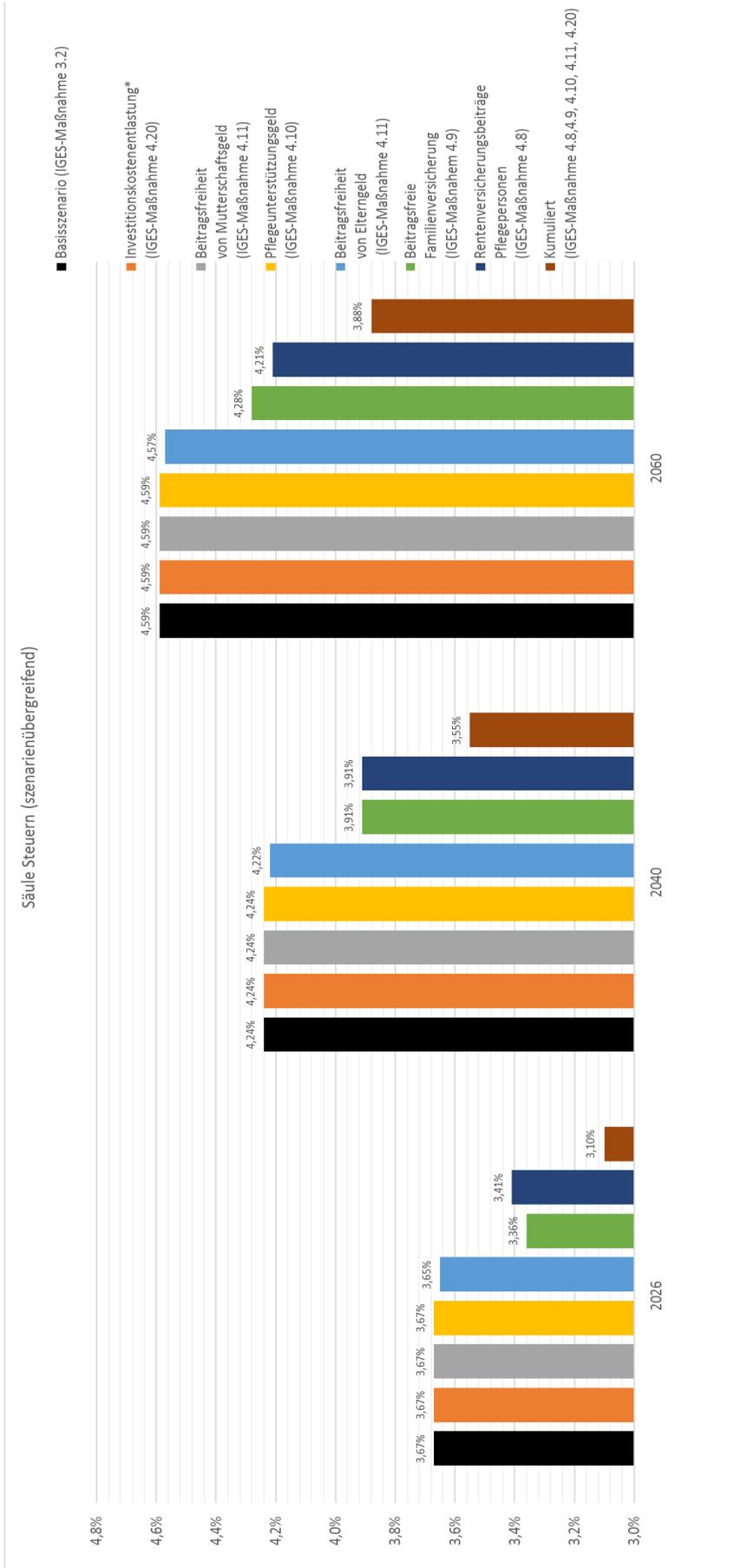


Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

6.3./6.4-4 Säule Steuern (szenarienübergreifend)*

Abbildung 27: Säule Steuern (szenarienübergreifend)



* Wechselwirkungen wurden nicht betrachtet (Die Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (Prozent) würde sich im Jahr 2060 von einem Empfängeranteil von 20,9 Prozent im Basisszenario auf 14,5 Prozent im Fall der Investitionskostenentlastung minimieren).

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 28: Maßnahmen mit Wechselwirkungen Einnahmenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)

Maßnahme	2026			2030			2040			2050			2060		
	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	BS (Delta) (in Prozentpunkten)	HzP-Quote (Delta) (in Prozentpunkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)
Basisszenario*	3,67%	29,50%	23.906 €	4,07%	28,40%	22.041 €	4,24%	26,00%	20.820 €	4,66%	22,50%	19.678 €	4,59%	20,90%	
Einnahmenseitige Stellschrauben (szenarienübergreifend)															
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-10,60%	-5487€	0%	-10,00%	-4813€	0%	-8,80%	-4366€	0%	-7,40%	-3961€	0%	-6,40%	
Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes bei fixierten Einzahlungen (Maßnahme IGES Nr. 4.12)	0%	0%	0 €	0%	0%	-959€	0%	-1,90%	-732€	0%	-1,40%	-548€	0%	-0,90%	
Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes vom Umfang einer Vollversicherung (Maßnahme IGES Nr. 4.12)	0%	0%	0 €	0%	0%	-6328€	0%	-11,10%	-6597€	0%	-10,40%	-6186€	0%	-9,30%	
0,60%	-13,10%	-7.076€	0,65%	-12,20%	-6.682€	0,66%	-10,40%	-5.841€	0,69%	-8,40%	-5.064€	0,62%	-6,90%		
0,22%	-5,20%	-2.500€	0,22%	-4,30%	-2.106€	0,17%	-2,6%	-1.266€	0,11%	-0,90%	-488€	0,09%	0,50%		
Private Zusatzversicherung bei kaufkräfterhaltender Leistungsdynamisierung (IGES-Maßnahme 4.13)	0,07%	0%	15€ (inkl. Prämie)	-0,47%	0,60%	291€ (inkl. Prämie)	-0,64%	2,70%	1.291€ (inkl. Prämie)	-1,06%	6,10%	2.967€ (inkl. Prämie)	-0,99%	9,70%	
Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung (IGES-Maßnahme 4.13)	-0,07%	-13,50%	-7.348€ (inkl. Prämie)	-0,47%	-11,50%	-6.254€ (inkl. Prämie)	-0,64%	-6,60%	-3.466€ (inkl. Prämie)	-1,06%	0,10%	54€ (inkl. Prämie)	-0,99%	7,20%	
Vollversicherung exkl. Pflegegeld (IGES-Maßnahme 4.22)	0,88%	-13,80%	-7.512€	0,96%	-13,10%	-7.299€	1,05%	-12,00%	-6.952€	1,16%	-10,40%	-6.622€	1,14%	-9,50%	
Vollversicherung inkl. Pflegegeld (IGES-Maßnahme 4.22)	3,95%	-13,80%	-7.512€	4,48%	-13,10%	-7.299€	4,90%	-12,00%	-6.952€	5,26%	-10,40%	-6.622€	5,06%	-9,50%	
Socket-Spitze-Tausch mit einem Socket von Null (IGES-Maßnahme 4.24)	0,36%	-13,80%	-7.512€	0,39%	-13,10%	-7.299€	0,42%	-12,00%	-6.952€	0,49%	-10,40%	-6.622€	0,49%	-9,50%	
Socket-Spitze-Tausch mit einem Socket in Höhe eines nominal konstanten EEEs (IGES-Maßnahme 4.24)	0,02%	-1,00%	-436€ (EEE effektiv)	0,05%	-2,10%	-1.020€ (EEE effektiv)	0,14%	-4,50%	-2.80€ (EEE effektiv)	0,23%	-5,50%	-3.145€ (EEE effektiv)	0,29%	-6,10%	
Socket-Spitze-Tausch mit einem Socket in Höhe eines real konstanten EEEs (IGES-Maßnahme 4.24)	0,01%	-0,50%	-224€	0%	0%	337€	-0,02%	0,70%	667€	-0,05%	1,30%	981€	-0,08%	1,90%	

*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.1.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES Instituts, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

6.5 Prüfauftrag einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung

Trotz Leistungsverbesserungen für pflegebedürftige Menschen in den letzten Legislaturperioden steigen mit Augenmerk auf die vollstationäre Pflege die pflegebedingten Eigenanteile weiterhin. Politische Forderungen konzentrieren sich daher zunehmend darauf, Maßnahmen in den Blick zu nehmen, die pflegebedingten Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, unabhängig vom Versorgungsort zu begrenzen. Die dringende Notwendigkeit einer Reform zur Begrenzung der Eigenanteile haben die die Bundesregierung tragenden Parteien in ihrem Koalitionsvertrag aufgegriffen, nämlich mit dem Auftrag zu prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillig, paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten absichert. Eine Expertenkommission soll konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung sollen vergleichbare Möglichkeiten gegeben werden.⁹²

Für die Ausgestaltung dieses Vorschlags sind folgende systemprägenden Merkmale maßgeblich:

- Ergänzend zur sozialen Pflegeversicherung im Teilleistungssystem wird ein Vollversicherungssystem etabliert.
- Freiwilligkeit: Die Wahl zum Umfang des Versicherungsschutzes liegt in der Entscheidungskompetenz des Versicherten resp. Mitglieds der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung; die Ausgestaltungsparameter sind opt out⁹³- oder add on⁹⁴- Regelungen.
- Paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Mitglied der sozialen Pflegeversicherung,
- generationengerecht.

Diese Merkmale aufgreifend würde das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung um ein Vollversicherungssystem unter dem Dach der gesetzlichen Pflegeversicherung ergänzt. Für Versicherte würde eine Möglichkeit geschaffen, von der obligatorischen Pflegeversicherung (sozialen Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) als Teilleistungsversicherung in eine Vollversicherung (vergleichbar mit der Haftpflichtversicherung) zu wechseln, die die pflegebedingten Kosten vollständig abdeckt; Versicherte würden somit bei der Wahl der Pflegevollversicherung von der Versicherungspflicht im Teilleistungssystem befreit. Eine alternative Ausgestaltung wäre, dass die Versicherten weiterhin im Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind und die Option erhalten, zusätzlich eine ergänzende Pflegezusatzversicherung, die paritätisch finanziert ist, abzuschließen; dieser zweite mögliche Ansatz des Prüfauftrags wird in den Szenarien Ib und IIa aufgegriffen.

Die Leistungen der optionalen Pflegevollversicherung sollen die pflegebedingten Kosten abdecken; ausgenommen sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung wie auch die Investitionskosten. Auch für die Pflegevollversicherung würde am Umlageverfahren festgehalten und die Beiträge hierfür paritätisch durch Beschäftigte und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanziert. Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wären durch die paritätische Finanzierung an den Kosten der Wahlentscheidung beteiligt. Im Ausmaß würde sich dies kostenintensiver bei den Lohnnebenkosten als in einem Teilleistungsmodell auswirken.

Der Prüfauftrag aus dem Koalitionsvertrag wurde von Expertinnen und Experten in zwei Anhörungen bewertet.⁹⁵ Sie kamen zu der Einschätzung, dass kein zusätzliches Leistungssystem innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgebaut werden sollte, das dem oder der Versicherten eine Wahloption einräumt. Kritisch wurde das Zusammenspiel einer freiwilligen Vollversicherung mit der obligatorischen sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungssystem beleuchtet und Schnittstellenprobleme sowie Abgrenzungsfragen aufgeworfen. Wenn die freiwillige Absicherung als Vollversicherung konzipiert würde, müssten ihre Leistungen die Lücke zwischen der sozialen Pflegeversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten schließen. Das würde nicht nur bedeuten, dass die zukünftigen Leistungen auch das (politische) Risiko der Reform der Pflegeversicherung abbilden müssten. Bei einer unter dem Dach der gesetzlichen Pflegeversicherung ergänzenden Vollversicherung läge das Risiko zudem bei den Versicherten, die die Differenz zwischen den beiden Systemen im Voraus kalkulieren müssten,

⁹² Koalitionsvertrag 2021 bis 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und der Freien Demokraten (FDP), Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

⁹³ Widerspruchslösung.

⁹⁴ Zustimmungslösung.

⁹⁵ Die Expertenanhörungen fanden am 11.12.2023 und 19.01.2024 statt; vgl. Zusammenfassung der Stellungnahmen der Expertinnen und Experten, Anlage 3.

um herauszufinden, ob sich ein Wechsel in die Vollversicherung lohnt.

Darüber hinaus wurde auch grundsätzlich eine freiwillige Versicherungslösung in einem umlagebasierten Finanzierungssystem problematisiert. Freiwillige Lösungen führen zu „adversen Selektionsrisiken“. Das bedeutet, dass sich überwiegend diejenigen Personen versichern, die mit einer höheren, als der durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme rechnen. Zum anderen werden sich bei Freiwilligkeit diejenigen nicht versichern, die bereits voraussehen können, dass sie im Pflegefall Leistungen der Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen werden („Samariterdilemma“).

Zwei Wege zeichneten sich in der Erörterung mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als mögliche Alternativen ab: entweder die Aufhebung der Freiwilligkeit (Pflichtversicherung) oder die Umsetzung außerhalb des Umlageverfahrens (kollektive oder individuelle Vorsorge im Kapitaldeckungsverfahren). Die Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, sofern ein breiter Teil der Bevölkerung von möglicher finanzieller Überforderung infolge von Pflegebedürftigkeit geschützt werden sollte, für die Pflegeleistungen einen umfassenden obligatorischen Versicherungsschutz für alle Bevölkerungsschichten zu etablieren.

Zwei Wege einer sozialpolitisch wünschenswerten breiten Abdeckung des Pflegerisikos wurden skizziert und kontrovers diskutiert: eine ergänzende obligatorische Zusatzversicherung – privatversicherungswirtschaftlich oder staatlich – und alternativ zum Teilleistungssystem eine obligatorische Pflegevollversicherung. Ob eine Vollversicherung zielführend und sinnvoll ist, wird von den Expertinnen und Experten überwiegend kritisch gesehen. Nicht nur, dass ein umlagefinanziertes Vollversicherungssystem zu weiteren erheblichen Umverteilungen von den jüngeren zu den älteren Generationen und von Personen mit geringem Einkommen zu Personen mit höheren Einkommen führen würde, sondern auch wegen des damit verbundenen „moral hazard“. Beim Versicherungsschutz in einem umlagefinanzierten Vollversicherungssystem droht ein „moral hazard“, wenn Versicherte davon befreit werden, für potentiell kostspielige Folgen ihres Handelns selbst einzustehen, weil diese Kosten anderweitig getragen werden. Das individuelle Risiko wird kollektiviert, also von einem Risiko für den handelnden Einzelnen zu einem Risiko für das betroffene Kollektiv.

Aus Gründen der Generationengerechtigkeit⁹⁶ spricht daher nach Auffassung einiger Experten einiges dafür, die bestehende Aufteilung der Finanzierung von Pflegeleistungen durch die soziale Pflegeversicherung und durch private Vorsorge beizubehalten: eine weitere Umverteilung von Jung zu Alt könne vermieden werden, wenn jede Generation selbst für die nicht durch das Umlagesystem gedeckten Kosten aufkäme, die der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verursacht. Als eine Empfehlung daraus haben einige Experten abgeleitet, alle Bürgerinnen und Bürger im Erwerbsalter zum Abschluss einer Zusatzversicherung mit Kapitaldeckung zu verpflichten und dabei Personen mit geringem Einkommen aus Steuermitteln gezielt zu unterstützen.

Im Ergebnis des Prüfauftrags aus dem Koalitionsvertrag kamen insbesondere die Experten zu der Einschätzung, dass das Ziel einer nachhaltig und generationengerecht finanzierten Absicherung des Pflegerisikos in einer alternativen Gesellschaft mit den Systemelementen Freiwilligkeit, paritätische Finanzierung und Vollversicherung nicht erreicht werden könne. Im Falle einer umfassenden Absicherung des Pflegerisikos über ein Volleistungssystem sprechen sich einige Expertinnen und Experten für eine Pflegevollversicherung im bestehenden Umlageverfahren, ein anderer Teil hingegen für eine obligatorische private Zusatzversicherung, die auch staatlich organisiert werden kann, aus.

⁹⁶ Eine generationengerechte Lösung wurde so skizziert, dass alle Generationen den gleichen Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die Absicherung des Pflegerisikos einsetzen müssen.

7 Kompass für die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden

7.1 Politische Leitplanken für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

7.1.1 Ausgangslage und Zielsetzung:

Folgende Zielsetzung wurde herausgearbeitet: Die soziale Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko absichern. Sie soll auch künftig ein langfristiges Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf sicherstellen. Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen (vgl. Kapitel 3.1), sowie die Prinzipien, die der Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. Kapitel 3.2) gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. Kapitel 3.2). An diesen Zielen und Prinzipien werden sich die zu entwickelnden Lösungsvorschläge zur Etablierung einer stabilen und dauerhaften Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung messen lassen müssen.

Mögliche Leitplanken zur Entwicklung einer stabilen und dauerhaften Finanzierung werden aus den beiden folgenden Grafiken abgeleitet:

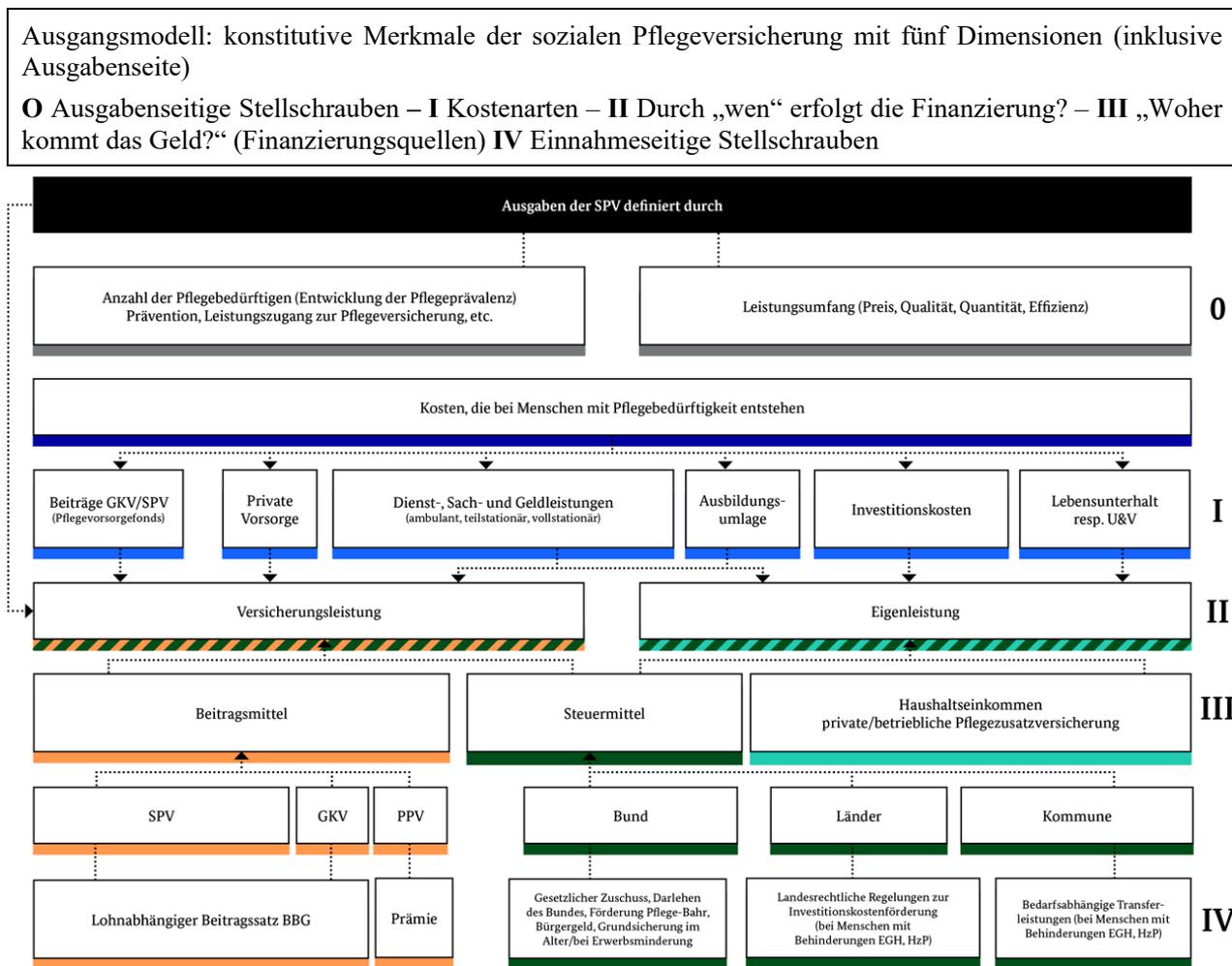
Abbildung 29: Vier Grundscenarien im Teil- und Volleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung

	Umlagesystem	(Ergänzendes verpflichtendes) Kapitaldeckungsverfahren
Teilleistungssystem	Ia	Ib
Volleistungssystem	IIb	IIa

Quelle: Eigene Darstellung

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 30: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen



Quelle: Eigene Darstellung

7.1.2 Pflegeversicherung als soziale Teilabsicherung oder als Vollabsicherung (Dimension I + II)

Vor dem Hintergrund, dass die soziale Pflegeversicherung mit dem Ziel eingeführt worden ist, das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern und die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen abzumildern, wäre zunächst zu klären, ob die soziale Pflegeversicherung weiterhin eine soziale Teilabsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen durch Versicherungsleistungen darstellen soll, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen, oder ob ein Vollleistungssystem angestrebt werden soll. Je nach Ausgestaltung wird die künftige Finanzierungslücke sowie der sich daraus ergebende notwendig Reformbedarf in der sozialen Pflegeversicherung auf der Ausgaben- und Einnahmenseite kleiner oder größer sein.

Maßgeblich für die Entscheidung über den Absicherungsumfang des Risikos der Pflegebedürftigkeit dürfte zum einen sein, welchen Stellenwert soziale Sicherungsleistungen (hier im Besonderen die soziale Pflegeversicherung) und in dem Zusammenhang auch die Frage der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger einnehmen und wie die Frage der sozialen Gerechtigkeit sowie der Generationengerechtigkeit ihrer Finanzierung beantwortet wird.

Hier spielen daher Fragen der Gestaltung der Einnahmenseite und damit die Verteilung künftiger Lasten auf breitere Schultern, aber auch auf verschiedene Generationen eine wichtige Rolle sowie Maßnahmen auf der Ausgabenseite, um die finanzielle Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung zu gewährleisten.

Dabei dürfen im Hinblick auf eine mögliche Finanzierbarkeit auch die aktuell schon hohen Sozialversicherungsbeiträge sowie das Wirtschaftswachstum/die allgemeine Lohnentwicklung nicht ausgeblendet werden.

Die folgenden zwei Leitplanken (Kapitel 7.1.3 und 7.1.4) wären darüber hinaus unabhängig von der Frage zu klären, welche Stellschrauben später auf der Einnahmen- und Ausgabenseite umgesetzt werden sollten.

7.1.3 Absicherung des Umlagesystems durch einen weiterentwickelten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds

Szenarienübergreifend wäre zu überlegen, ob der Pflegevorsorgefonds zur demografiefesten Ausgestaltung des Umlageverfahrens und zur Beitragssatzstabilisierung in den nächsten Dekaden zu einem nachhaltigen, kollektiv finanziert Kapitalstock weiterentwickelt werden sollte, der die Generationengerechtigkeit stärkt. Dabei sollte im Sinne der Planungssicherheit sichergestellt werden, dass ein solcher Kapitalstock mit seinen Zuflüssen der Sozialversicherung verlässlich zur Verfügung steht.

Je nach Entscheidung für ein Teilleistungs- oder ein Volleistungssystem mit ggf. verpflichtender ergänzender Kapitaldeckung wäre die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungslücken kleiner oder größer ausgeprägt.

7.1.4 Absicherung der Eigenleistungen mit oder ohne ergänzendes verpflichtendes Kapitaldeckungsverfahren

Als weitere Frage wäre zu klären, ob das System (entweder Teilleistungs- oder Volleistungssystem) das Umlageverfahren als zentrales, systemprägendes Merkmal beinhaltet und bei einem Teilleistungssystem die Eigenleistung

weiterhin freiwillig erfolgen sollte (Szenario Ia) oder ob zum Abbau der von pflegebedürftigen Menschen zu tragende Eigenanteile ggf. ein ergänzendes, verpflichtendes Element eingeführt werden sollte. Hier wäre ein verpflichtendes Kapitaldeckungssystem zu prüfen. Ein solches ergänzendes Kapitaldeckungssystem könnte zum einen über eine privat abzuschließende Versicherung (verpflichtende individuelle kapitalgedeckte Vorsorge durch Zusatzversicherung, Szenario Ib) oder aber staatlich organisiert werden (bspw. in Form des Aufbaus individueller Kapitalstöcke getrennt von umlagefinanzierter Pflegeversicherung; obligatorische individuelle Vorsorge, mit optionaler paritätischer Finanzierungsbeteiligung, vgl. Szenario IIa). Je nach Ausgestaltung wäre es durch dieses Instrument möglich, finanzielle Mittel zu generieren, um die Eigenanteile resp. Zuzahlungen weiter begrenzen zu können (Szenario Ia, mit der Folge, dass ggf. auch weiterhin das Haushaltseinkommen eingesetzt werden muss) oder aber den Anspruch zu einem weitgehend umfassenden Anspruch der Absicherung/weitestgehende Begrenzung der Eigenanteile resp. Zuzahlungen auszugestalten (staatlich organisiert, vgl. Szenario IIa).

Eine weitere Option wäre, die Absicherung des Pflegerisikos über ein Volleistungssystem gänzlich in der Umlagefinanzierung zu organisieren.

7.1.5 Ermittlung des Finanzbedarfs und Stellschrauben auf der Ausgabenseite (Dimension 0)

Der Finanzbedarf für ein umlagefinanziertes Volleistungssystem, welches bei professioneller vollstationärer und professioneller ambulanter Pflege die pflegebedingten Kosten vollständig übernimmt, wurde vom IGES Institut ermittelt und mit einem Finanzbedarf von rechnerisch rund 55 Milliarden Euro (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 1,14 Beitragssatzpunkten) im Jahr 2060 beziffert. Ein Volleistungssystem, das zusätzlich auch bei Bezug von Pflegegeld alle rechnerischen pflegebedingten Kosten trägt, erzeugt im Jahr 2060 einen Finanzbedarf von rund 244 Milliarden Euro (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 5,08 Beitragssatzpunkten).

Für die Akzeptanz des Teilleistungssystems und für die Vermeidung von finanzieller Überforderung pflegebedürftiger Menschen wäre eine regelgebundene Leistungsdynamisierung wesentlich. In der Höhe müsste sie so ausgerichtet werden, dass der Wert der Pflegeversicherungsleistung erhalten bleibt.

Dies geht jedoch auch mit erheblichen Kostenwirkungen einher. Die Höhe der Dynamisierung ist eine zentrale Stellschraube, die sich auf die Ausgabenseite auswirkt. Eine mögliche Finanzierungslücke müsste, auch durch Maßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite, geschlossen werden (vgl. oben unter Kapitel 6.2.3). Zur Bestimmung des Finanzbedarfs in einem Teilleistungssystem insgesamt wäre daher zunächst über die Höhe einer regelgebundenen Dynamisierung zu entscheiden. Bei der Entscheidung sollten jedoch auch die entsprechenden Auswirkungen/Wechselwirkungen im Hinblick auf die Eigenanteile sowie die Hilfe zur Pflege (hier vor allem vor dem Hintergrund der Zielrichtung, die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zu vermeiden) berücksichtigt werden (vgl. oben unter Kapitel 6.2.3). Auch auf die Belastungen der Beitragszahlenden ist in dem Zusammenhang zu achten.

Darüber hinaus wäre über weitere Stellschrauben auf der Ausgabenseite zu entscheiden (vgl. oben unter Kapitel 6.3), die den Finanzbedarf szenarienübergreifend (auch für das Vollleistungssystem) absenken können.

7.1.6 Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die Säulen Beitragsmittel, Steuern und individuelle/private Beteiligung (Dimension III)

Der nach den Entscheidungen zu den unter Kapitel 7.1.5 genannten Punkten ggf. noch bestehende Finanzbedarf wäre über die Einnahmenseite zu decken.

Hier müsste zunächst entschieden werden, welcher Finanzierungsanteil von welcher Säule getragen werden sollte: Beitragsmittel, Steuermittel, individuelle/private Beteiligung.

Bei einem umlagebasierten Vollleistungssystem entfielen die Säule der individuellen/privaten Beteiligung für pflegebedingte Aufwendungen weitestgehend. Bei den Szenarien Ib und IIa würde der Anteil, der auf die Säule individuelle/private Beteiligung entfallen würde, über ein ergänzendes, obligatorisches Kapitaldeckungsverfahren abgedeckt werden. Beim Szenario Ia wäre dieser Anteil, wie bislang, freiwillig abzusichern.

Wie auch bei der eingangs unter Kapitel 7.1.2 aufgeworfenen Frage, sollten in diesem Zusammenhang die entsprechenden Auswirkungen/Wechselwirkungen der jeweiligen Stellschrauben sowie im Hinblick auf eine mögliche Finanzierbarkeit auch die aktuell schon hohen Sozialversicherungsbeiträge sowie das Wirtschaftswachstum/die allgemeine Lohnentwicklung nicht ausgeblendet werden.

Im Zusammenhang mit diesem Schritt müssten auch folgende Fragen beantwortet werden:

- Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (vgl. § 8 SGB XI). Wird die demografische Entwicklung als eine solche gesamtgesellschaftliche Herausforderung angesehen, die einen Zuschuss aus Mitteln des Bundes rechtfertigt (u. a. zur Abfederung der Beitragssatzsteigerungen)?
- Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich derzeit mit 640 Millionen Euro p. a. an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, als pauschale Beteiligung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Pflege (§ 37 Absatz 2a SGB V). Sollten die entsprechenden Aufwendungen unter Zuständigkeitsgesichtspunkten zukünftig in voller Höhe durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen und zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen in voll- und teilstationärer Versorgung verwendet werden (einmalige basiswirksame Dynamisierung)? Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass dies gleichzeitig auch die bereits angespannte finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung weiter verschärfen dürfte.
- Sollte aufgrund der bereits absehbaren finanziellen Belastungen durch den demografischen Wandel für die soziale Pflegeversicherung und ihre Beitragszahlenden sowie der angespannten Haushaltslage des Bundes, der langfristigen finanziellen Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung Vorrang vor Leistungsausweitungen gegeben werden?

7.1.7 Einigung auf einnahmeseitige Stellschrauben der Dimension IV

Im Anschluss an Kapitel 7.1.6 wäre zu entscheiden, welche den jeweiligen Säulen zugeordneten einnahmeseitigen Stellschrauben umgesetzt werden sollten (vgl. Dimension IV). Hierbei wären auch die unter Kapitel 7.1 aufgeworfenen Prüfpunkte mögliche Anhaltspunkte.

Um die soziale Pflegeversicherung nachhaltig und langfristig stabil aufzustellen, würde eine Finanzierungsquelle oder auch ein Finanzierungsinstrument bzw. das „Drehen“ an einer Stellschraube alleine nicht ausreichen, die Einnahmen und Ausgaben langfristig im Gleichgewicht zu halten. Hierzu bedarf es auf der Ausgabenseite eines nachhaltigen Finanzierungsmixes – unter Einbeziehung der im Vorfeld getroffenen Maßnahmen.

7.2 Prüfbausteine

Der Bericht der Bundesregierung für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung gibt einen Eindruck bezüglich des langfristigen Finanzierungsbedarfs in Abhängigkeit vom Versicherungsumfang und Finanzierungsverfahren und greift eine Vielzahl möglicher Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite wie auch zur Stärkung der Einnahmenseite auf. Diese bilden ein Portfolio, aus dem ein Reformmodell für die langfristige Stabilisierung der Finanzen der sozialen Pflegeversicherung abgeleitet werden kann.

Vorstellungen von Reformoptionen liegen zwar auf theoretischer und wissenschaftlicher Ebene vielfach vor. Sie helfen auch als Kompass bei der Orientierung, sind aber nur dann sinnvoll zu diskutieren, wenn auch ein realistischer Implementierungspfad aufgezeigt werden kann, der zudem der föderalen Aufgabenteilung Rechnung trägt und die beschränkten Spielräume der einzelnen Akteure zugunsten des Gesamtsystems zielgerichtet nutzbar macht. Zur Orientierung könnten Prüfbausteine herangezogen werden, die als Voraussetzung für die Entwicklung eines Reformmodells erfüllt sein sollten.

Folgende Prüfbausteine können eine mögliche Orientierung für das Austarieren geben, welche Stellschrauben zur Verbesserung der finanziellen Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegt werden könnten:

Umsetzbarkeit:

Die Realisierung von Stellschrauben dürfte umso wahrscheinlicher sein, je eher sie sich an den grundlegenden, existierenden Strukturen orientieren. Darüber hinaus müssten die Stellschrauben noch auf ihre (verfassungs-)rechtliche sowie technische Umsetzbarkeit hin geprüft werden.

Politische Anschlussfähigkeit:

Bei der Entscheidung über mögliche Stellschrauben sollten sowohl die Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger als auch die jeweiligen Handlungsspielräume des Bundes, der Länder und Kommunen in den Blick genommen werden; eine Herausforderung stellt dabei die föderale Aufgabenteilung dar.

Politische Zugriffsfähigkeit:

Bei der Realisierung von Stellschrauben spielen auch Verlässlichkeit und Planbarkeit eine Rolle, um einen nachhaltigen Beitrag für das System der sozialen Pflegeversicherung leisten zu können.

Ordnungspolitische Finanzierungszuständigkeit:

Bei der Realisierung von Stellschrauben wäre nach diesem Prüfbaustein darauf zu achten, dass die soziale Pflegeversicherung nur Leistungen finanziert, die in ihre Zuständigkeit fallen. Die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen sollte dabei in der Finanzierungsverantwortung des jeweiligen Systems verankert sein.

8 Schlussbemerkung

Der vorliegende Bericht „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung - Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ ist das Ergebnis einer einjährigen interministeriellen Zusammenarbeit. Er beinhaltet die Expertise sowohl der Exekutive als auch der Wissenschaft und wird gestützt durch objektive Studien und Analysen. Mit diesem Bericht liegen nunmehr datengestützte Darstellungen möglicher Szenarien für eine systemische Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, die damit verbundenen Langfristprojektionen zu ihrem Finanzierungsbedarf bis zum Jahr 2060 sowie mögliche Stellschrauben auf der Ausgaben-, wie auch der Einnahmenseite mit entsprechenden Finanzwirkungen vor.

In den Sitzungen der interministeriellen Arbeitsgruppe fand ein konstruktiver, breiter fachlicher Austausch und Diskurs über die gegenwärtige Ausgestaltung und modellhafte Weiterentwicklungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung statt. Dabei wurde auch deutlich, dass im Hinblick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten teilweise unterschiedliche Ansätze und Blickwinkel bestehen – dies gilt sowohl innerhalb der AG als auch für die einbezogene Wissenschaft. Insoweit lassen sich folglich auch unterschiedliche Ansätze zur Weiterentwicklung denken. Wesentlich dafür ist letztlich der Standpunkt, von dem aus auf die soziale Sicherung und hier insbesondere auf die soziale Pflegeversicherung geblickt wird.

Inhaltlich bestand Einigkeit darin, dass die soziale Pflegeversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes, allgemeines Lebensrisiko absichern soll. Sie soll auch künftig ein langfristiges Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf sicherstellen. Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen (vgl. Kapitel 3.1), sowie die Prinzipien, die der sozialen Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. Kapitel 3.2), gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. Kapitel 3.2). An diesen Zielen und Prinzipien werden sich die zu entwickelnden Lösungsvorschläge zur Etablierung einer stabilen und dauerhaften Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung messen lassen müssen.

Die Herausforderungen in Bezug auf die Entwicklung möglicher Lösungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung werden in diesem Bericht aufgezeigt, der mit einem Kompass für eine weitere Entscheidungsfindung abschließt.

Quellenverzeichnis

- Alterssicherungsbericht 2020 (Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2020 gemäß § 154 Absatz 2 SGB VI); zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/alterssicherungsbericht-2020.pdf;jsessionid=4D4834B7A2B45B86EB95D5FC6185CDB4.delivery1-replication?_blob=publicationFile&v=1 Prozent20
- Bundeszentrale für politische Bildung, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/generationen-2020/324493/generationengerechtigkeit/>
- Bundeszentrale für politische Bildung, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/252319/das-solidarprinzip/>
- Daten des Vdek zum Stichtag 1. Januar 2024, zuletzt abgerufen am 10.05.2024:
https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html
- Daten des Statistischen Bundesamts zum jährlichen Verbraucherpreisindex: zuletzt abgerufen am 10.05.2024:
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0001&start-jahr=1991-abreadcrumb>
- Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Zukunft der Pflegeversicherung, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag der DAK-Gesundheit, (2023).
- Forsa-Umfrage: Präsentation der DAK-Gesundheit, Pflegeversicherung in der Krise, 2023, zuletzt aufgerufen am 22.05.2024:
<https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/48102/data/bd6ed347716585a7a987f5f3784b856a/230322-download-praesentation-dak-gesundheit-reformplaene-greifen-kurz.pdf>
- Haun, Dietmar, GGW, Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll, 2024, Heft 2, S. 30-34.
- Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2022, IfD-Umfrage 9207 (2022), Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen - Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach, 2022.
- Institut für Demoskopie Allensbach, DAK-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76), Bevölkerungsbefragung zu Kernfragen der Pflege, 2024.
- IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Februar 2024.
- IGES Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Mai 2024.
- Neusius, Thomas, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht; 2019, Heft 6, Seiten 421–424.
- Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 7. Auflage 2021.
- Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 035 vom 25. Januar 2024, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_035_124.html
- Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>
- Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html
- Reimer, Sonja in: Hauke, Noftz, Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung Kommentar, § 30, Rdn. 1.
- The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070), zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:
https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections- eu-member-states-2019-2070_en

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Zok, Klaus/Jacobs, Klaus, WIdO-monitor, Solidarität steht hoch im Kurs – Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten, 1/2023, zuletzt aufgerufen am 10.05.2024:

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2023_solidaritaet.pdf

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Schwinger, Antje/Zok, Klaus, WIdO-monitor, Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen, und finanzielle Aufwände, 1/2024.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, AOK-Pflegenavigator (12/2023), zuletzt abgerufen am 22.05.2024:

<https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/>

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

STUDIEN
BERICHT

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Richard Ochmann
Thorsten Tisch
Grit Braeseke
Martin Albrecht
David Sonnenberger

Bericht

für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“
unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit

Berlin, Februar 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Grit Braeseke
Dr. Richard Ochmann
David Sonnenberger
Thorsten Tisch
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	11
2.	Zum Charakter der Modellrechnung	12
3.	Datengrundlagen und Methodik	15
3.1	Datengrundlagen	15
3.2	Datenaufbereitung	17
3.3	Methodik Projektionsmodell	21
3.3.1	Modellüberblick	21
3.3.2	Modellmechanik	23
3.3.3	Einnahmenseite der SPV	25
3.3.4	Ausgabenseite der SPV	33
3.3.5	Zuführungen und Mittelabrufe des Pflegevorsorgefonds	37
3.3.6	Mittelbestand	39
3.3.7	Ermittlung des Beitragssatzes	39
3.3.8	Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten bei vollstationärer Pflege	41
3.3.9	Inanspruchnahme der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege und der damit verbundenen Ausgaben	43
3.3.10	Kalkulatorische Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege	46
4.	Annahmen und Überblick Projektionsszenarien	48
4.1	Annahmen (in Szenarien einheitlich)	48
4.2	Projektionsszenarien	49
5.	Zentrale Ergebnisse im Szenarienvergleich	51
5.1	Jährliche Änderungsraten	51
5.2	Absolutwerte im Zieljahr	55
5.3	Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes	57
5.3.1	Beitragssatz	57
5.3.2	Pflegevorsorgefonds	58
6.	Detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien	60
6.1	Einnahmen	61
6.1.1	Mitgliederzahl	61
6.1.2	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied	64
6.1.3	Beitragseinnahmen	65
6.1.4	Sonstige Einnahmen	66
6.1.5	Gesamteinnahmen	67
6.2	Ausgaben	68
6.2.1	Versichertenzahl	68
6.2.2	Pflegeprävalenz	69
6.2.3	Anzahl der Pflegebedürftigen	71
6.2.4	Leistungsausgaben	79
6.2.5	Gesamtausgaben	82

6.3	Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung	83
6.4	Private Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen	85
6.4.1	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	85
6.4.2	Eigenanteilsbegrenzung und Gesamtausgaben	86
6.5	Hilfe zur Pflege	89
6.5.1	Vollstationärer Bereich	89
6.5.2	Ambulanter Bereich	92
6.6	Medizinische Behandlungspflege	98
7.	Strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize im System der SPV	100
7.1	Nachhaltige Finanzierung der SPV	100
7.2	Investitionskostenförderung der Länder	102
7.3	Handlungsbedarf in der Langzeitpflege – insbesondere bisher noch mangelnde Umsetzung des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs	103
7.4	Mangelnde Präventionsorientierung der Pflegeleistungen	106
7.5	Finanzierungsstrukturen und Effizienzpotenziale in der ambulanten Pflege	114
8.	Zusammenfassung	116
9.	Anhang	117
A1	Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien	118
A2	Kontengruppierung PV 45	122
A3	Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV	135
	Literaturverzeichnis	138
	Abbildungen	5
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	9

Abbildungen

Abbildung 1:	Überblick über die im Prognosemodell modellierten Zahlungs- bzw. Leistungsströme	22
Abbildung 2:	Ausgabendeckender Beitragssatz (2022-2060) (Szenarien 1 bis 9) (in %)	58
Abbildung 3:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Basisszenario 4) (in Mrd. €)	59
Abbildung 4:	Anzahl der Mitglieder insgesamt (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mio.)	61
Abbildung 5:	Anzahl der Mitglieder nach Gruppen (2022-2060) (alle Szenarien) (Index, 2022=100%)	62
Abbildung 6:	Struktur der Mitgliederzahl nach Gruppen (2022 und 2060) (alle Szenarien) (in %)	63
Abbildung 7:	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	64
Abbildung 8:	Beitragseinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	65
Abbildung 9:	Sonstige Einnahmen (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mrd. €)	66
Abbildung 10:	Gesamteinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	67
Abbildung 11:	Anzahl der Versicherten (2022-2060) (in Mio.)	68
Abbildung 12:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in %)	69
Abbildung 13:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in %)	70
Abbildung 14:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in %)	71
Abbildung 15:	Anzahl der Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	72
Abbildung 16:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in Mio.)	73
Abbildung 17:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in Mio.)	74
Abbildung 18:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in Mio.)	74

Abbildung 19:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Hauptleistungsart (2022-2060) (Basisszenario 4) (Index, 2022=100%)	75
Abbildung 20:	Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)	76
Abbildung 21:	Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Leistung (alle Leistungsarten) oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)	77
Abbildung 22:	Anteil „ambulant“ (alle Leistungsarten) an der Anzahl aller Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 3, 4, 5 und 7) (in %)	78
Abbildung 23:	Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	80
Abbildung 24:	Leistungsausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	81
Abbildung 25:	Gesamtausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	82
Abbildung 26:	Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung (2022-2060) (Basisszenario 4 gegenüber Szenario 7)	84
Abbildung 28:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	85
Abbildung 29:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	90
Abbildung 30:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	92
Abbildung 31:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	93
Abbildung 32:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	95
Abbildung 33:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	96
Abbildung 34:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	97

Abbildung 35:	Rechnerische Anzahl der Leistungsempfänger medizinischer Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (in Mio.)	98
Abbildung 36:	Ausgaben für med. Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	99
Abbildung 37:	Entwicklung der SPV-Financen seit 2013	100
Abbildung 38:	Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter	107
Abbildung 39:	Konzeptioneller Rahmen der WHO für Gesundes Altern	108
Abbildung 40:	Verwendung des Pflegegeldes, 2021 (Mehrfachnennungen)	114
Abbildung 41:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 1) (in Mrd. €)	118
Abbildung 42:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 2) (in Mrd. €)	118
Abbildung 43:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 3) (in Mrd. €)	119
Abbildung 44:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 5) (in Mrd. €)	119
Abbildung 45:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 6) (in Mrd. €)	120
Abbildung 46:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 7) (in Mrd. €)	120
Abbildung 47:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 8) (in Mrd. €)	121
Abbildung 48:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 9) (in Mrd. €)	121
Tabellen		
Tabelle 1:	Gesetzliche Beitragssatzstaffelung (seit 01.07.2023)	40
Tabelle 2:	Zentrale Modellannahmen (szenarienübergreifend)	48
Tabelle 3:	Modellszenarien im Überblick	50
Tabelle 4:	Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (Veränderung über den Projektionszeitraum)	53
Tabelle 5:	Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (im Jahr 2022 und im Jahr 2060)	54

Tabelle 6:	Ausgaben der privaten Haushalte für den EEE, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten sowie Eigenanteilsbegrenzung (EAB) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022 und 2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7)	87
Tabelle 7:	Ausgaben ausgewählter Träger für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Mio. Euro	101
Tabelle 8:	Investitionskostenförderung der Länder in der Pflege	103
Tabelle 9:	Kontengruppierung PV 45	122
Tabelle 10:	Bezugspopulation der Konten der Ausgabeseite der SPV	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ADL	Activities of daily living
AKI	Außerklinische Intensivpflege
ALG	Arbeitslosengeld
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
bpE	Beitragspflichtige Einnahmen
CAPABLE	Versorgungsmodell „Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders“
EAB	Eigenanteilsbegrenzung
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
ELB	Erwerbsfähige Leistungsberechtigte
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HKP	Häusliche Krankenpflege
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IADL	Instrumental activities of daily living
KSVG	Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten
KZP	Kurzzeitpflege
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen

Abkürzung	Erläuterung
LTCI	Longterm care insurance
MBP	Medizinische Behandlungspflege
MMSE	Minimal Mental State Examination
OECD	Organization for Cooperation and Development
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
PWDB	Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung
RCT	Randomised controlled trial
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WSF	Wirtschaftsstabilisierungsfonds

1. Hintergrund und Zielsetzung

Bereits seit langem wird untersucht, welche Auswirkungen der demografiebedingt zu erwartende starke Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen und der gleichzeitige Rückgang der Erwerbsbevölkerung mit Eintritt der Babyboomer-Generation ins Rentenalter auf die Stabilität der sozialen Pflegeversicherung (SPV) haben werden. Aktuelle Herausforderungen, wie der Fachkräftemangel, die Folgen der Corona-Pandemie, hohe Inflationsraten, stagnierendes Wirtschaftswachstum und der Klimawandel, verstärken zusätzlich die Problematik einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Die Pflegereformen der letzten Jahre haben insbesondere den Leistungsumfang der SPV ausgeweitet und flächendeckend eine höhere Entlohnung für das Pflegepersonal angestoßen. Zur Sicherung der Finanzierbarkeit der SPV wurde unter anderem mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz 2015 ein Pflegevorsorgefonds eingeführt, und mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde erneut der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 „moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben“ (BMF, 2023). Gleichzeitig verpflichtet das PUEG die Bundesregierung unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorzulegen. Dabei „soll insbesondere auch die Ausgabenseite der SPV betrachtet werden“.

Vor diesem Hintergrund hat das BMG einen Auftrag für die interministerielle Arbeitsgruppe „Zukunftssichere Finanzen der SPV“¹ über „Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ an die IGES Institut GmbH vergeben. Gegenstand des Auftrags war die Erstellung einer Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts (inkl. den Wirkungen der Regelungen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes 2023).

Ziel war es, die Entwicklung des zur Finanzierung der prognostizierten Ausgaben notwendigen Beitragssatzes aufzuzeigen. Dabei sollten einerseits in den Modellrechnungen auch über geltendes Recht hinaus Varianten möglicher künftiger Regelungen (z. B. eine allgemeine Leistungsdynamisierung nach 2028) einbezogen und andererseits die Ausgabenseite der SPV nach den verschiedenen Ausgabenträgern dargestellt werden. Ein weiteres Ziel des Auftrags lag darin, strukturelle Probleme, Effizienzpotenziale und Fehlanreize im System der sozialen Pflegeversicherung aufzuzeigen.

¹ An der interministeriellen Arbeitsgruppe beteiligt waren BMG, BMF, BMWK, BMFSFJ, BMAS sowie zwei Vertretungen der Länder (für die A-Seite: Rheinland-Pfalz und für die B-Seite: Baden-Württemberg).

2. Zum Charakter der Modellrechnung

Die folgende Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2060 stellt keine Prognose dar. Stattdessen werden durch die Berechnungen verschiedene Szenarien der finanziellen Entwicklung beschrieben, die jeweils auf einer Auswahl von Annahmen zu finanzrelevanten Einflussfaktoren beruhen. Die Berechnungen wiederum bilden modellhaft die unterschiedlichen Zahlungs- und Leistungsströme der SPV nach sowie die finanziellen Zusammenhänge, die zwischen diesen bestehen.

Die aus den Modellberechnungen resultierenden Szenarien haben zum Ziel, in quantitativer Form

- ◆ die relative Bedeutung einzelner Einflussfaktoren für die finanzielle Entwicklung der SPV sowie
- ◆ die kombinierte Wirkung unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die finanzielle Entwicklung der SPV

aufzuzeigen. Die Ergebnisse tragen dazu bei, Gestaltungserfordernisse und Gestaltungsoptionen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV besser einschätzen zu können.

Entscheidend ist hierfür, dass die für die Modellrechnungen gesetzten Annahmen offen dargelegt werden und so stets einer kritischen Überprüfung unterzogen werden können. Dies gilt hier insbesondere, weil sich die Modellrechnungen auf den relativ langen Zeitraum bis zum Jahr 2060 beziehen. Die Projektionen der für die finanzielle Entwicklung der SPV zentralen Parameter sind über eine zeitliche Spanne von fast 40 Jahren mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Vergleichsweise geringfügige Variationen in der Annahmesetzung können über solche Zeiträume die Ergebnisse stark beeinflussen.

Aus diesem Grund werden im Folgenden mehrere Szenarien mit variierenden Annahmesetzungen betrachtet und miteinander verglichen, um die Sensitivität bzw. Robustheit der Berechnungsergebnisse gegenüber den verwendeten Annahmen einschätzen zu können. Hierbei werden nicht nur Anfangs- und Endpunkt, sondern auch die Veränderungen über den gesamten Zeitverlauf in den Blick genommen.

Einige der zentralen Annahmen der folgenden Modellrechnungen sollen vorab kurz genannt werden, damit die Aussagekraft der Ergebnisse und deren Grenzen eingeordnet werden können.

Für die Entwicklung der Ausgaben der SPV sind Veränderungen der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit von maßgeblicher Bedeutung. Die zukünftige Anzahl Pflegebedürftiger ist zum einen abhängig von der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung, zum anderen von Prävalenzänderungen innerhalb der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsgruppen und je nach Leistungsart/Pflegegrad. Für die allgemeine Bevölkerungsentwicklung wurde die amtliche Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt. Die Pflegeprävalenz hat – vor allem als Folge der Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit durch das zweite Pflegestärkungsgesetz – seit dem

Jahr 2017 deutlich zugenommen. In den Modellrechnungen wird angenommen, dass sich eine Pflegeprävalenzsteigerung in den Alters- und Geschlechtsgruppen noch über einen begrenzten Zeitraum fortsetzt, allerdings mit abnehmenden Zuwachsraten. Diese Annahme wird in den Szenarien in der Art variiert, dass von unterschiedlichen Zeiträumen ausgegangen wird, bis keine weitere Steigerung der Pflegeprävalenz mehr in die Berechnungen einfließt.

Wesentlich für die Entwicklung der Ausgaben der SPV sind zudem Veränderungen der Leistungsansprüche. In den Modellrechnungen werden keine grundlegenden, leistungsstrukturellen Änderungen angenommen, wie sie beispielsweise mit dem o. g. zweiten Pflegestärkungsgesetz einhergingen. Berücksichtigt werden aber die bereits gesetzlich beschlossenen Leistungsverbesserungen (bis einschließlich zum Jahr 2028); für die Zeit danach werden allgemeine Leistungsdynamisierungen in den Berechnungen abgebildet. Diese wurden für die Basis-Szenarien in einer Höhe festgelegt, von der nach Maßgabe einschlägiger EU-Projektionen angenommen wird, dass damit der reale Wert der Pflegeleistungen erhalten bliebe. Die Höhe der Sachleistungen wurde demnach in den Basis-Szenarien zu 2/3 gemäß allgemeiner Lohnentwicklung und zu 1/3 gemäß der Inflationsentwicklung dynamisiert. Für die Dynamisierung der Geldleistungen wurden die Verhältniszahlen in den Berechnungen getauscht.

Daneben werden auch Szenarien mit einer geringeren Leistungsdynamisierung (realer Wertverlust der Versicherungsleistungen) betrachtet. Ein Teil der Szenarien enthält keinerlei Leistungsdynamisierung. Diese Szenarien haben eine rein analytische Funktion und dienen als Vergleichsgrundlage, um den Einfluss unterschiedlich starker Leistungsdynamisierungen auf die finanzielle Entwicklung der SPV zu quantifizieren.

In den Modellberechnungen nicht berücksichtigt werden mögliche Verhaltensänderungen bei der Inanspruchnahme von Menge und Art der Pflegeleistungen (wie z. B. „Heimsog“ oder stärkere Heimvermeidung). Dennoch ergeben sich in den Szenarien Verschiebungen zwischen den Leistungsarten (Pflegegeld, ambulante und stationäre Sachleistungen). Diese Verschiebungen resultieren zum einen aus der demografischen Entwicklung: Erreichen die geburtenstarken Jahrgänge die Altersstufen mit vermehrtem Beginn von Pflegebedürftigkeit, so nimmt zunächst die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen überproportional stark zu, so dass sich ihr Anteil an allen Pflegeleistungen entsprechend erhöht. Ein zweiter Grund für Verschiebungen zwischen den Leistungsarten in den Modellrechnungen ist die begrenzte Fortschreibung des Pflegeprävalenzanstiegs mit abnehmenden Raten. Den Ausgangspunkt des Pflegeprävalenzanstiegs bilden die Veränderungsdaten im Zeitraum 2021/22, die für die ambulante Pflege höher war als für die stationäre. Je nach der in den Szenarien gewählten zeitlichen Dauer des weiteren, für die ambulante Pflege stärkeren Prävalenzanstiegs kommt es zu Verschiebungen zwischen den Leistungsarten.

Neben Pflegeprävalenz und Leistungsdynamisierung ist auf der Ausgabenseite auch die Entwicklung der Pflegekosten von Bedeutung. Aufgrund der hohen Personalintensität von Pflegeleistungen wird die Kostenentwicklung primär durch die Lohnentwicklung determiniert. Entsprechend den Annahmen zur realwerterhaltenden Leistungsdynamisierung werden die Pflegekosten zu 2/3 gemäß der Lohnentwicklung und zu 1/3 gemäß der Inflationsentwicklung fortgeschrieben. Dabei werden für die Szenarien unterschiedliche Steigerungsraten der Löhne verwendet, die sämtlich oberhalb der allgemeinen Inflationsrate liegen. Eine Ausnahme bilden die ersten Jahre des Projektionszeitraums, für den von der aktuellen Situation ausgehend höhere Inflationsraten angenommen wurden. Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

Gänzlich ausgeblendet bleiben bei den Modellberechnungen Fragen der Realisierbarkeit von Leistungsangeboten. In den Szenarien wird implizit davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen, die sich in den Szenarien jeweils aus der Bevölkerungsvorausberechnung sowie der angenommenen Prävalenzentwicklung und Leistungsdynamisierung ergibt, auf ein entsprechendes Leistungsangebot trifft. Angesichts des vielfach diskutierten Fachkräftemangels, insbesondere in der Langzeitpflege, ist eine solche Annahme mit größerer Unsicherheit behaftet.

Es liegt im Wesen einer Modellrechnung, dass sie sich auf eine begrenzte Zahl von Einflussfaktoren konzentriert, um grundlegende quantitative Zusammenhänge sichtbar zu machen. Die vorliegende Modellrechnung konzentriert sich auf Einflussgrößen, die unmittelbar für die finanzielle Entwicklung der SPV relevant sind. Damit wird keine Aussage über weitere Einflussfaktoren getroffen, die mittelbar ebenfalls erhebliche finanzielle Wirkungen auf die SPV entfalten können.

Nachfolgend werden die für die Modellrechnungen verwendeten Datengrundlagen, Methoden und Annahmen detailliert dargestellt.

3. Datengrundlagen und Methodik

3.1 Datengrundlagen

Statistik der GKV/SPV-Versicherten

Die Statistik der GKV-Versicherten enthält Angaben zur Anzahl der GKV-Mitglieder und Familienversicherten der GKV sowie der Anzahl der GKV-Versicherten insgesamt differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Darüber hinaus enthält die Statistik die Anzahl der SPV-Mitglieder, Familienversicherten der SPV sowie der Anzahl der SPV-Versicherten insgesamt differenziert nach dem Geschlecht (keine Differenzierung nach der Altersgruppe). Zwischen der Gesamtanzahl der GKV-Mitglieder/GKV-Versicherten und der Gesamtanzahl der SPV-Mitglieder/SPV-Versicherten bestehen kleine Unterschiede, die in der Modellierung berücksichtigt wurden. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Mitglieder- und Versichertenstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Leistungstagestatistik PG1

In der Leistungstagestatistik PG1 liegen Angaben zur Anzahl der erbrachten Leistungstage für die Bereiche ambulante und stationäre Pflege vor, die von den Pflegekassen quartalsweise erhoben werden. Hierbei wird zwischen den Leistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombileistung, Tages- und Nachtpflege, (tageweise Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre (Dauer-)Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, stundenweise Verhinderungspflege und Pflegezeit differenziert. Darüber hinaus weisen die Daten eine Differenzierung nach dem Pflegegrad auf. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die (aggregierten) Jahresstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Leistungsempfängerstatistik PG2

Die Leistungsempfängerstatistik PG2 ist eine halbjährlich durchgeführte Stichtags-erhebung der Empfänger von SGB-XI-Leistungen. Die Statistik beinhaltet eine Differenzierung nach den Leistungsbereichen ambulant und stationär sowie eine Differenzierung nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Statistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Finanzstatistik PV45

Die Finanzstatistik PV45 beinhaltet die Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen. Sie wird quartalsweise von den Pflegekassen erhoben und wird vom BMG aggregiert auf Jahresebene veröffentlicht. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die (aggregierten) Jahresstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG und auf Ebene der vierstelligen Einzelkonten. Die Einzelkonten wurden für die Prognoserechnung nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu Kontogruppen zusammengefasst.

Sozialhilfestatistik

Vom Statistischen Bundesamt liegen die Statistik mit der Anzahl der Leistungsempfänger der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege sowie die Statistik der Sozialhilfeausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege vor. Diese liegen differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung (innerhalb/außerhalb von Einrichtungen), der Leistungsart und für einzelne Leistungsarten auch differenziert nach dem Pflegegrad vor. Die Leistungsempfängerstatistik weist eine zusätzliche Differenzierung nach Altersgruppe und Geschlecht auf. Die Statistiken wurden verwendet, um die zeitliche Entwicklung des durch den Sozialhilfeträger finanzierten Anteils der privat von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden Pflegekosten zu modellieren.

Leistungsausgabenstatistik des WIdO zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege im ambulanten Bereich

Vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) liegen Auswertungen zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich vor. Die Auswertungen umfassen die monatsdurchschnittlichen HKP-Ausgaben je pflegebedürftige Person mit mindestens einem Tag Leistungsbezug gemäß SGB XI und Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen. Pflegebedürftige mit außerklinischer Intensivpflege (AKI) bleiben unberücksichtigt. Die Auswertungen liegen stratifiziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad für die Pflegegrade 2 bis 5 vor.

Bevölkerungsvorausberechnung

Für die Bevölkerungsentwicklung wurde die mittlere Variante (G2-L2-W2) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt. Die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung beschreibt die mögliche zukünftige Bevölkerungsentwicklung (Bevölkerungsgröße und -zusammensetzung nach Alter und Geschlecht) bis zum Jahr 2070 und beruht auf dem Bevölkerungsstand vom 31.12.2021. Für das Prognosemodell wurde ausgehend vom Bevölkerungsstand am 31.12.2021 der Zeitraum von 2022 bis zum Jahr 2060 verwendet.

Prognosen zum Erwerbspersonenpotenzial

Vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) liegen Prognosen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bis zum Jahr 2060 vor (Hellwagner et al., 2023). Diese Projektion des Erwerbspersonenpotenzials berücksichtigt neben der negativen demografischen Entwicklung auch gegenläufige Entwicklungen einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen und im Alter sowie Migration. Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials wird von mehreren Faktoren beeinflusst (auch der Verfügbarkeit von Fachkräften und ihrer Integration in den Arbeitsmarkt), deren Ausprägung und Wirkung wiederum mit Unsicherheit behaftet sind. Die Ergebnisse dieser Projektion des Erwerbspersonenpotenzials wurden in dieser Modellierung verwendet, um einnahmeseitig die Entwicklung der Anzahl der Mitglieder der SPV differenziert für die Gruppe der Erwerbstätigen fortzuschreiben.

Lohn- und Rentenentwicklung

Ergebnisse der Konjunkturprognosen der Bundesregierung (Frühjahrs- und Herbstprojektion des BMWK) sowie Annahmen aus der mittelfristigen Finanzplanung des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) wurden verwendet, um die Lohnentwicklung fortzuschreiben. Die Rentenentwicklung wurde auf Grundlage der Ergebnisse des Rentenversicherungsberichts 2023 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) projiziert.

KJ1- und KM1-Statistik

Daten der KJ1- und der KM1-Statistik wurden verwendet, um die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der SPV differenziert für Mitgliedergruppen im Ausgangsjahr der Projektionen näherungsweise über die entsprechenden Werte in der GKV zugrunde zu legen.

Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP)

Auswertung von Mikrodaten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) wurden verwendet, um die Verteilung der SPV-Mitglieder nach der Anzahl und dem Alter der Kinder zu schätzen. Diese Verteilungsinformationen wurden verwendet, um eine nach Anzahl und Alter der Kinder der Mitglieder differenzierte Struktur des Beitragssatzes abbilden zu können.

3.2 Datenaufbereitung

Bevölkerungsvorausberechnung

Bei der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes nach Alter, Geschlecht und Einzeljahren wurden die Angaben zu Altersklassen zusammengefasst. Die Abgrenzung der Altersgruppen erfolgte synchron zur Abgrenzung der Altersklassen in der Statistik der Leistungsempfänger PG 2. Es wurde eine Altersklasse bis unter 15 Jahre und eine weitere Altersklasse ab einem Alter von 90 Jahren gebildet. Die übrigen Einzeljahre wurden in 5-Jahres-Altersklassen zusammengefasst (15 bis unter 20 Jahre, 20 bis unter 25 Jahre, etc.).

SPV-Mitglieder und SPV-Versicherte

Auf Basis der Statistik der GKV/SPV-Versicherten wurde das Verhältnis von SPV-Versicherten und GKV-Versicherten bzw. SPV-Mitgliedern und GKV-Mitgliedern bestimmt. Die Bestimmung der Quote erfolgte differenziert nach dem Jahr (2021 und 2022) und dem Geschlecht (Frauen und Männer). Diese jahresbezogenen, nach dem Geschlecht differenzierten Quoten wurden auf die nach Altersgruppe und Geschlecht differenzierten Angaben zur Anzahl der GKV-Versicherten bzw. GKV-Mitglieder angewandt. Das Ergebnis stellt einen Schätzer für die SPV-Population und deren Zusammensetzung nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2021 und 2022 dar.

Leistungstagestatistik PG 1

In der Leistungstagestatistik liegt bei der Versorgungsart/Leistungsart eine Differenzierung nach Pflegegeld, ambulanter Sachleistung, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, stundenweiser Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege), vollstationärer (Dauer-)Pflege sowie vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor. Die Angaben der Statistik stellen Ganzjahresäquivalente dar, wobei 365 Leistungstage Leistungsbezug einem Ganzjahresäquivalent der jeweiligen Leistungsart entsprechen.

Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Ganzjahresäquivalente mit Kombinationsleistung auf die Leistungsarten Pflegegeld und ambulante Sachleistung verteilt. Da der Bezug von Kombinationsleistung sowohl Pflegegeld als auch ambulante Sachleistung beinhaltet und keine eigenständige Leistungsart darstellt, unterscheidet die Finanzstatistik PV 45 bei der Leistungsart ebenfalls nur zwischen Pflegegeld und ambulanter Sachleistung und weist Kombinationsleistungen nicht separat aus. Durch die Verteilung der Ganzjahresäquivalente mit Kombinationsleistung auf die Leistungsarten Pflegegeld und ambulante Sachleistung wurde die Differenzierung der Leistungsart an die Finanzstatistik PV 45 angepasst. Es wurde angenommen, dass im Durchschnitt die Hälfte der Leistung auf das Pflegegeld entfällt und die andere Hälfte auf ambulante Sachleistung. Dementsprechend wurden 50 % der Ganzjahresäquivalente der Kombinationsleistung dem Pflegegeld zugeordnet und die übrigen 50 % der ambulanten Sachleistung.

Da die Finanzstatistik PV 45 nicht zwischen ganztägiger ambulanter Verhinderungspflege und stundenweiser Verhinderungspflege unterscheidet, wurden diese beiden Leistungsarten der PG 1 zusammengefasst. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass ein Leistungstag mit stundenweiser Verhinderungspflege einen Umfang von durchschnittlich zwei Stunden Pflegeleistung beinhaltet und somit vier Ganzjahresäquivalente mit stundenweiser Verhinderungspflege einem Ganzjahresäquivalent mit tageweiser Verhinderungspflege entspricht.

Zusammenführung der Leistungstagestatistik PG 1 und der Leistungsempfängerstatistik PG 2

Die Leistungstagestatistik PG 1 beinhaltet die Anzahl der Ganzjahresäquivalente differenziert nach dem Pflegegrad und der Leistungsart. Die Leistungsempfängerstatistik PG 2 beinhaltet die Leistungsempfänger zum Stichtag differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungssektor (ambulant, stationär, Einrichtungen der Eingliederungshilfe). Für die Modellierung der Finanzentwicklung der SPV war es einerseits erforderlich, bei der Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme neben dem Pflegegrad über eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht zu verfügen, andererseits war auch eine möglichst breite Differenzierung der Leistungsart erforderlich, um eine geeignete Bezugspopulation für die in der PV 45 differenziert enthaltenen Ausgabenpositionen zu bestimmen.

Aus diesem Grund wurden die Leistungstagestatistik PG 1 und die Leistungsempfängerstatistik PG 2 zusammengeführt. Basis der Zusammenführung war die Leistungstagestatistik PG 1. Diese beinhaltet die differenzierte, taggenaue Inanspruchnahme von Pflegeleistungen innerhalb eines Jahres, wohingegen in der PG 2

ambulante Pflegehauptleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistungen) mit Ergänzungsleistungen (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege) im Leistungssektor *ambulant* zusammengefasst sind. Zudem liegt die PG 2 nur als Stichtagsstatistik vor und weist möglicherweise eine saisonal bedingte Verzerrung auf.

Für die Zusammenführung wurde zunächst für jede Kombination aus Jahr, Leistungssektor und Pflegegrad der PG 2 die gemeinsame Verteilung von Geschlecht und Altersgruppe bestimmt. Im zweiten Schritt wurde die in der PG 1 dokumentierte Leistungsanspruchnahme der enthaltenen Leistungsarten gemäß Alters- und Geschlechtsverteilung der korrespondierenden Teilgruppe der PG 2, die über das Jahr, den Leistungssektor und den Pflegegrad abgegrenzt ist, verteilt. Da in der PG 1 für ambulante Leistungsarten keine Leistungstage bei Pflegegrad 1 enthalten sind, wurden in der Zusammenführung die diesbezüglichen Angaben der PG 2 übernommen.

Die zusammengeführten Statistiken PG 1 und PG 2 werden im weiteren Verlauf des Berichts als „aufbereitete Leistungstagestatistik“ bezeichnet, die die Leistungsempfänger der SPV für die Jahre 2021 und 2022 differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungsart enthält.

Finanzstatistik PV 45

Die Finanzstatistik PV 45 umfasst mit Stand zum zweiten Quartal 2023 insgesamt 214 Einzelkonten. Hiervon entfallen 45 Einzelkonten auf die Einnahmenseite und 169 Einzelkonten auf die Ausgabenseite. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden einige dieser Konten unter inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten gruppiert und zusammengefasst.

Die Gruppierung und Zusammenfassung orientierte sich zunächst daran, inhaltlich gleichgelagerte Einnahmen- und Ausgabenarten zusammenzufassen. Ein weiterer wesentlicher methodischer Gesichtspunkt bei der Zusammenfassung von Konten stellte darüber hinaus die Bezugspopulation der jeweiligen Einnahmen- bzw. Ausgabenposition dar (siehe auch Abschnitte 3.3.3 und 3.3.4). Einige Konten wurden nicht zusammengefasst, sondern als Einzelkonten modelliert (bspw. Einnahmen aus Bundesmitteln, Finanzierungsanteil der PPV und GKV für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, etc.), da die zukünftige Entwicklung dieser Einzelkonten in gesonderten Parametrisierungen fest vorgegeben wurde (Details siehe Abschnitte 3.3.3 und 3.3.4).

Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Abrufe aus dem Pflegevorsorgefonds erlaubt sind, sondern ausschließlich Zuführungen stattfinden, enthält die Finanzstatistik für Zahlungen in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds derzeit nur das Konto 6100 (Zuführung zum Pflegevorsorgefonds) auf der Ausgabenseite der SPV. Für die Modellierung der Finanzentwicklung der SPV wurde daher auf der Einnahmenseite ein neues Konto mit den Abrufen von Zahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds angelegt, das für die Projektionsjahre ab 2035 mit den Pflegevorsorgefondsabrufen

entsprechend den gesetzlichen Bedingungen belegt wurde (siehe auch Abschnitt 3.3.5).

Die vollständige Gruppierung der Konten der Finanzstatistik PV 45 ist im Anhang in Abschnitt A2 dargestellt.

Sozialhilfestatistik Hilfe zur Pflege

In der Sozialhilfestatistik sind die Leistungsarten digitale Pflegeanwendungen und Unterstützung bei digitalen Pflegeanwendungen, Entlastungsleistungen, Kurzzeitpflege (KZP) und teilstationäre Pflege gänzlich oder zum Teil dem stationären Sektor zugeordnet. Für die Modellierung der Entwicklung der Finanzstatistik der SPV wurden diese Leistungsarten dem ambulanten Sektor zugewiesen. Hintergrund ist, dass diese Leistungsarten in der aufbereiteten Leistungstagestatistik, die die Bezugspopulation für die Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege darstellen, dem ambulanten Sektor zugeordnet sind. Zudem können diese Leistungsarten weitestgehend nur bei ambulanter Pflege in Anspruch genommen werden, auch wenn vereinzelt Leistungsanspruchnahmen bei vollstationärer Pflege dokumentiert sind.

Auf die Abbildung der in der Sozialhilfestellung angelegten Differenzierung der Inanspruchnahme nach dem Pflegegrad bei Bezug des Entlastungsbetrags wurde im Modellrahmen verzichtet.

Die in der Sozialhilfe angelegte Abgrenzung der Altersgruppe bis unter 18 Jahre (Kinder und Jugendliche) konnte in der aufbereiteten Leistungstagestatistik, die die Bezugspopulation für die Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege darstellt, nicht abgebildet werden. In der aufbereiteten Leistungstagestatistik ist lediglich eine Altersabgrenzung bis unter 15 Jahre und 15 bis unter 20 Jahre vorhanden. Die Altersgruppe bis unter 18 Jahre der Sozialhilfestatistik wurde daher mit der nächsthöheren Altersgruppe 18 bis unter 40 Jahren zusammengefasst. Diese Altersgruppe ließ sich auch in der Bezugspopulation für die Bestimmung der Inanspruchnahmehäufigkeit in der aufbereiteten Leistungstagestatistik synchron abgrenzen.

Die Leistungsarten *Alterssicherung der Pflegeperson*, *Arbeitgebermodell Pflegeperson* und *Beratung der Pflegeperson* der Sozialhilfestatistik wurden in der Leistungsgruppe *Leistungen für Pflegepersonen* zusammengefasst. Die Leistungsarten *digitale Pflegeanwendungen*, *Unterstützung bei digitalen Pflegeanwendungen*, *Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds* und *Pflegehilfsmittel* wurden in der Leistungsgruppe *Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales und Beratung* zusammengefasst. Für beide Leistungsgruppen bestehen korrespondierende Ausgabenpositionen in der PV 45 mit identischem Leistungsinhalt. Die korrespondierenden Ausgabenpositionen der PV 45 stellten die jeweilige Bezugsgröße für die Bestimmung der Relation von SPV-Ausgaben und durch die Hilfe zur Pflege finanzierten zusätzlichen privaten Ausgaben der jeweiligen Leistungsart dar.

Die Sozialhilfestatistik enthält auch Leistungsausgaben für Leistungsempfänger, die nicht in der SPV versichert sind. Der Anteil der in der PPV versicherten Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege ist jedoch nicht separat ausgewiesen und wird daher auf Basis der Statistik der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geschätzt. Die Statistik 22151-0011 des Statistischen Bundesamtes enthält Angaben zur Anzahl der Personen ab dem Alter der Regelaltersgrenze, deren Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ganz oder teilweise aus dem Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geleistet werden. Ausweislich dieser Statistik gab es im Jahr 2022 pro Quartal durchschnittlich 44.755 Leistungsempfänger, bei denen der Beitrag zur SPV ganz oder teilweise aus der Grundsicherung geleistet wurde, und 3.135 Leistungsempfänger, die den Beitrag zur PPV ganz oder teilweise als Bedarf geltend gemacht haben. Demnach beläuft sich der Anteil der PPV-Leistungsempfänger bei den Pflegeversicherungsbeiträgen auf durchschnittlich etwa 6,55 %. Dieser Wert wird als Abschätzung für den Anteil der PPV-Versicherten bei Leistungsempfängern der Hilfe zur Pflege herangezogen.

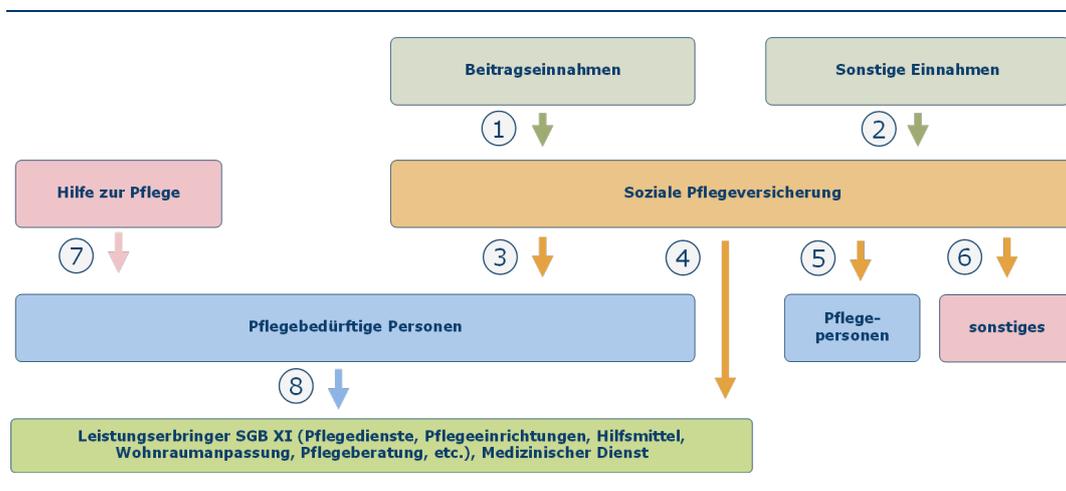
Die Statistik der Leistungsausgaben der Hilfe zur Pflege sowie die Anzahl der korrespondierenden Leistungsempfänger wird in der Datenaufbereitung demnach um 6,55 % verringert. Hierbei wird angenommen, dass zwischen SPV- und PPV-Versicherten keine Unterschiede in der Leistungsausgaben- und der Leistungsempfängerstruktur (Leistungsarten sowie der Verteilung nach Alter und Geschlecht) bestehen.

3.3 Methodik Projektionsmodell

3.3.1 Modellüberblick

Die Analyse der langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) erfolgte mit einem Prognosemodell, das die zeitliche Entwicklung der Zahlungs- und Leistungsströme aller beteiligten Zahlungsträger/Akteure abbildet. In Abbildung 1 sind die hierbei modellierten Zahlungs-/Leistungsströme sowie die berücksichtigten Akteure dargestellt.

Abbildung 1: Überblick über die im Prognosemodell modellierten Zahlungs- bzw. Leistungsströme



Quelle: IGES

Anmerkung:

1. SPV-Beitragszahlungen
2. Sonstige Einnahmen SPV: Steuermittel, Ausgleichsfonds (PKV, GKV)
3. Leistungen SPV an Pflegebedürftige: Pflegeleistung (Pflegegeld, Sachleistung, voll- und teilstationäre Pflege, KZP, Verhinderungspflege), Pflegehilfsmittel, Pflegeberatung, Entlastungsleistungen, ...
4. Direkte Zahlungen SPV an Leistungserbringer: Vergütungszuschläge Zusatzpersonal, andere Vergütungszuschläge
5. Leistungen SPV an Pflegepersonen: Beiträge zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (z. B. u. a. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung), Kurse für pflegende Angehörige
6. Sonstige Kosten der SPV (Verwaltung, Förderung für ehrenamtliche Unterstützungsleistungen nach § 45c SGB XI sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI etc.)
7. Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege
8. Zahlungen der Pflegebedürftigen für SGB-XI-Leistungen: Eigenanteil an Pflegekosten, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten, Ausbildungskosten

Auf der Einnahmenseite der SPV beinhalten die modellierten Zahlungsströme die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder sowie ggfs. erfolgende direkte Finanzhilfen aus dem Staatshaushalt und Zahlungen der GKV und der PPV/PKV an den Ausgleichsfonds. Auf der Ausgabenseite der SPV wurden Leistungen an die pflegebedürftigen Personen, Leistungen für Pflegepersonen sowie direkte Leistungen an die Leistungserbringer berücksichtigt.

Auf der Einnahmenseite der pflegebedürftigen Personen wurden Leistungen der SPV sowie Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege berücksichtigt. Die Ausgabenseite der pflegebedürftigen Personen besteht aus Zahlungen an die Leistungserbringer.

Mit dem Prognosemodell wurden demografische Effekte der Finanzentwicklung der SPV auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bun-

desamtes sowie arbeitsmarktbezogene Effekte auf Grundlage vorliegender Prognosen zur Entwicklung des Erwerbsspersonenzpotenzials abgebildet. Darüber hinaus beinhaltet das Prognosemodell die Möglichkeit, unterschiedliche Preissteigerungsraten für verschiedene Zahlungsströme (oder einzelne Bestandteile von Zahlungsströmen) zu modellieren und deren Wirkung auf die übrigen Zahlungsströme zu analysieren.

Die Zielgrößen der Modellierung sind die Entwicklung der für die Finanzstabilität der SPV erforderlichen Beitragssatzhöhe, die Entwicklung der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege, der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitions- und Ausbildungskosten sowie die Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfe zur Pflege.

Als Teilgrößen der Ausgaben der SPV wurden die Entwicklung der Pflegeleistungsbeträge und der Ausbildungskosten (Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Langzeitpflege) dargestellt. Ergänzend wurde die Entwicklung der kalkulatorischen Kosten für die medizinische Behandlungspflege im Bereich der vollstationären Dauerpflege für die Pflegegrade 2 bis 5 modelliert.²

3.3.2 Modellmechanik

Bestandteile der Einnahmenseite der SPV sind die Beiträge der Mitglieder und die sonstigen Einnahmen (staatliche Finanzhilfen, Ausgleichsfondszahlungen von PKV und GKV etc.). Die Entwicklung der Beiträge der Mitglieder hängt von der Entwicklung der Erwerbstätigkeit, der Lohnneinkommen und der Beitragssatzhöhe ab. Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit und der Lohnneinkommen wurde als Ergebnis einer Projektion auf Basis der in Abschnitt 3.1 angeführten Datenquellen modelliert. Die – für die Deckung der projizierten Ausgaben notwendige – Beitragssatzhöhe stellte den zentralen modellendogenen Ergebnisparameter dar.

Die zentralen Determinanten der SPV-Ausgaben und ihrer Hauptkomponenten sind die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen und die damit assoziierte Versorgungsart- und Pflegegradverteilung. Die Pflegeleistungen hängen zudem von der Höhe der Pflegeleistungsbeträge und im vollstationären Bereich darüber hinaus von der Differenz zwischen den tatsächlichen vollstationären Pflegekosten und den vollstationären Pflegeleistungsbeträgen ab (Eigenanteilsbegrenzung). Die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen und deren Zusammensetzung nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsart wurde als Ergebnis der Projektion auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung

² Die kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im teilstationären Bereich bleiben in Abstimmung mit dem Auftraggeber unberücksichtigt, da jegliche Datengrundlage zur Häufigkeit der Leistungserbringung und Art der erbrachten Leistungen fehlt. Überwiegend werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch bei teilstationär versorgten pflegebedürftigen Personen vom Pflegedienst (morgens und abends) erbracht und zu Lasten der GKV abgerechnet.

sowie der alters-, geschlechts-, sektor- und pflegegradspezifischen Pflegeprävalenzen sowie deren Steigerungsrate im Basisjahr und der Verteilung der Versorgungsarten im Basisjahr modelliert. Die Höhe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile bei vollstationärer Dauerpflege (und damit die Höhe der Ausgaben für die Eigenanteilsbegrenzung) hängt wiederum von der Höhe der vollstationären Pflegeleistungsbeträge, der Höhe der tatsächlichen vollstationären Pflegekosten sowie dem Preissteigerungsdifferential zwischen den tatsächlichen Kosten vollstationärer Pflege und den Pflegeleistungsbeträgen für vollstationäre Pflege ab.

Die Ein- und Auszahlungen in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds wurden auf der Grundlage der aktuell geltenden Rechtslage modelliert (Details siehe Abschnitt 3.3.5).

Die Finanzierung der Ausgaben der pflegebedürftigen Personen erfolgt grundsätzlich durch Leistungen der SPV (Abhängigkeitsstruktur siehe oben), eigenem Einkommen oder Vermögen sowie Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege, sofern die privaten Einkommen oder Vermögen nicht ausreichen, den durch die SPV nicht finanzierten Teil der Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen. Von den aus privaten Mitteln zu finanzierenden Pflegekosten wurden nur Eigenleistungen für die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) im Prognosemodell berücksichtigt. Private Zuzahlungen für ambulante Versorgungsleistungen (Pflege- oder Betreuungsdienst, Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Entlastungs- und Betreuungsleistungen etc.) sowie sonstige, privat zu tragende pflegeassoziierte Kosten im ambulanten Setting (Eigenanteile für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Wohnraumverbesserung, etc.) sowie alternative Betreuungsmodelle (24-Stunden-Betreuung o.ä.) bleiben unberücksichtigt.

Die pflegebedingten Ausgaben der privaten Haushalte der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Dauerpflege und Pflegegrad 2 bis 5 hängen von der Höhe der Zahlungen an die Leistungserbringer ab. Deren Summe wurde bestimmt durch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen und deren Zusammensetzung nach Pflegegrad, die das Ergebnis der Projektion auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung sowie der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen und der Pflegeradverteilung im Basisjahr darstellen. Darüber hinaus hängt die Zahlungshöhe von der Preissteigerungsrate der tatsächlichen Pflegekosten und der Entwicklung der Höhe der Pflegeleistungsbeträge ab.

Die pflegebedingten Ausgaben der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Dauerpflege und Pflegegrad 2 bis 5 werden bezuschusst durch Leistungen der SPV (Zuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil). Die Höhe der Zuschläge hängt von der Verweildauer in der vollstationären Dauerpflege ab. In der Modellierung wird angenommen, dass die Verweildauerverteilung im Zeitverlauf konstant bleibt. Grundlage der Modellierung bildet die Verweildauerverteilung des Basisjahres 2022. Der pflegebedingte Eigenanteil abzgl. der Zuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil (Leistung der SPV) wird in der Berichtslegung mit „effektiver Eigenanteil“ bezeichnet.

Die Höhe der Ausgaben der Hilfe zur Pflege hängt davon ab, welche Ausgaben die Pflegebedürftigen selbst aufzubringen haben in Relation zu den verfügbaren Einnahmen. Welche Ausgaben die Pflegebedürftigen selbst aufzubringen haben, hängt wiederum von den Leistungsbeträgen der SPV einerseits sowie den tatsächlichen Pflegekosten andererseits ab. Die Entwicklung der Höhe der tatsächlichen Pflegekosten hängt von den ihnen zugrunde liegenden Mengen- und Strukturparametern ab (Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger und der Pflegegradverteilung) sowie von deren Preissteigerungsrate.^{3,4}

Die exogenen, d.h. vorgegebenen Modellparameter umfassen alle Preissteigerungsrate, d.h. die Inflationsrate, die Lohnsteigerungsrate, die Rentensteigerungsrate, die Pflegekostensteigerungsrate, die Pflegeleistungsbetragssteigerungsrate unterschiedlicher Leistungsarten (allgemeine Leistungsdynamisierung) und die Entwicklung der sonstigen Einnahmen (bspw. GKV-, PKV- und PPV-Beteiligung an den Ausgaben der SPV, etc.) und die Preissteigerungsrate der sonstigen Ausgaben (bspw. Hilfsmittelkosten, Kosten der Pflegeberatung, SV-Beiträge für Pflegepersonen, etc.) der SPV (Details siehe Abschnitte 4.2 ff.). Darüber hinaus wurde der Zinssatz für die Berechnung der Vermögenserträge des Vorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.5), die Höhe der Beteiligung der GKV und der PKV/PPV an den medizinischen Kosten der Behandlungspflege, der Höhe der pandemiebedingten Einnahmen und Ausgaben sowie die Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten bzw. steigender Erdgas- und Wärmekosten sowie die Höhe der diesbezüglichen Zahlungen an die Leistungserbringer festgelegt (Details siehe Abschnitte 4.2 ff.).

Darüber hinaus wurde das Verfahren zur Bestimmung der aktuellen Pflegeprävalenzsteigerungsrate und der Projektion der Pflegeprävalenzsteigerungsrate festgelegt (Details siehe Abschnitt 3.3.4).

3.3.3 Einnahmenseite der SPV

Die Einnahmenseite der SPV wurde im Wesentlichen differenziert nach den folgenden Komponenten modelliert:

- ◆ Anzahl der Mitglieder (Abschnitt 3.3.3.1)
- ◆ Beitragspflichtige Einnahmen (bpE) je Mitglied (Abschnitt 3.3.3.2)
- ◆ Summe der bpE und Beitragseinnahmen (Abschnitt 3.3.3.3)

³ Zur Modellvereinfachung wurde von systematischen zeitlichen Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens abstrahiert (z. B. Trend zu teureren/günstigeren Pflegeheimen).

⁴ Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

- ◆ Sonstige Einnahmen (Abschnitt 3.3.3.4)

3.3.3.1 Anzahl der Mitglieder

Die Modellierung der Anzahl der Mitglieder unterscheidet zwischen

- ◆ pflichtversicherten Mitgliedern mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall,
- ◆ freiwillig versicherten Mitgliedern,
- ◆ pflichtversicherten Rentnern,
- ◆ Arbeitslosengeldempfängern,
- ◆ Bürgergeldempfängern und
- ◆ weiteren pflichtversicherten Mitgliedern.

Diese wurden differenziert fortgeschrieben, wobei jeweils auf der Anzahl im Basisjahr der Projektionen aufgesetzt wurde. Zur Ermittlung der Mitgliederzahl nach den sechs Gruppen im Basisjahr wurde näherungsweise auf der Anzahl der Mitglieder in der GKV aufgesetzt (gemäß KM1-Statistik). Die summierte Gesamtzahl der Mitglieder über alle Gruppen wurde darüber hinaus pauschal an die Gesamtmitgliederzahl der SPV angepasst.

Pflichtversicherte Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung

Die Entwicklung der Anzahl der in der SPV pflichtversicherten Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall⁵ (insbesondere Arbeitnehmer) wurde im Wesentlichen auf Grundlage der Ergebnisse vorliegender Prognosen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hellwagner et al., 2023) fortgeschrieben. Die wesentlichen Hebel, die eine Dynamik in die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bringen, sind die Erwerbsbeteiligung von Frauen im Allgemeinen und die Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren. Die Fortschreibung erfolgte dabei in jedem Projektionsjahr anhand der Veränderungsrate des Erwerbspersonenpotenzials gegenüber dem Vorjahr.

Freiwillig versicherte Mitglieder

Die Gruppe der freiwillig versicherten Mitglieder der SPV umfasst freiwillig versicherte Selbständige, Beamte und Pensionäre sowie weitere freiwillig versicherte Mitglieder (bspw. Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Nichterwerbstätige). Die Fortschreibung erfolgte dabei in jedem Projektionsjahr ebenfalls anhand der Veränderungsrate des Erwerbspersonenpotenzials gegenüber dem Vorjahr.

⁵ Die Bezeichnung dieser Mitgliedergruppe wurde in Anlehnung an die KM1-Mitgliederstatistik der GKV und in Abgrenzung zu der Gruppe der weiteren pflichtversicherten Mitglieder gewählt.

Pflichtversicherte Rentner

Die Projektion der Entwicklung der Anzahl der als Rentner in der SPV pflichtversicherten Mitglieder wurde im Wesentlichen auf Grundlage der Prognose der Bundesregierung zur Entwicklung der Anzahl der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) vorgenommen. Dafür wurden die Annahmen im Rentenversicherungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Entwicklung der Anzahl der Äquivalenzrentner zugrunde gelegt. Diese lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Modellrechnungen im Rahmen des Berichts des Jahres 2023 für die „mittlere Frist“ (bis 2028) und die „lange Frist“ (bis 2037) veröffentlicht vor.

Die Fortschreibung der Anzahl der in der SPV als Rentner pflichtversicherten Mitglieder erfolgte für die Jahre 2023 bis 2037 mit der jährlichen Veränderungsrate der Anzahl der Äquivalenzrentner gemäß Rentenversicherungsbericht, bezogen auf die SPV-Mitgliederzahl im Ausgangsjahr. Ab dem Jahr 2038 wurde die weitere Veränderung der Mitgliederzahl der Rentner mit der jährlichen Änderungsrate der Besetzung der Bevölkerungsgruppe im Rentenalter (im Alter 67 Jahre oder älter, auf Basis der 15. Bevölkerungsvorausberechnung) fortgeschrieben.

Arbeitslosengeldempfänger

Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Arbeitslosengeldempfänger (Rechtskreis SGB III) wurde bis einschließlich zum Jahr 2027 auf Basis von Schätzungen zur Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen aus der Frühjahrsprojektion der Bundesregierung vom 26.04.2023 bzw. der mittelfristigen Finanzplanung von BMF/BMWK bestimmt.⁶ Die Fortschreibung erfolgte dabei mit der jährlichen Änderungsrate der Arbeitslosenzahl gemäß dieser Quelle, wobei diese Änderungsrate auf die Anzahl der Mitglieder der SPV mit Arbeitslosengeldbezug (SGB III) im Ausgangsjahr bezogen wurde. Ab dem Jahr 2028 erfolgte die weitere Fortschreibung unter der Annahme einer konstanten Arbeitslosenquote, für welche der Durchschnitt in den Jahren 2021 bis 2027 (ca. 5,3 %) zugrunde gelegt wurde. Diese konstante Arbeitslosenquote wurde in jedem Jahr auf das Erwerbspersonenpotenzial gemäß IAB-Schätzung bezogen. Die jährliche Änderungsrate der resultierenden Erwerbslosenzahl wurde auf die Mitgliederzahl der Arbeitslosen mit Entgeltersatzleistung im Ausgangsjahr bezogen. Im Ergebnis der Projektionen entwickelt sich die Mitgliederzahl mit Arbeitslosengeldbezug infolge der konstanten Arbeitslosenquote ab dem Jahr 2028 identisch zur Zahl der erwerbstätigen Mitglieder.

⁶ Die im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung betrachtete Zahl der Arbeitslosen ist dabei umfassender abgegrenzt und beinhaltet neben Arbeitslosengeldempfängern (SGB III) weitere Arbeitslose (SGB II). Diese Ungenauigkeit wurde an dieser Stelle als hinnehmbar eingeordnet, da die absolute Zahl der Arbeitslosen in der Modellierung nicht weitergehend verwendet wurde, sondern nur ihre relative Veränderung über die Zeit.

Bürgergeldempfänger

Die zukünftige Entwicklung der Anzahl der SPV-Mitglieder mit Bürgergeldbezug wurde auf der Grundlage von Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Bezieherzahl (erwerbsfähige Leistungsberechtigte, ELB) in den vergangenen elf Jahren (BA, 2023) bestimmt. Es wurde der jahresdurchschnittliche Anteil der Bezieher an der grundsätzlich anspruchsberechtigten Bevölkerung (näherungsweise Personen im Alter von 15 bis 66 Jahren) zugrunde gelegt (ca. 7,5 % im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2022). Es wurde angenommen, dass der Anteil auf diesem Niveau für den Prognosezeitraum konstant bleiben wird, und er wurde auf die Zahl der Anspruchsberechtigten (näherungsweise, s.o.) in jedem Prognosejahr gemäß Bevölkerungsvorausberechnung bezogen.⁷

Weitere pflichtversicherte Mitglieder

Die Entwicklung der Mitgliederzahl dieser vergleichsweise kleinen Gruppe der weiteren pflichtversicherten Mitglieder (1,9 Mio. Mitglieder bzw. rund 3 % aller Mitglieder im Ausgangsjahr) wurde vereinfachend mit der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben, da kein eindeutiger Bezug zu der Anzahl der Erwerbstätigen, Rentner oder Erwerbslosen besteht.

3.3.3.2 Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Bei der Modellierung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied wurde unterschieden zwischen den Einnahmen der einzelnen sechs abgebildeten Mitgliedergruppen. Diese wurden differenziert fortgeschrieben, wobei je Gruppe auf dem gruppendurchschnittlichen Betrag der bpE im Basisjahr der Projektion aufgesetzt wurde. Zur Ermittlung der durchschnittlichen bpE je Mitgliedergruppe im Basisjahr wurde näherungsweise auf den durchschnittlichen bpE je entsprechender Mitgliedergruppe in der GKV aufgesetzt (gemäß KJ1- und KM1-Statistik).

Der zentrale Parameter der Fortschreibung der bpE je Mitglied ist die Lohnentwicklung. Annahmen zur Lohnentwicklung wurden bis einschließlich zum Jahr 2028 von der mittelfristigen Finanzplanung der Bundesregierung für die Jahre 2023 bis 2028 bzw. der Konjunkturprognose von BMWK/BMF von 10/2023 übernommen.

⁷ Der Anteil der ELB an der anspruchsberechtigten Bevölkerung ist dabei über den betrachteten, zurückliegenden Zeitraum rückläufig gewesen, von 8,0 % im Jahr 2012 auf 6,6 % im Jahr 2022. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich dieser Trend bis zum Jahr 2060 unverändert fortsetzen wird. Der mittlere Anteil über diesen Zeitraum wurde als geeigneter Wert für eine zukünftig im Durchschnitt über mehrere Jahre zu erwartende ELB-Quote eingeordnet. Implizit berücksichtigt wurde damit, dass davon auszugehen ist, dass die ELB-Quote im Zuge der wirtschaftlichen Entwicklung und konjunktureller Schwankungen sowie von Zuwanderungsbewegungen auch zukünftig Phasen mit höherer Ausprägung und Phasen mit niedriger Ausprägung durchlaufen dürfte. Gleichzeitig sind diese Annahmen stark vereinfachend und dienen in erster Linie einer Abbildung langfristiger Entwicklungen. In der Betrachtung einzelner Jahre, insbesondere auch der kurzen Frist, sind mit diesem Vorgehen Ungenauigkeiten hinsichtlich der Abbildung des Anteils der Bürgergeldbeziehenden verbunden.

Ab dem Jahr 2029 wurden konstante Lohnsteigerungsraten in drei Varianten unterstellt. Diese Raten basieren auf den drei Prognosevarianten im Rahmen des Rentenversicherungsberichts des Jahres 2022 (BMAS):

Variante 1: 2 % p. a.

Variante 2: 3 % p. a.

Variante 3: 4 % p. a.

Die durchschnittliche bpE je Mitglied wurde entsprechend der Variante für alle Mitgliedergruppen, mit Ausnahme der pflichtversicherten Rentner, ab 2029 mit der Lohnentwicklung konstant fortgeschrieben. Bei den Rentnern wurde für den Zeitraum 2023 bis 2037 die Änderungsrate des Rentenwerts gemäß Rentenversicherungsbericht 2023 unterstellt, wobei in den Jahren 2029 bis 2037 analog zur Lohnentwicklung drei Varianten (+1 %-Punkt / -1 %-Punkt Abweichung von der Änderungsrate des Rentenwerts für die mittlere Lohnvariante) betrachtet wurden. Ab dem Jahr 2038 wurde vereinfachend die Änderungsrate der Lohnentwicklung verwendet, um die Kopplung des Rentenwerts an die Lohnentwicklung zumindest näherungsweise zu berücksichtigen.

3.3.3.3 Summe der bpE und Beitragseinnahmen

Anhand der projizierten Anzahl der Mitglieder und des projizierten durchschnittlichen Betrags der bpE je Mitglied wurde je Projektionsjahr die aggregierte Summe der bpE ermittelt, wobei jeweils zwischen den sechs Mitgliedergruppen differenziert wurde. Auf diese bpE-Summe wurde anschließend in jedem Projektionsjahr der durchschnittliche Beitragssatz bezogen, der endogen im Modell ermittelt wurde und über die Szenarien variiert (vgl. Abschnitt 3.3.7). Im Ergebnis resultierte für jedes Projektionsjahr ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Beitragssatz als Ergebnisparameter und der aggregierten Summe der Beitragseinnahmen der SPV.

Für die Bestimmung der Beitragseinnahmen nach den sechs Mitgliedergruppen im Ausgangsjahr 2022 wurde folgende Zuordnung von Konten der PV 45-Statistik vorgenommen (Kontenschlüsselnummern):

- ◆ Pflichtversicherte Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall: 2000, 2011
- ◆ Pflichtversicherte Rentner: 2020, 2022, 2027
- ◆ Freiwillig Versicherte: 2080
- ◆ Arbeitslosengeldempfänger: 2012, 2014
- ◆ Bürgergeldempfänger: 2013
- ◆ Sonstige Pflichtversicherte: 2028, 2030, 2040, 2050, 2060, 2061, 2070, 2071, 2090, 2100, 2110, 2120, 2300, 2800

3.3.3.4 Sonstige Einnahmen

Im Zusammenhang mit sonstigen Einnahmen steht der Bundeszuschuss an die SPV im Mittelpunkt. Darüber hinaus erzielte die SPV zuletzt sonstige Einnahmen für die Finanzierung der Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegepersonal, Einnahmen aus Beteiligungen der GKV an Pandemieaufwendungen und Einnahmen aus Finanzierungsanteilen der privaten Pflegepflichtversicherung.

Bundesmittelzuschuss

Zur Bemessung der Einnahmen im Zusammenhang mit dem Bundesmittelzuschuss wurde auf das PV 45-Konto „3200 Einnahmen aus Bundesmitteln (Ausgleichsfonds)“ abgestellt. Es wurde folgende Modellierung: gemäß Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 umgesetzt:

- ◆ 2022: 3.700 Mio. €⁸
- ◆ 2023: 500 Mio. €, d.h. 1.000 Mio. € Bundeszuschuss abzgl. 500 Mio. € Darlehensrückführung aus Darlehensaufnahme in Höhe von 1 Mrd. € im Jahr 2022
- ◆ 2024 bis 2027: 0 €
- ◆ 2028: 500 Mio. €, d.h. 1.000 Mio. € Bundeszuschuss abzgl. 500 Mio. € Darlehensrückführung aus Darlehensaufnahme in Höhe von 1 Mrd. € im Jahr 2022
- ◆ Ab 2029: 1.000 Mio. €, Wachstumsrate: 0

Finanzierungsanteile der PPV

Die private Pflegepflichtversicherung (PPV) hat einen Anteil an den Vergütungszuschlägen für zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen übernommen. Für die Abbildung der sonstigen Einnahmen der SPV in diesem Zusammenhang wurde abgestellt auf das PV 45-Konto „3802 Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Ausgleichsfonds)“. Es wurde folgende Modellierung gem. Gesetzesgrundlage umgesetzt:

- ◆ 2022 bis 2025: 44 Mio. €
- ◆ Entfällt ab dem Jahr 2026

⁸ Die 3,7 Mrd. € Bundeszuschuss im Jahr 2022 setzen sich wie folgt zusammen: 1.) 1 Mrd. € regulärer Bundeszuschuss (§ 61a Abs. 1 SGB XI), 2.) 1,2 Mrd. € Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund (Verordnungsermächtigung gem. § 153 SGB XI), 3.) 1 Mrd. € weitere Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund und 4.) 0,5 Mrd. € Prämienzahlungen an Pflegepersonal für Pandemiemehrleistungen (Pflegebonusgesetz) (§ 150a SGB XI). Darüber hinaus wurde im Jahr 2022 ein Darlehen des Bundes i. H. v. 1 Mrd. € gewährt. Dieses wurde direkt als Veränderung des Mittelbestands verbucht und wurde somit nicht einnahmewirksam. Es wird zu 50 % Ende 2023 und zu 50 % in 2028 zurückgezahlt (§ 61a Abs. 2 SGB XI).

Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Für die Modellierung der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege wurde auf das PV 45-Konto „3900 Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege (Ausgleichsfonds)“ abgestellt und folgende Modellierung gemäß Gesetzesgrundlage umgesetzt:

- ◆ 2022: 640 Mio. €
- ◆ Ab 2023: 640 Mio. €, Wachstumsrate: 0

Einnahmen in Verbindung mit Pandemieaufwendungen

Die SPV hat zuletzt Einnahmen in Verbindung mit Pandemieaufwendungen erzielt. Für deren Modellierung wurde auf folgende PV 45-Konten abgestellt:

- ◆ 3804: Finanzierungsanteile der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen (Ausgleichsfonds)
- ◆ 3910: Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen (Ausgleichsfonds)
- ◆ 3911: Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Prämien (Ausgleichsfonds)

Folgende Modellierung von sonstigen Einnahmen in diesem Zusammenhang wurde umgesetzt:

- Erstattungen für Kosten, die auf Grundlage der COVID-Testverordnung durch Pflegeeinrichtungen abrechenbar sind: Kosten, die bis einschließlich 28.02.2023 angefallen sind, sind erstattungsfähig.
- ◆ Für 2022:
 - 3804: 309,156 Mio. €
 - 3910: 548,103 Mio. €
 - 3911: 0 €
- ◆ Für das Jahr 2023 wurde eine Fortschreibung der Einnahmen gemäß der vorläufigen PV 45-Statistik des Q2/2023 für den Rest des Jahres vorgenommen:
 - 3804: 48,317 Mio. €
 - 3910: 208,450 Mio. €
 - 3911: 0 €, da die Prämienzahlung für 2022 bereits erfolgt ist
- ◆ Ab 2024: jeweils 0 €

Einnahmen in Verbindung mit Energiehilfen

Die SPV erzielt darüber hinaus in den Jahren 2023 und 2024 Einnahmen in Verbindung mit Energiehilfen, die über den Wirtschaftsstabilisierungsfonds (WSF) zur Verfügung gestellt werden (Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom gem. § 154 SGB XI). Im zweiten Quartal des Jahres 2023 beispielsweise standen in diesem Zusammenhang rund 38 Mio. € zu Buche. Da es sich bei diesen Energiehilfen um einen durchlaufenden Posten handelt, bei dem die Einnahmen der SPV für solche Energiehilfen insgesamt exakt den Ausgaben für solche Energiehilfen entsprechen, wurde diese Bilanzposition in der Modellierung nicht bzw. mit dem Wert Null berücksichtigt.

Es handelt sich um folgende Einzelkonten der PV 45:

- ◆ 3660 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
- ◆ 3661 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
- ◆ 3662 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes zum Ausgleich erstattungsfähiger Kosten der Energieberatung im Rahmen des Ausgleichs für steigende Energiekosten

Übrige Einnahmen

Alle weiteren Einnahmen, die die SPV im Basisjahr 2022 erzielt hat, wurden zu einem Posten „übrige Einnahmen“ zusammengefasst. Dabei handelt es sich um folgende PV 45-Konten: 3010, 3090, 3400, 3500, 3501, 3600, 3650, 3660, 3661, 3662, 3800, 3801, 3803, 3930, 3932, 3990.

Es wurde folgende Modellierung umgesetzt:

- ◆ Für alle Konten außer 3661 und 3662:
 - ab 2023 Fortschreibung mit der Inflationsrate
 - Hintergrund Modellierung: Es handelt sich um nominale Größen, deren Anteil an den Einnahmen im Zeitverlauf real ungefähr konstant bleiben wird.
- ◆ Konto 3661 „Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten (Ausgleichsfonds)“ und Konto 3662 „Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten (Ausgleichsfonds)“:
 - Wert für 2023 jeweils: Fortschreibung des Werts gemäß vorläufiger PV 45 des Q2/2023 bis Ende des Jahres (47,570 Mio. € bzw. 29,304 Mio. €)
 - Wert für 2024 jeweils 50 % des Vorjahreswertes

- Wert ab 2025 jeweils 0 €

3.3.4 Ausgabenseite der SPV

3.3.4.1 Population der SPV-Versicherten

Im ersten Schritt wurde eine Projektion der SPV-Versicherten erstellt. Hierfür wurde auf Basis der SPV-Versichertenstatistik (siehe Abschnitt 3.2) und der Bevölkerungsvorausberechnung der Anteil der SPV-Versicherten an der Gesamtpopulation differenziert nach Geschlecht und Altersgruppe bestimmt. Die hieraus resultierenden Anteilswerte wurden auf die Bevölkerungsvorausberechnung angewandt.

Für die Teilgruppe der Frauen ab einem Alter von 90 Jahren enthält die Statistik der GKV-Versicherten (siehe Abschnitt 3.1) und die hieraus abgeleitete Statistik der SPV-Versicherten (siehe Abschnitt 3.2) für die Jahre 2021 und 2022 eine höhere Anzahl Personen als die Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes. Die Abweichung beläuft sich auf 3,7 % (2021) bzw. 4,5 % (2022) der jeweiligen Bevölkerungsteilgruppe. Für diese beiden Teilgruppen wurde eine SPV-Quote von 100 % angewandt und die Anzahl der SPV-Versicherten somit auf den Bevölkerungsstand der Teilgruppe des jeweiligen Jahres korrigiert.

3.3.4.2 Pflegeprävalenz und Anzahl der Leistungsempfänger

Im zweiten Schritt wurde eine Projektion der Pflegeprävalenz erstellt. Hierfür wurde auf Basis der nach Geschlecht, Altersgruppe, Pflegegrad und Leistungsart differenziert aufbereiteten Leistungstagestatistik (siehe Abschnitt 3.2) und der nach Geschlecht und Altersgruppe differenzierten SPV-Versichertenstatistik die alters- und geschlechtsbezogene Pflegeprävalenz im Basisjahr 2022 für alle Leistungsarten und Pflegegrade bestimmt. Die Pflegeprävalenz drückt aus, welcher Anteil der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe die in der aufbereiteten Leistungstagestatistik enthaltenen Kombinationen aus Leistungsart und Pflegegrad aufweist.

Die sich hieraus ergebenden alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenzen wurden auf der Grundlage der aktuellen Pflegeprävalenzsteigerungsrate fortgeschrieben. Die aktuelle Pflegeprävalenzsteigerungsrate wurde geschätzt auf der Grundlage der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenz der Jahre 2021 und 2022. Bei der Bestimmung der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenzsteigerungsrate wurde zwischen den Sektoren ambulante Pflege, vollstationäre Langzeitpflege und vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterschieden. Im Bereich der ambulanten Pflege wurde darüber hinaus eine Differenzierung nach dem Pflegegrad bei der Bestimmung der Pflegeprävalenzsteigerungsrate vorgenommen.

Für die Fortschreibung der Pflegeprävalenz wurde die mit der jeweiligen Teilgruppe korrespondierende Pflegeprävalenzsteigerungsrate, d. h. die Häufigkeit

der Kombination aus Pflegegrad und Leistungsart innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe, rekursiv auf die korrespondierende Pflegeprävalenz des Vorjahres angewandt, wobei die Pflegeprävalenzsteigerungsraten szenarioabhängig innerhalb eines Zeitraums von fünf bzw. zehn bzw. 15 Jahren linear auf den Wert Null konvergieren (siehe Tabelle 3). Hierbei wurden die Pflegeprävalenzsteigerungsraten jedes Jahr um einen konstanten Betrag verringert, so dass sich am Ende des jeweiligen Zeitraums eine Steigerungsrate in Höhe von Null ergibt. Ab diesem Zeitpunkt bleibt die Höhe der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenz anahmegemäß konstant.

Im dritten Schritt wurde eine Projektion der Leistungsempfängerzahl differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad erstellt. Hierfür wurde die Projektion der Pflegeprävalenz auf die Projektion der SPV-Versicherten angewandt. Damit liegt die Projektion eines Mengengerüstes vor, dessen Leistungsanspruchnahme die Leistungsausgaben der SPV determinieren.

3.3.4.3 Leistungsausgaben der SPV

Im vierten Schritt wurde für jede Leistungsposition der Ausgabenseite der SPV (vgl. Tabelle 9) eine Projektion der Leistungsausgaben erstellt.

Für die meisten Leistungspositionen wurde ein einheitliches Verfahren angewandt, um die Projektion der Leistungsausgaben zu erstellen. Hierfür wurde zunächst für jedes Konto der SPV ein durchschnittlicher Leistungsbetrag im Basisjahr 2022 bestimmt. Diese durchschnittlichen Leistungsbeträge wurden dann auf Ebene der Leistungsposition aggregiert, mit einer Dynamisierungsrate fortgeschrieben und mit der jeweiligen Bezugspopulation des Prognosejahres multipliziert. Eine Ausnahme von dieser Vorgehensweise stellen die Leistungspositionen Nr. 31 (Ausgaben Pandemie), Nr. 36 (Eigenanteilsbegrenzung), Nr. 39 (Zuführungen Pflegevorsorgefonds), Nr. 40 (Verwaltung) und Nr. 42 (Energiehilfen) dar, für die gesonderte Festlegungen getroffen (Leistungspositionen Nr. 40, Nr. 31 und Nr. 42) oder gesonderte Verfahrensweisen (für Leistungspositionen Nr. 36 siehe Abschnitt 3.3.4.4; für Leistungsposition Nr. 39 siehe Abschnitt 3.3.5) angewandt wurden.

Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Leistungsbeträge je Konto der SPV (ohne die Konten der Leistungspositionen Nr. 31, 36, 39, 40 und 42) wurde die in der Finanzstatistik PV 45 für das Jahr 2022 enthaltene Ausgabenhöhe durch die mit diesem Konto korrespondierende Bezugspopulation dividiert. Die Bezugspopulation eines jeden Kontos ist hierbei über Merkmale der aufbereiteten Leistungstagestatistik des Jahres 2022 abgegrenzt. Die Abgrenzungsmerkmale umfassen den Leistungssektor (ambulant, stationär, Eingliederungshilfe oder gesamt), die Leistungsart (ambulante Sachleistung, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege oder gesamt) und den Pflegegrad (1, 2, 3, 4, 5, Pflegegrade 2 bis 5 oder gesamt). Über die Kombination der Ausprägungen dieser drei Merkmale ist die jeweilige Bezugspopulation der aufbereiteten Leistungstagestatistik definiert. Die Abgrenzung der Bezugspopulation für

die Konten der Ausgabenseite der SPV ohne die Konten der Leistungspositionen Nr. 31, 36, 39, 40 und 42 ist in Tabelle 10 abgebildet.

Für die Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Leistungspositionen wurden die szenarioabhängigen Pflegeleistungssteigerungsraten (Leistungsdynamisierung, siehe Tabelle 3) rekursiv auf die durchschnittlichen Leistungsbeträge des Vorjahres angewandt. Hierbei wurde zwischen Pflegegeldleistungen, Pflegesachleistungen, lohn- bzw. wirtschaftsleistungsabhängigen Leistungen und inflationsabhängigen Leistungen der SPV unterschieden. Zu den Pflegegeldleistungen gehören die Konten der Leistungspositionen Nr. 22 (Pflegegeld). Zu den lohn- bzw. wirtschaftsleistungsabhängigen Leistungen gehören Leistungspositionen, bei denen ein enger Bezug zur Lohnentwicklung oder allgemein der Wirtschaftsleistung bzw. dem Wirtschaftswachstum besteht und die dementsprechend mit der Lohnsteigerungsrate fortgeschrieben wurden. Diese umfassen die Konten der Leistungspositionen Nr. 25 (Pflegekräfte, Ausbildung), Nr. 26 (Leistungen für Pflegepersonen), Nr. 32 (Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur) und Nr. 41 (Begutachtung). Für die Steigerungsrate der Konten der Leistungsposition Nr. 43 (Sonstige Leistungen/Ausgaben) wurde die Inflationsrate herangezogen. Die Konten der übrigen Leistungspositionen wurden der Leistungsform Pflegesachleistung zugeordnet.

Die Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Konten der Leistungspositionen wurde mit der korrespondierenden Bezugspopulation der Projektion der Pflegeleistungsempfänger (Projektion des „Mengengerüsts“) multipliziert und danach auf Ebene der Leistungspositionen aggregiert. Das Ergebnis stellt die Projektion der Leistungsausgaben der SPV dar.

Abweichend hiervon wurde die Höhe der Verwaltungskosten jedes Jahr auf 3 % des Mittelwertes der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben (ohne Begutachtung, Verwaltung und Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds) festgelegt.

Abweichend hiervon wurden für die Leistungsposition Nr. 31 (Ausgaben Pandemie) 666,5 Mio. € für das Jahr 2023 angesetzt. Dies entspricht dem Betrag, der innerhalb des ersten Halbjahres 2023 aufgewendet wurde. Weitere pandemiebezogenen Aufwendungen sind nicht vorgesehen. Die Leistungsposition Nr. 42 (Energiehilfen) blieb unberücksichtigt und wurde für alle Jahre in Höhe von 0,- € angesetzt, da diese Energiehilfen lediglich eine durchlaufende Kostenposition darstellen und die Ausgaben für die Jahre 2023, 2024 und ggfs. folgende Jahre insgesamt exakt den Einnahmen für diese Jahre entsprechen.

3.3.4.4 Ausgaben der SPV für Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile (Eigenanteilsbegrenzung)

Die Projektion der Ausgaben der SPV für die Eigenanteilsbegrenzung (Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile; Leistungsposition Nr. 36; Konten 5260, 5261, 5262 und 5263) wurde im Prognosemodell endogen gemäß den gesetzlich vorgegebenen, verweildauerabhängigen Anteilen an den einrichtungseinheitli-

chen Eigenanteilen der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen ermittelt. Im fünften Schritt wurde daher die Projektion der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Pflege bestimmt.

Hierfür wurde zunächst die Höhe des durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils sowie die Verteilung der Verweilzeit im Basisjahr 2022 ermittelt. Aus den in den Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 der PV 45 des Jahres 2022 dokumentierten Leistungsausgaben lässt sich durch Division des mit der Verweildauer verbundenen Anteils der EEE, der als Leistung von der SPV übernommen wird, die mit dem jeweiligen Konto korrespondierende Summe der EEE ermitteln, die die Berechnungsgrundlage für die SPV-Leistung darstellt. Die Summe der Berechnungsgrundlage aller vier Konten stellt die Gesamtsumme der EEE des Jahres 2022 dar. Nach Division durch die Anzahl der Leistungsempfänger mit vollstationärer Pflege (ohne Einrichtungen der Eingliederungshilfe) und Pflegegrad 2 bis 5 ergibt sich der durchschnittliche EEE des Basisjahres 2022. Da der EEE unabhängig vom Pflegegrad ist, stellt die Verteilung der Bezugsgrößen die Verteilung der Verweildauer dar. In der Modellierung wurde angenommen, dass die Verteilung der Verweildauer über den Prognosezeitraum konstant bleibt.

Auf Basis des auf diese Weise ermittelten durchschnittlichen EEE lassen sich die durchschnittlichen pflegegradabhängigen pflegebedingten Aufwendungen, d.h. die zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen vereinbarten durchschnittlichen Pflegesätze ermitteln. Diese ergeben sich als Summe aus dem durchschnittlichen EEE und den durchschnittlichen pflegegradabhängigen vollstationären Leistungsausgaben (s.o.).

Für die Projektion der durchschnittlichen tatsächlichen Pflegekosten wurde eine Pflegekostensteigerungsrate rekursiv auf die durchschnittlichen tatsächlichen Pflegekosten des Vorjahres angewandt. Die Pflegekostensteigerungsrate wurde zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und 1/3 mit der Inflationsrate festgelegt.⁹ Die Differenz zwischen der Projektion der durchschnittlichen, pflegegradabhängigen tatsächlichen Pflegekosten und der Projektion der durchschnittlichen pflegegradabhängigen Leistungsausgaben stellt die Projektion des EEE dar, der die Berechnungsgrundlage für die Projektion der SPV-Ausgaben der Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 der PV 45 bildete.

Für die Berechnung der SPV-Ausgaben wurde die Projektion der durchschnittlichen EEE mit der Projektion der vollstationären Leistungsempfänger der Pflegegrade 2 bis 5 multipliziert. Diese Berechnungsgrundlage wurde entsprechend der Verweildauerverteilung (s.o.) auf die Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 verteilt und der mit der jeweiligen Verweildauer verbundene Anteilswert der EEE, der als Leistung von der SPV übernommen wird, angewandt. Das Ergebnis stellt die Projektion der

⁹ Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

jeweiligen Leistungsausgaben der SPV in den Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 dar.

3.3.5 Zuführungen und Mittelabrufe des Pflegevorsorgefonds

Die Projektion der Zuführungen (Leistungsposition Nr. 39, Konto 6100) und Abrufe in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds wurde im Prognosemodell endogen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahrs des jeweiligen Prognosejahrs (Einzahlungszeitraum) und der Bedingung der Beitragssatzstabilisierung (Auszahlungszeitraum) bestimmt.

Die gesetzliche Grundlage für die Zuführungen und Mittelabrufe in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds sieht einen Einzahlungszeitraum bis 31.12.2033 (§ 135 Abs. 2 SGB XI) und einen im Jahr 2035 beginnenden Auszahlungszeitraum vor (§ 136 SGB XI). Der Auszahlungszeitraum endet, wenn das Vermögen des Fonds aufgezehrt ist (§ 139 SGB XI). Die Höhe der jährlichen Einzahlungen umfasst 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres (§ 135 Abs. 1 SGB XI). Dieser Satz wurde auf die Projektion der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der SPV (s. o.) angewandt.

Abweichend von dieser Regelung wurden bei der Modellierung des Pflegevorsorgefonds die derzeitige Rechtslage und sich in Vorbereitung befindliche Gesetzesänderungen umgesetzt, wonach die Zuführung für das Jahr 2023 auf das Jahr 2024 verschoben wird und für die Jahre 2024 bis 2027 eine Zuführung in fester Höhe von jährlich 700 Millionen € vorgesehen ist. Dies bedeutet, dass im Jahr 2023 keine Zuführung in den Pflegevorsorgefonds stattfindet, im Jahr 2024 eine Zuführung in fester Höhe von 700 Millionen € zuzüglich der Zuführung für das Jahr 2023 in Höhe von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2022 erfolgt und für die Jahre 2025 bis 2027 eine Zuführung in Höhe von 700 Millionen €. Ab dem Jahr 2028 bis einschließlich 2033 werden dem Pflegevorsorgefonds jährlich jeweils 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Vorjahres zu Lasten der SPV zugeführt.

Im Jahr 2034 finden weder Zuführungen in noch Mittelabrufe aus dem Pflegevorsorgefonds statt. Zum Ende des Jahres wird in der Modellierung der Vermögensstand des Pflegevorsorgefonds bestimmt. Der zwanzigste Teil dieses Vermögensstandes bildet die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe aus dem Vorsorgefonds innerhalb des Auszahlungszeitraums (§ 136 SGB XI). In der Modellierung wurde davon ausgegangen, dass der im Gesetzestext genannte „Realwert“ identisch ist mit dem Nominalwert, d.h. dass die Wertpapiere im Jahr 2034 keine Bewertungsverluste bspw. aufgrund von Zinsänderungen aufweisen. Es wurde davon ausgegangen, dass alle Wertpapiere bis zur Endfälligkeit gehalten werden (Rückzahlung zum Nominalwert) und somit keine Bewertungsgewinne oder -verluste durch vorfälligen Verkauf realisiert werden (Rückzahlung zum Nominalwert). Die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe erhöht sich jedes Jahr um die Inflationsrate.

Ab dem Jahr 2035 kann das Fondsvermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht, wobei der zwanzigste Teil des Vermögensstandes vom 31.12.2034 die Obergrenze für die jährliche Auszahlung darstellt (§ 136 SGB XI). In der Modellierung sind keine über die allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen im Sinne einer Leistungsausweitung vorgesehen. Demnach ist ein Mittelabruf aus dem Pflegevorsorgefonds immer dann möglich, wenn ohne diese Mittel der Beitragssatz im jeweiligen Jahr im Vergleich zum Vorjahr ansteigen würde. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden (§ 136 SGB XI).

In der Modellierung wird in jedem Jahr der Beitragssatz bestimmt, der erforderlich wäre, um die Ausgaben der SPV vollständig zu decken (zur Beitragssatzbestimmung siehe auch Abschnitt 3.3.7). Fällt dieser Beitragssatz höher aus als der Beitragssatz des Vorjahres, so können innerhalb des Auszahlungszeitraums Mittel aus dem Pflegevorsorgefonds zur Beitragssatzstabilisierung abgerufen werden. Hierbei gilt, dass der Mittelabruf maximal in Höhe der für die Beitragssatzstabilisierung erforderlichen Mittel erfolgen darf. Ein Abruf von Mitteln aus dem Pflegevorsorgefonds darf nicht zu einer Verringerung des Beitragssatzes im Vergleich zum Vorjahr führen. Gleichzeitig darf die maximale Obergrenze für den Mittelabruf (der zwanzigste Teil des Vermögensstandes zum 31.12.2034; erhöht sich jedes Jahr um die Inflationsrate) nicht überschritten werden, es sei denn, dass für die Vorjahre vorgesehene Mittel nicht oder nicht in vollem Umfang abgerufen wurden (s.o.). In diesem Fall bestimmt sich der maximal mögliche Mittelabruf aus der Obergrenze des laufenden Jahres zuzüglich der in den Vorjahren nicht oder nicht vollständig abgerufenen Mittel. Die Höhe der nicht oder nicht vollständig abgerufenen Mittel eines Jahres ergibt sich aus der Differenz zwischen der jährlichen Obergrenze und den im jeweiligen Jahr abgerufenen Mittel summiert über alle Vorjahre (mit Beginn im Jahr 2035). Darüber hinaus kann ein Mittelabruf aus dem Pflegevorsorgefonds nur erfolgen, soweit Fondsvermögen vorhanden ist.

Bei der Modellierung der Entwicklung des Vermögensstandes des Vorsorgefonds wurde angenommen, dass sich das vorhandene Fondsvermögen mit einem Zinssatz in Höhe der Inflationsrate zzgl. 1 % verzinst (positive reale Rendite). Es wurde weiter angenommen, dass Zinserträge reinvestiert werden (Thesaurierung). Für die Modellierung des Vermögensstandes des Vorsorgefonds wurden jedes Jahr Mittelzuführungen, Vermögenserträge und Mittelabrufe saldiert und der Saldo (positiv oder negativ) mit dem Vermögensstand des Vorjahres addiert. Der Zinsertrag eines Jahres basiert auf dem Vermögensstand zum Ende des Vorjahres.

Im Zeitraum 2015 bis 2022 wurden dem Fonds Mittel in Höhe von insgesamt 11.358.429.717 zugeführt.¹⁰ Bei einer angenommenen Verzinsung in Höhe von 2,5 % pro Jahr beläuft sich der Nominalwert/Nennwert der Aktiva des Vorsorgefonds zum Ende des Jahres 2022 auf rund 12,3 Mrd. €.

3.3.6 Mittelbestand

Die Pflegekassen halten einen Mittelbestand (§ 62 SGB XI) in Form von Betriebsmitteln (§ 63 SGB XI) und einer Rücklage (§ 64 SGB XI). Die Betriebsmittel dürfen dem Betrag nach die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der Pflegekassen nicht übersteigen (Obergrenze), Rücklagen sind im Umfang von den hälftigen monatlichen Ausgaben zu bilden (Rücklagesoll, gleichzeitig Obergrenze). Im Jahr 2022 belief sich der Mittelbestand der SPV auf 5,6 Mrd. € (inkl. Darlehen des Bundes). Der Mittelbestand wurde bei der Modellierung unverändert auf diesem Ausgangsniveau belassen. Er wurde somit nicht zur Deckung eines Finanzbedarfs herangezogen.

3.3.7 Ermittlung des Beitragssatzes

Modellendogen ermittelt wurde für jedes Projektionsjahr und jedes Szenario der rechnerische, ausgabendeckende Beitragssatz. Über diesen wurde anschließend eine Staffelung nach der Kinderzahl gemäß geltendem Recht gelegt.

3.3.7.1 Ausgabendeckender Beitragssatz

Der rechnerische, ausgabendeckende Beitragssatz eines Jahres ist der Beitragssatz, der erforderlich ist, um die Ausgaben der SPV vollständig zu decken. Hierfür wurde in jedem Prognosejahr die Deckungslücke bestimmt, die durch Beitragszahlungen vollständig zu schließen ist. Die Deckungslücke eines Jahres ergibt sich aus den prognostizierten Ausgaben (Projektion der SPV-Ausgaben siehe Abschnitt 3.3.4), inklusive ggfs. erfolgreicher Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.5), abzüglich der sonstigen Einnahmen der SPV (siehe Abschnitt 3.3.3.4) und ggfs. erfolgreicher Mittelabrufe aus dem Pflegevorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.3.5). Die Beitragssatzhöhe wurde bestimmt durch Division der Deckungslücke durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der SPV (Projektion der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder siehe Abschnitte 3.3.3.2 und 3.3.3.3).

3.3.7.2 Beitragssatzstaffelung

Im Basisjahr 2022 war die Beitragssatzstruktur noch vergleichsweise einfach. Kinderlose Mitglieder mussten nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr

¹⁰ https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Ausgleichsfonds/20230206Zufuehrung_zum_Pflegevorsorgefonds.pdf [abgerufen am 30.11.2023]

vollendet hatten einen Beitragszuschlag, einen Beitragszuschlag zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz zahlen (§ 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI; sog. Beitragszuschlag für Kinderlose). Für Bürgergeldbeziehende wurde der Beitragszuschlag nicht erhoben. Für sie kam ein Beitragssatz von 3,05 % zur Anwendung.

Seit dem 01.07.2023 gilt eine komplexere Beitragssatzstruktur. Der Beitragssatz wird nach der Kinderanzahl differenziert, um einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 umzusetzen. Die neue Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl („Beitragssatzstaffelung“) sieht weiterhin einen regulären Beitragssatz für einige Gruppen vor (§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) und einen um einen Beitragszuschlag erhöhten Beitragssatz für kinderlose Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Allerdings gibt es nun zusätzlich Abschläge vom regulären Beitragssatz für Eltern von Kindern, deren Höhe sich nach dem Alter und der Anzahl der Kinder bestimmen. Es ergibt sich eine gesetzliche Beitragssatzstaffelung nach sechs unterschiedlichen Beitragssätzen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesetzliche Beitragssatzstaffelung (seit 01.07.2023)

Beitragssatzgruppe	Gesetzlicher Beitragssatz
Kinderlos und gleichzeitig 23 Jahre alt oder älter	4,00%
a) mit einem Kind < 25 Jahre oder b) mit einem Kind >= 25 Jahre oder c) mit mehr als einem Kind >= 25 Jahre oder d) kinderlos und gleichzeitig < 23 Jahre oder e) vor dem 01.01.1940 geboren oder f) Wehr- oder Zivildienstleistende oder g) Bürgergeldbeziehende	3,40%
mit zwei Kindern (je <25 Jahre)	3,15%
mit drei Kindern (je <25 Jahre)	2,90%
mit vier Kindern (je <25 Jahre)	2,65%
mit fünf oder mehr Kindern (je <25 Jahre)	2,40%

Quelle: IGES auf Grundlage von § 55 SGB XI

Für das Basisjahr 2022 war im Modell der durchschnittliche Beitragssatz für die sechs differenziert modellierten Mitgliedergruppen (siehe Abschnitt 3.3.3.1) zu ermitteln. Dafür wurde auf den rechnerischen Beitragssatz, der sich aus den Beitragseinnahmen und der Summe der bpE jeweils für die Mitgliedergruppen ergibt, abgestellt.¹¹

¹¹ In der Modellierung sowohl für das Basisjahr 2022 als auch für alle Projektionsjahre wurde die Beitragsregelung für die in der SPV relativ kleine Gruppe der Beihilfeberechtigten, die vorsieht, dass für diese abgesehen vom Beitragsaufschlag der Kinderlosen, nur der jeweils

Für die Abbildung der komplexeren Beitragssatzstaffelung in allen Projektionsjahren (ab 2023) musste zunächst eine Schätzung der Verteilung der Anzahl und des Alters der Kinder in der Population der SPV-Mitglieder vorgenommen werden. Dafür wurden Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) hilfsweise herangezogen, da keine Daten zu Alter und Anzahl der Kinder für die Population der SPV-Mitglieder im Durchschnitt veröffentlicht vorliegen.¹² Die Publikationen des Mikrozensus sind für diese Strukturinformation allein nicht ausreichend, da dort keine Differenzierung nach Krankenversicherungsstatus (gesetzlich/privat sowie Mitglieder/Mitversicherte) vorgenommen wird. Aus dem Mikrozensus wurde allerdings zusätzlich eine Information zum generellen Niveau der Kinderzahl je Frau verwendet, da dieses Niveau im SOEP nur unzureichend genau abgebildet werden kann.

Die Beitragssatzstaffelung wurde im Modell hinterlegt und kann bei Bedarf für alle Projektionsjahre ausgegeben werden. Für das Jahr 2023 wurde die unterjährige Gesetzesänderung berücksichtigt und hälftig das alte Recht und hälftig das neue Recht umgesetzt. Die Beitragssatzstaffelung¹³ hat keine rekursive Relevanz für die Modellberechnungen, da sie nicht wieder zurück in die Modellberechnung einbezogen wurde. Der einzige modellendogene Beitragssatz ist der ausgabendeckende gesamt durchschnittliche Beitragssatz. Die Beitragssatzstaffelung in den Projektionsjahren wurde daher für den vorliegenden Bericht nicht ausgewiesen.

3.3.8 Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten bei vollstationärer Pflege

Die Projektion der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Investitionskosten und der Ausbildungskosten, die von pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Langzeitpflege und Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) zu tragen sind, erfolgte auf der Grundlage der Projektion der dementsprechenden Leistungsempfänger (siehe Abschnitt 3.3.4) und der Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge.

Für die Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge wurden aus Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) monats-

hälftige Beitragssatz zugrunde zu legen ist (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI), unberücksichtigt gelassen. Diese Vereinfachung hat keine Auswirkungen auf den ausgabendeckenden Beitragssatz in quantitativ relevanter Größenordnung, da die Beihilfeberechtigten in der SPV einen Anteil von schätzungsweise nur 0,2 % aller Mitglieder ausmachen.

¹² Insofern das SOEP für diese Gruppe eingeschränkt repräsentativ ist, kann auch dieser Ansatz nur eine Näherung erreichen. Diese sollte jedoch hinreichend genau sein, um die weitere Herleitung der Beitragssatzstruktur auf dieser zu basieren.

¹³ Es handelt sich um eine hypothetische Beitragssatzstaffelung. Die Bürgergeldbeziehenden wurden dabei der Beitragssatzgruppe „mit einem Kind“ (Beitragssatz 3,40 % im Jahr 2023) zugeordnet. Das ist eine beispielhafte Ausgestaltung der Beitragssatzstaffelung, alternativ wären andere Ausgestaltungen denkbar.

durchschnittliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie monatsdurchschnittliche Investitionskosten recherchiert.¹⁴ Ausweislich dieser Veröffentlichungen beliefen sich die monatsdurchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Jahr 2022 (Stand: 31.12.2022) auf 842,- € und die monatsdurchschnittlichen Investitionskosten auf 470,- €.¹⁵

Gemäß Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) belief sich der bundesdurchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) inklusive der Ausbildungsumlage zum Stichtag am 30.06.2023 auf eine Höhe von 1.325,- € pro Monat¹⁶ und zum 30.09.2023 auf 1.400,- € pro Monat.¹⁷ Der Verband der Ersatzkassen (vdek) weist zum 01.07.2023 den bundesdurchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) ohne Ausbildungsumlagen mit einer Höhe von 1.245,- € aus.¹⁸ Die Differenz der Angaben von WIdO und vdek zum Stichtag am 30.06.2023 bzw. 01.07.2023 wurde als Schätzwert für die durchschnittliche Höhe der Ausbildungsumlage herangezogen. Rechnerisch beträgt diese bundesdurchschnittlich 80,- € pro Monat zum 30.06.2023 bzw. 01.07.2023. Unter Berücksichtigung einer jährlichen Lohnsteigerung für 2023 in Höhe von 4,4 % (siehe Tabelle 3), ergibt sich zum 31.12.2022 eine von den pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Pflege zu tragende Ausbildungsumlage in Höhe von 78,31 € pro Monat.

Dementsprechend ergeben sich im Basisjahr 2022 für jede ganzjährig vollstationär versorgte pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) jahresdurchschnittliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 10.104,- €, jahresdurchschnittliche Investitionskosten in Höhe von 5.640,- € und eine jahresdurchschnittliche Beteiligung an den Ausbildungskosten in Höhe von 939,72 €.

Für die Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge wurde eine Kostensteigerungsrate rekursiv auf die durchschnittlichen Kostenbeträge des Vorjahres angewandt. Die Steigerungsrate der Kosten für Unterkunft und Verpflegung wurde in Höhe der Pflegekostensteigerungsrate festgelegt, die sich wiederum zu 2/3 aus der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 aus der Inflationsrate zusammensetzt. Die Steigerungsrate der Investitionskosten wurde auf Basis der Kostensteigerung im Zeitraum 2017 bis 2022 von 426,- € auf 470,- € entsprechend einer durchschnittlichen

¹⁴ <https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/> [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁵ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/Abbildungen_Entwicklung_der_Eigenanteile_in_der_vollstationaeren_Pflege_Stand_30.06.2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁶ Ebd.

¹⁷ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/Abbildungen_Entwicklung_der_Eigenanteile_in_der_vollstationaeren_Pflege_Stand_30.09.2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁸ https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2023/eigenbeteiligung_grafiken_07_2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

Kostensteigerungsrate in Höhe von jährlich 1,99 % zu 2/3 mit der Inflationsrate und zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate festgelegt. Bei den Ausbildungskosten wurde ausschließlich die Lohnsteigerungsrate zugrunde gelegt.

Die Projektion der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Investitionskosten und der Ausbildungskosten ergibt sich durch Multiplikation der Projektion der jeweiligen durchschnittlichen Kostenbeträge mit der Projektion der korrespondierenden Leistungsempfänger (vollstationäre Versorgung, Pflegegrade 2 bis 5, ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe).

3.3.9 Inanspruchnahme der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege und der damit verbundenen Ausgaben

Die Statistik der Leistungsempfänger von Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege liegt differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsart vor. Für einzelne Leistungsarten (bspw. ambulante Sachleistung, vollstationäre Pflege, etc.) ist darüber hinaus eine Differenzierung nach dem Pflegegrad enthalten. Die Leistungsausgaben enthalten demgegenüber nur eine Differenzierung nach der Leistungsart und für einige Leistungsarten eine ergänzende Differenzierung nach dem Pflegegrad. Eine Differenzierung nach Altersgruppe und Geschlecht liegt in der Ausgabenstatistik nicht vor.

Im ersten Schritt wurden die Statistik der Leistungsempfänger von Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege und die damit korrespondierenden Ausgabenstatistik in eine gemeinsame Statistik zusammengeführt. Hierfür wurden die Leistungsausgaben differenziert nach Leistungsart und Pflegegrad auf die korrespondierende Verteilung der Leistungsempfängerstatistik nach Geschlecht und Altersgruppe umgelegt. Hierbei wurde angenommen, dass die leistungsart- und pflegegradbezogenen Leistungsausgaben entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung der Leistungsempfänger verteilt sind, die Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben demnach allein von der Leistungsart und dem Pflegegrad abhängt, und darüber hinaus keine alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen.

Die weitere Vorgehensweise bei der Projektion der Sozialhilfestatistik unterscheidet sich zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Ambulanter Bereich

Analog zu der in Abschnitt 3.3.4.3 dargestellten Vorgehensweise bei der Projektion der Leistungsausgaben der SPV wurde für jede Kombination aus Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad der Sozialhilfestatistik eine Bezugsgröße der Pflegeleistungsempfänger bestimmt. Die Bezugspopulation für die Leistungspositionen der Sozialhilfestatistik wurde anhand der Leistungsart und dem Pflegegrad abgegrenzt und entspricht der in Abschnitt 3.3.4.3 dargestellten Konzeption.

Die Anzahl der Empfänger von Sozialhilfeleistungen im Basisjahr 2022 wurde in Relation zu ihrer jeweiligen Bezugspopulation im selben Jahr gesetzt und die Inanspruchnahmehäufigkeit innerhalb der Bezugspopulation im Basisjahr bestimmt.

Für die Projektion der zeitlichen Entwicklung der Sozialhilfestatistik wurde angenommen, dass die auf diese Weise ermittelte, alters-, geschlechts-, pflegegrad- und leistungsartspezifische Inanspruchnahmehäufigkeit im Zeitverlauf konstant bleibt. Angewandt auf die Projektion der Zahl der Leistungsempfänger (vgl. Abschnitt 3.3.4.2) ergibt sich die Projektion der Zahl der Empfänger von Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Im nächsten Schritt wurde eine Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge je Leistungsempfänger erstellt. Hierfür wurden die sich aus der zusammengeführten Sozialhilfestatistik (s.o.) ergebenden, nach Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad differenzierten durchschnittlichen Leistungsbeträge mit einer Preissteigerungsrate fortgeschrieben. Als Preissteigerungsrate wurde die Pflegekostensteigerungsrate verwendet (2/3 Lohnsteigerungsrate, 1/3 Inflationsrate). Das Produkt aus der Projektion der Empfängerzahl von Sozialhilfeleistungen und der Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge ergibt die Projektion der Sozialhilfeausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Vollstationärer Bereich

Für den vollstationären Bereich wurden zunächst analog zum ambulanten Bereich die Inanspruchnahmequote innerhalb der Bezugspopulation (Leistungsempfänger mit vollstationärer Pflege differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Leistungsart) und die Höhe der durchschnittlichen Leistungsbeträge bestimmt. Die weitere Vorgehensweise unterscheidet sich jedoch vom ambulanten Bereich. Im vollstationären Bereich liegt – in Abweichung zum ambulanten Bereich – mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen (EEE) eine Bezugsgröße für die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen vor. Dadurch konnte die Projektion der Leistungsausgaben für die Hilfe zur Pflege im stationären Bereich differenzierter als im ambulanten Bereich erfolgen. Da die Bezugsgröße (die EEE) für alle Pflegegrade gleich hoch ist, war eine Unterscheidung/Differenzierung nach dem Pflegegrad nicht erforderlich.

Als Bezugsgröße für die Leistungshöhe der Hilfe zur Pflege wurde die Summe aus EEE, Ausbildungskosten und Investitionskosten ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und abzgl. der Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den pflegebedingten Eigenanteilen berechnet. Für die EEE sowie die Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den EEE lag aus Abschnitt 3.3.4.4 bereits eine Projektion vor. Die Vorgehensweise bei der Projektion der Ausbildungs- und Investitionskosten ist in Abschnitt 3.3.8 beschrieben. Die Summe aus EEE, Ausbildungskosten und Investitionskosten (ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung) abzgl. der Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den pflegebedingten Eigenanteilen stellt die privat zu finanzierenden Pflegekosten dar.

Im nächsten Schritt wurde eine Projektion der Anzahl der Leistungsempfänger erstellt. In Abweichung zum ambulanten Bereich wurde nicht von einer konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmehäufigkeit ausgegangen, sondern von einer Abhängigkeit der Inanspruchnahmehäufigkeit von der Höhe der durchschnittlichen privat zu finanzierenden Pflegekosten: Je höher die privat zu

finanzierenden Pflegekosten (insbesondere EEE) unter sonst gleichen Bedingungen ausfallen, desto höher ist der Anteil der Leistungsempfänger von Sozialleistungen.

Dieser Zusammenhang zwischen der Höhe der durchschnittlichen, privat zu tragenden Pflegekosten und der Inanspruchnahmehäufigkeit von Sozialleistungen kann aus vorliegenden empirischen Daten nicht geschätzt werden. Der Rückgang der Zahl der Sozialleistungsempfänger nach Einführung der Zuschüsse zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen im Jahr 2022 belegt jedoch, dass ein solcher Zusammenhang existiert. Für die Prognose der Inanspruchnahmehäufigkeit von Sozialleistungen wurde dieser (funktionale) Zusammenhang mit einer Funktion modelliert, die Modellcharakter aufweist. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass der Sozialhilfeanteil mit Hilfe zur Pflege durch die probit-Funktion (inverse der Standardnormalverteilung) in Abhängigkeit von den durchschnittlichen, privat zu tragenden Pflegekosten beschrieben wird.

Auf Basis der Projektion der privat zu tragenden Pflegekosten wurde unter Anwendung dieses funktionalen Zusammenhangs der Anteil der Sozialleistungsempfänger an der nach Geschlecht und Alter differenzierten Bezugspopulation (vollstationäre Pflege, Pflegegrade 2 bis 5) bestimmt. Angewandt auf die Bezugspopulation ergibt sich die Projektion der Zahl der Sozialleistungsempfänger.

Bei Empfängern von Sozialleistungen (Hilfe zur Pflege) wurden die privat zu finanzierenden Pflegekosten teilweise über den Bezug von Sozialleistungen und teilweise durch die Anrechnung privater Einkommen und Vermögen geleistet. Aus der Differenz zwischen den privat zu finanzierenden Pflegekosten und den durchschnittlichen Sozialhilfeleistungsbeträgen ergibt sich für die Empfänger von Sozialhilfeleistungen der aus privatem Einkommen und Vermögen angerechnete Leistungsbetrag (Anrechnung von Einkommen und Vermögen).

Für die Modellierung der Höhe der Inanspruchnahme von Sozialleistungen wurde dieser Anrechnungsbetrag aus privatem Einkommen und Vermögen des Basisjahres 2022 mit der Lohnsteigerungsrate fortgeschrieben.

Aus der Differenz der Projektion der durchschnittlichen privat zu finanzierenden Pflegekosten (Definition s.o.) und der Projektion des durchschnittlichen anrechenbaren Einkommens und Vermögens ergibt sich die Projektion des durchschnittlichen Sozialhilfeleistungsbetrags. Das Produkt aus der Projektion der Sozialleistungsempfängerzahl und der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Hilfe zu Pflege ergibt die Gesamtausgaben für Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die ausgewiesenen Ergebnisgrößen lediglich Leistungsempfänger und Leistungsausgaben für SPV-Versicherte beinhalten. Die Anzahl der Leistungsempfänger mit Versicherung in der PPV sowie die damit korrespondierenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege sind in der Darstellung nicht enthalten (vgl. auch Abschnitt 3.2).

3.3.10 Kalkulatorische Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege

Das Grundprinzip der Schätzung der kalkulatorischen Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege entspricht dem von Schwinger und Tsiasioti im Pflege-Report 2020 angewandten Verfahren (Schwinger & Tsiasioti, 2020). Für die Bestimmung der kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege von vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 wurden die monatsdurchschnittlichen ambulanten Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) aus den Auswertungen des WIdO (siehe Abschnitt 3.1) auf die Projektion der Zahl der vollstationär versorgten Leistungsempfänger (siehe Abschnitt 3.3.4.2) angewandt. Die Projektion erfolgte differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad. Die durchschnittlichen Kostenbeträge wurden mit der Pflegekostensteigerungsrate (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate) fortgeschrieben.

Die ausgewiesenen Kostenbeträge reflektieren die kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im vollstationären Bereich von pflegebedürftigen SPV-Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 ohne Berücksichtigung der außerklinischen Intensivpflege (AKI). Die Betrachtung erfolgt ohne Berücksichtigung von AKI, da bei AKI bereits Regelungen zur Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bestehen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Schätzung der kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im vollstationären Bereich auf Grundlage der Kosten der HKP im ambulanten Bereich mit Unschärfen verbunden ist, die möglicherweise zu einer Unter- oder einer Überschätzung beitragen. Die Unschärfen sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, wobei nicht festgestellt werden kann, ob bei gemeinsamer Betrachtung aller Faktoren in der Summe eine Unter- oder eine Überschätzung vorliegt.

So sind beispielsweise bei den im ambulanten Bereich bestimmten durchschnittlichen Kostenbeträge auch Leistungspositionen enthalten, die im stationären Bereich nicht anfallen. Als Beispiel werden von Schwinger und Tsiasioti im Pflege-Report 2020 Fahrtkosten genannt, die aufgrund von häufig vereinbarten Pauschalvergütungen nicht von den Pflegekosten im engeren Sinn zu trennen sind (Schwinger & Tsiasioti, 2020, S. 48). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die im ambulanten Bereich bestimmten Kostenbeträge auf Vereinbarungen von Einzelpreisen für die jeweiligen Leistungen im ambulanten Bereich basieren, die im stationären Bereich aufgrund besserer Skalierbarkeit möglicherweise niedriger ausfallen würden.¹⁹

Andererseits könnte der Anteil der Personen mit Inanspruchnahme medizinischer Behandlungspflege sowie der Umfang der Leistungsanspruchnahme bei gleichem Pflegegrad im stationären Bereich höher ausfallen als im ambulanten Setting, da im ambulanten Setting Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

¹⁹ Ebd.

auch von Pflegepersonen erbracht werden könnten, was im stationären Bereich nicht möglich ist. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Gründe für den Wechsel vom ambulanten Versorgungsbereich in das stationäre Setting bei gleichem Pflegegrad mit einer Erhöhung des Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege verbunden ist (d.h. damit einhergeht).

Der Umfang dieser gegenläufigen Effekte kann nicht quantifiziert werden. In Ermangelung einer Quantifizierung dieser Effekte wird im Rahmen der Modellierung davon ausgegangen, dass sich diese gegenseitig aufheben.

4. Annahmen und Überblick Projektionsszenarien

Zunächst werden zentrale Modellannahmen dargestellt, die szenarienübergreifend umgesetzt wurden (Abschnitt 4.1). Anschließend werden die Projektionsszenarien und die über diese variierenden Annahmen in einem Überblick dargestellt (Abschnitt 4.2).

4.1 Annahmen (in Szenarien einheitlich)

Die zentralen Modellannahmen, die szenarienübergreifend umgesetzt wurden, beziehen sich überwiegend auf den Projektionszeitraum vor dem Jahr 2029 (Ausnahme: Rentenentwicklung) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zentrale Modellannahmen (szenarienübergreifend)

Variable	Annahmen
Lohnentwicklung	Vor 2029: zwischen 3,0 % und 5,3 % (gem. mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung)
Rentenentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - vor 2029: zwischen 2,6 % und 4,4 % (gemäß Rentenversicherungsbericht 2023) - 2029-2037: zwischen 0,9 % und 2,8 % (gemäß Rentenversicherungsbericht 2023) (+/- 1 %-Punkt je Szenario) - ab 2038: gekoppelt an Lohnentwicklung
Inflation	<ul style="list-style-type: none"> - vor 2029: 6,1% in 2023, 2,4 % in 2024 und jeweils 2,0 % in 2025-2028 (gemäß mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung) - ab 2029: einheitlich +1,5 % p.a.
Dynamisierung der Pflegeleistungen (nicht in Szenarien 7 bis 9)	vor 2029: Sach- und Geldleistungen je: <ul style="list-style-type: none"> - 4,5 % in 2025 - 6,6 % in 2028 (kumulierte Inflation 2024-2026)
Vollstationäre Pflegekosten (Änderungsrate)	2/3 gemäß Lohnentwicklung (jeweiliges Szenario) 1/3 gemäß Inflationsrate
Demografie	Gemäß 15. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung in der mittleren Variante (G2L2W2)
Mitgliederzahl	Rückgang von 57,7 Mio. in 2022 auf 56,2 Mio. in 2060 (\emptyset -0,07 % p.a.)
Versichertenzahl	Rückgang von 73,7 Mio. in 2022 auf 72,6 Mio. in 2060 (\emptyset -0,04 % p.a.)

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Die Inflationsrate wurde grundsätzlich mit einer Höhe von 1,5 % festgelegt, allerdings höher in den Jahren 2023 bis 2028. Abweichend von den dargestellten Festlegungen wurde der Modellrechnung aufgrund der aktuell hohen Inflationsrate für die Jahre 2023 bis 2028 eine höhere Inflationsrate von zwischen 2,0 % und 6,1 % zugrunde gelegt (vgl. Tabelle 2).

4.2 Projektionsszenarien

Umgesetzt wurden insgesamt neun unterschiedliche Modellszenarien, bei denen bestimmte, vorab festgelegte Modellparameter variiert wurden. Die Modellszenarien umfassen drei unterschiedliche Varianten der Leistungsdynamisierung, die mit drei unterschiedlichen Varianten für die Lohnentwicklung und die Entwicklung der altersspezifischen Pflegeprävalenz kombiniert wurden.

Varianten für die Leistungsdynamisierung:

1. Pflegeleistungsbetragssteigerung in Höhe von 4,5 % im Jahr 2025 und in Höhe der akkumulierten Inflationsrate der Jahre 2024 bis 2026 im Jahr 2028. Ab dem Jahr 2029 Fortschreibung der (Sach- und Geld-)Leistungen (Leistungsbeträge) mit der Inflationsrate (1,5 %).
2. Pflegeleistungsbetragssteigerung in Höhe von 4,5 % im Jahr 2025 und in Höhe der akkumulierten Inflationsrate der Jahre 2024 bis 2026 im Jahr 2028. Ab dem Jahr 2029 unter Berücksichtigung der hohen Personalintensität von Pflegeleistungen Fortschreibung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 mit der Inflationsrate sowie Fortschreibung der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate.
3. Konstante Pflegeleistungsbeträge für die Jahre 2023 bis 2060 („Nullszenarien“)

Die „Nullszenarien“ ohne Leistungsdynamisierung setzen damit über den gesamten Projektionszeitraum keinerlei Leistungsdynamisierung um. Sie haben damit in erster Linie eine analytische Funktion, sie dienen als Referenzszenario im Rahmen der Bemessung der Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung. Es handelt sich dabei nicht um realistische Szenarien, denn in ihnen wird somit auch von der bereits gesetzlich beschlossenen Leistungsdynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 (s. o.) abstrahiert.

Varianten für die Lohnentwicklung und die Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit:

1. Mittlere Variante: Lohnentwicklung gemäß mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung in Höhe von 3 % und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen Zeitraum von 10 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.
2. Optimistische Variante: Lohnentwicklung in Höhe von jährlich 4 %, d.h. ein Prozentpunkt höher als bei der mittleren Variante und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen Zeitraum von 5 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.
3. Pessimistische Variante: Lohnentwicklung in Höhe von jährlich 2 %, d.h. ein Prozentpunkt niedriger als in der mittleren Variante und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen

Zeitraum von 15 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.

Insgesamt ergeben sich damit neun Modellszenarien, die in Tabelle 3 zusammengefasst dargestellt werden.

Tabelle 3: Modellszenarien im Überblick

Szenario	Leistungsdynamisierung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Lohnentwicklung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate ab 2023)
1	1,5 %	3,0 %	10 Jahre
2	1,5 %	4,0 %	5 Jahre
3	1,5 %	2,0 %	15 Jahre
4 (Basis)	Sachleistungen*: 2,5 % Geldleistungen*: 2,0 %	3,0 %	10 Jahre
5	Sachleistungen*: 3,2 % Geldleistungen*: 2,3 %	4,0 %	5 Jahre
6	Sachleistungen*: 1,8 % Geldleistungen*: 1,7 %	2,0 %	15 Jahre
7	0,0 %	3,0 %	10 Jahre
8	0,0 %	4,0 %	5 Jahre
9	0,0 %	2,0 %	15 Jahre

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkungen: * Sachleistungen zu 2/3 Lohnentwicklung und 1/3 Inflation,
Geldleistungen zu 1/3 Lohnentwicklung und 2/3 Inflation

Basisszenario:

Das Szenario 4 wurde als Basisszenario gewählt. Das Basisszenario steht im Rahmen der Ergebnisdarstellung (siehe Abschnitt 5.2) im Mittelpunkt. Es ist gekennzeichnet durch

- ◆ eine Leistungsdynamisierung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate (3,0 %) und zu 1/3 mit der Inflationsrate (1,5 %) bzw. der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate,
- ◆ einem mittleren Lohnwachstum (3,0 %) sowie
- ◆ einer mittleren Länge des Übergangszeitraums mit steigender altersspezifischer Pflegeprävalenz (10 Jahre).

Damit steigen im Basisszenario die Pflegekosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen annahmegemäß mit der gleichen Zuwachsrate wie die Pflegesachleistungen (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate).

5. Zentrale Ergebnisse im Szenarienvergleich

Zunächst werden die zentralen Projektionsergebnisse im Vergleich über alle neun berechneten Szenarien dargestellt. Die Darstellung wird dabei zum einen auf die szenariendefinierenden Merkmale (Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Prävalenzentwicklung) und zum anderen auf die ergebnisrelevanten Merkmale (Anzahl der Pflegebedürftigen, Leistungsausgaben je Leistungsempfänger, bpE je Mitglied, ausgabendeckender Beitragssatz, „effektiver“ EEE je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI) konzentriert. Dargestellt werden die Ergebnisse für die Simulationsvariante, in der der Beitragssatz die zentrale modellendogene Größe darstellt. Ergebnisse für die alternative Simulationsvariante, bei der der Bundeszuschuss die zentrale modellendogene Größe darstellt, lassen sich mit dem Modell erzeugen, werden aber in diesem Bericht nicht dargestellt.

Die zentralen Ergebnisse werden zum einen mit ihrer Veränderung (durchschnittliche jährliche Zuwachsrate) über den Projektionszeitraum (2022 bis 2060) dargestellt (Tabelle 4). Zum anderen werden die zentralen Ergebnisse mit Absolutwerten im Vergleich des Basisjahrs (2022) mit dem Zieljahr (2060) dargestellt (Tabelle 5). In beiden Darstellungen wurde eine Anordnung der Szenarien absteigend nach der Höhe des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Zieljahr 2060 gewählt.

5.1 Jährliche Änderungsraten

In der absteigenden Anordnung nach dem Beitragssatz lassen sich Zusammenhänge zwischen der Höhe des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Zieljahr 2060 und den szenariendefinierenden Merkmalen erkennen. Zum einen zeigt sich, dass es kein Merkmal gibt, das die Anordnung dominant treibt. Vielmehr tragen alle drei szenariendefinierenden Merkmale zur Höhe des Beitragssatzes bei, sodass diese sich letztlich aus dem Zusammenwirken aller drei Merkmale ergibt.

In der Tendenz zeigt sich allerdings, dass die Lohnentwicklung im Zusammenwirken mit der Entwicklung der Pflegeprävalenz die Reihenfolge der Szenarien nach Höhe des Beitragssatzes zu einem wesentlichen Teil bestimmt. So ergibt sich in den Szenarien 3 und 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %) und gleichzeitig starker Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,9 % p. a.) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über die kommenden 15 Jahre der mit Abstand stärkste Beitragssatzanstieg (bis auf 5,5 % bzw. 5,8 % im Jahr 2060) (Tabelle 4). Diese beiden sind die einzigen Szenarien, in denen der Beitragssatz stärker steigt als im Basiszenario 4, welches von einer mittleren Lohnentwicklung (3 %) und gleichzeitig einem mittleren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,4 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über die kommenden 10 Jahre geprägt ist.

Fast spiegelbildlich finden sich die Szenarien 2, 5 und 8 mit jeweils stärkerer Lohnentwicklung (4 %) und gleichzeitig geringem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,0 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz nur über die kommenden 5 Jahre in der unteren Hälfte der Anordnung nach der Höhe des Beitragssatzes. Bei

hoher Lohnentwicklung liegt der Beitragssatz im Jahr 2060 sogar unterhalb (Szenarien 2 und 8) des Satzes im Ausgangsjahr (ca. 3,2 % im Jahr 2022) oder nur geringfügig darüber (Szenario 5). Auf ähnlich niedrigem Niveau kann der Beitragssatz bei mittlerer Lohnentwicklung (3 %) nur gehalten werden, wenn keinerlei Leistungsdynamisierung vorgenommen wird (Szenario 7).

Im Mittelfeld der Anordnung nach Beitragssatzhöhe befinden sich die Szenarien 1, 9 und 5, bei denen entweder eine Kombination aus hoher Lohnentwicklung und hoher Leistungsdynamisierung (Szenario 5) oder eine Kombination aus geringer Lohnentwicklung und geringer Leistungsdynamisierung (Szenario 9) oder eine Kombination aus mittlerer Lohnentwicklung und mittlerer Leistungsdynamisierung (Szenario 1) vorliegt.

Das szenariendefinierende Merkmal der Leistungsdynamisierung hingegen scheint für sich genommen in einem vergleichsweise weniger eindeutigen Zusammenhang zur Höhe des Beitragssatzes im Zieljahr zu stehen. Zwar weisen die Szenarien mit dem geringsten Beitragssatzanstieg (Szenarien 7 und 8) jeweils keine Leistungsdynamisierung auf. Allerdings liegt auch das Szenario 5 mit der höchsten Leistungsdynamisierung in der unteren Hälfte der Szenarienanordnung. Die Szenarien mit den höchsten Beitragssätzen (Szenarien 6 und 3) weisen jeweils eine geringere Leistungsdynamisierung auf.

Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Leistungsdynamisierung das einzige der drei szenariendefinierenden Merkmale darstellt, welches nicht synchron mit den jeweils anderen beiden Merkmalen kombiniert wurde. Die Lohnentwicklung und die Pflegeprävalenz hingegen wurden synchron zueinander kombiniert: Eine geringe Lohnentwicklung ist stets mit einer hohen Pflegeprävalenzentwicklung kombiniert worden (Szenarien 3, 6 und 9), wobei beide Merkmalsausprägungen in Richtung eines hohen Beitragssatzes deuten. Entsprechend wurde eine hohe Lohnentwicklung stets mit einer geringen Pflegeprävalenzentwicklung kombiniert (Szenarien 2, 5 und 8), wobei beide Merkmalsausprägungen in Richtung eines niedrigen Beitragssatzes deuten. In dieser Kombination verstärken sich die beiden Merkmale Lohnentwicklung und Pflegeprävalenzentwicklung bei ihrer Finanzwirkung also. In der Folge kann man ihren Zusammenhang zur Beitragssatzentwicklung aus der Anordnung der Szenarien nach Beitragssatzhöhe deutlicher entnehmen. Auf das Merkmal der Leistungsdynamisierung trifft dies nicht zu. Daraus kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die Leistungsdynamisierung einen geringeren Zusammenhang zur Beitragssatzentwicklung aufweist.

Aus dem Vergleich der Szenarien 1 mit 9 sowie der Szenarien 2 mit 7 lässt sich darüber hinaus ableiten, dass eine Erhöhung der Leistungsdynamisierung um 1,5 Prozentpunkte pro Jahr (0,0 % vs. 1,5 %) in etwa den gleichen Beitragssatzeffekt aufweist wie eine Verringerung der Lohnentwicklung um 1,0 Prozentpunkte pro Jahr und gleichzeitiger Verlängerung des Zeitraums des Prävalenzanstiegs um fünf Jahre. Darauf deutet hin, dass die Szenarien 1 und 9 in etwa den gleichen Beitragssatz im Jahr 2060 aufweisen und die Szenarien 2 und 7 ebenfalls.

Tabelle 4: Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (Veränderung über den Projektionszeitraum)

Szenario	ausgaben- deckender Bei- tragssatz (2060)	Leistungs- dynamisierung (p.a. ab 2029)	Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (Ø p.a. bis 2060)	Lohn- entwicklung (p.a. ab 2029)	bpE je Mitglied (Ø p.a. bis 2060)	„Effektiver“ EEE je vollstationär versorg. Pflegerbed. (Ø p.a. bis 2060)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absen- kung Anstieg) (Ø p.a. bis 2060)	Anzahl Pflegerbedürftige (Ø p.a. bis 2060)
6	5,8%	1,7% / 1,8%	1,5%	2,0%	2,1%	2,2%	15 Jahre	1,9%
3	5,5%	1,5%	1,3%	2,0%	2,1%	2,5%	15 Jahre	1,9%
4	4,6%	2,0% / 2,5%	2,1%	3,0%	3,0%	2,7%	10 Jahre	1,4%
1	3,9%	1,5%	1,7%	3,0%	3,0%	3,5%	10 Jahre	1,4%
9	3,8%	0,0%	0,3%	2,0%	2,1%	3,5%	15 Jahre	1,9%
5	3,7%	2,3% / 3,2%	2,8%	4,0%	3,8%	3,3%	5 Jahre	1,0%
2	2,9%	1,5%	2,1%	4,0%	3,8%	4,4%	5 Jahre	1,0%
7	2,8%	0,0%	0,8%	3,0%	3,0%	4,2%	10 Jahre	1,4%
8	2,2%	0,0%	1,3%	4,0%	3,8%	5,0%	5 Jahre	1,0%

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: bpE: beitragspflichtige Einnahmen

„Effektiver“ EEE: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.

Tabelle 5: Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (im Jahr 2022 und im Jahr 2060)

Szenario	ausgaben- deckender Bei- tragsatz (2060)	Leistungs- dynamisierung (p.a. ab 2029)	Leistungs- empfänger (in 2060)	Lohn- entwicklung (p.a. ab 2029)	bpE je Mitglied (in 2060)	„Effektiver“ vollstationär versorg. Pflegerbed. (in 2060)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absen- kung Anstieg)	Anzahl Pflegerbedürftige (in 2060)
2022 (Ist)	3,2%	-	11.839 €	-	28.055 €	7.341 €	-	4,8 Mio.
6	5,8%	1,7% / 1,8%	20.494 €	2,0%	62.517 €	16.498 €	15 Jahre	9,6 Mio.
3	5,5%	1,5%	19.327 €	2,0%	62.517 €	18.584 €	15 Jahre	9,6 Mio.
4	4,6%	2,0% / 2,5%	26.138 €	3,0%	85.438 €	20.329 €	10 Jahre	8,1 Mio.
1	3,9%	1,5%	13.385 €	3,0%	85.438 €	27.278 €	10 Jahre	8,1 Mio.
9	3,8%	0,0%	22.155 €	2,0%	62.517 €	26.923 €	15 Jahre	9,6 Mio.
5	3,7%	2,3% / 3,2%	33.375 €	4,0%	116.410 €	25.016 €	5 Jahre	7,0 Mio.
2	2,9%	1,5%	25.812 €	4,0%	116.410 €	37.915 €	5 Jahre	7,0 Mio.
7	2,8%	0,0%	16.029 €	3,0%	85.438 €	35.618 €	10 Jahre	8,1 Mio.
8	2,2%	0,0%	19.517 €	4,0%	116.410 €	46.255 €	5 Jahre	7,0 Mio.

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: bpE: beitragspflichtige Einnahmen

„Effektiver“ EEE: Einrichtungs einheitlicher Eigenanteil (EEE) unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.

Im Jahr 2060 (Szenario 4) beträgt der „effektive“ EEE bei einer Aufenthaltsdauer in der vollstationären Pflegeeinrichtung von bis zu 12 Monaten durchschnittlich 32.947 €, bei über 12 bis zu 24 Monaten 27.133 €, bei über 24 bis zu 36 Monaten 19.381 € und bei über 36 Monaten 9.689 €. Die Euro-Beträge für Leistungsausgaben, bpE und „effektiven“ EEE wurden hier nicht diskontiert, sondern im Wert des Jahres 2060 dargestellt.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

5.2 Absolutwerte im Zieljahr

Die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger nehmen in allen neun betrachteten Szenarien bis zum Jahr 2060 im Vergleich zum Basisjahr 2022 zu (Tabelle 5). Im Jahr 2060 nehmen sie einen Betrag in der Bandbreite zwischen 13.385 € (Szenario 9) und 33.375 € (Szenario 5) an. Im Jahr 2022 betragen die Leistungsausgaben 11.839 € je Leistungsempfänger. Dabei wird deutlich, dass sich auch in den Szenarien ohne jegliche Leistungsdynamisierung (Szenarien 7, 8 und 9) eine Erhöhung der Pro-Kopf-Leistungsausgaben ergibt. Die Ursache dafür liegt in Verschiebungen zwischen den Versorgungsformen „ambulant“ und „stationär“, die sich szenarienübergreifend und somit unabhängig von der Leistungsdynamisierung aufgrund der Veränderung der Altersstruktur der Leistungsempfänger über den gesamten Projektionszeitraum modellendogen ergeben. Diese Bewegungen zeigen sich unabhängig von möglichen Personalengpässen, die die Verteilung der Leistungen dauerhaft stärker in Richtung des Pflegegelds im Vergleich zur Pflegesachleistung verschieben könnten.

Die unterschiedliche Stärke des Leistungsausgabenanstiegs in den drei „Null-Szenarien“ wiederum hängt mit dem unterschiedlichen Zeitraum des Anstiegs der Pflegeprävalenz zusammen. In Szenario 9 mit dem geringsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 am stärksten zu (auf 9,6 Mio.), und die Pflegeprävalenz steigt über den längsten Zeitraum (15 Jahre) an. Das hat zur Folge, dass zunächst eine vergleichsweise starke Verschiebung der Leistungsanteile vom stationären hin zum ambulanten Sektor erfolgt, denn die Pflegeprävalenz steigt im Basisjahr im ambulanten wesentlich stärker als im stationären Sektor, und dieser ungleichmäßige Anstieg wird in Szenario 9 am längsten fortgeschrieben (vgl. auch Abschnitt 6.2.3.2).

Nach der Übergangsphase (ca. Ende der 2030er Jahre) kehrt sich diese Entwicklung mit der danach angenommenen konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit um. Nun steigt die Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich stärker als im ambulanten. Diese Verschiebung hin zum vergleichsweise teuren Versorgungsbereich hält bis zum Ende des Projektionszeitraums an und lässt die Pro-Kopf-Leistungsausgaben steigen. Der ausgabensteigernde Effekt dieser Entwicklung überwiegt in der Betrachtung über den gesamten Projektionszeitraum den ausgabensenkenden Effekt der anfänglichen Übergangsphase mit steigenden Prävalenzen. Daher steigen die Pro-Kopf-Leistungsausgaben auch in den Szenarien ohne Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2060 insgesamt betrachtet an.

In den Szenarien 7 und 8 mit jeweils kürzerem Zeitraum des Prävalenzanstiegs steigen die Pro-Kopf-Leistungsausgaben entsprechend stärker als beim längsten Zeitraum. Den kräftigsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger weist Szenario 5 auf, bei dem zum einen die kräftigste Leistungsausgabendynamisierung unterstellt wurde und zum anderen die Pflegeprävalenzen über den kürzesten Zeit-

raum (5 Jahre) steigen, womit die Verschiebung vom vergleichsweise „teuren“ stationären Sektor hin zum „günstigeren“ ambulanten Sektor im Szenarienvergleich die geringste Wirkung entfalten kann.

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied folgt sehr eng der angenommenen Lohnentwicklung. Abweichungen von dieser ergeben sich bezüglich der Rentenentwicklung in den Jahren bis 2037, diese sind allerdings einheitlich über die Szenarien angenommen worden bzw. in einer proportionalen Spreizung zur Lohnentwicklung in den entsprechenden Szenarien umgesetzt worden (vgl. Tabelle 2). Somit ergeben sich in den Szenarien mit gleicher Lohnentwicklung auch bpE je Mitglied mit gleichem Betrag im Jahr 2060. Sie steigen auf 62.517 € je Mitglied bei geringer Lohnentwicklung, auf 85.438 € je Mitglied bei mittlerer Lohnentwicklung und auf 116.410 € je Mitglied bei hoher Lohnentwicklung.

Die Höhe des „effektiven“ einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE; unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer) im Jahr 2060 hingegen variiert über alle neun Szenarien. Sie ergibt sich im Wesentlichen aus der angenommenen Leistungsdynamisierung, der unterstellten Pflegeprävalenzsteigerung und der Entwicklung der Pflegekosten. Da letztere annahmegemäß unter anderem an die Lohnentwicklung gekoppelt ist (vgl. Tabelle 2), hängt die Höhe des „effektiven“ EEEs im Jahr 2060 indirekt auch mit der angenommenen Lohnentwicklung zusammen. Die „effektiven“ EEEs im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen liegen im Jahr 2060 in einer Bandbreite von 16.498 € in Szenario 6, das von einer mittleren Leistungsdynamisierung und einer geringen Lohnentwicklung (und somit auch geringen Pflegekostenentwicklung) geprägt ist, bis 46.255 € in Szenario 8, das zum einen keinerlei Leistungsdynamisierung und zum anderen eine hohe Lohnentwicklung (und somit auch hohe Pflegekostenentwicklung) vorsieht (vgl. auch die Ausführungen zu den Kosten der privaten Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Abschnitt 6.4).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 ergibt sich aus der demografischen Entwicklung und der angenommenen Entwicklung der Pflegeprävalenz. Die demografische Entwicklung ist über alle Szenarien einheitlich, somit variiert die Anzahl der Pflegebedürftigen nur mit dem Zeitraum des Anstiegs der Pflegeprävalenz. In den Szenarien mit einem fünfjährigen Anstieg der Pflegeprävalenz (Szenarien 2, 5 und 8) beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 7,0 Mio. Steigt die Pflegeprävalenz hingegen über einen Zeitraum von zehn Jahren (Szenarien 1, 4 und 7), steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 auf 8,1 Mio. Wenn die Pflegeprävalenz in den kommenden 15 Jahren weiter zunimmt, zeigt sich ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen auf 9,6 Mio. bis zum Jahr 2060.

5.3 Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes

Als zentrale Ergebnisgröße wird die Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes für alle Szenarien über den Projektionszeitraum dargestellt. Um die Unterschiede beim Beitragssatzverlauf zwischen den Szenarien nachvollziehen zu können, wird zudem der Pflegevorsorgefonds in den Fokus genommen und dessen Finanzsituation (Einzahlungen, Auszahlungen, Vermögensbestand) im Zeitverlauf dargestellt.

5.3.1 Beitragssatz

Dargestellt wird der rechnerische, durchschnittliche, ausgabendeckende Beitragssatz.²⁰ Mit Betrachtung des ausgabendeckenden Beitragssatzes wurde in jedem Projektionsjahr eine Gesamtausgaben-Gesamteinnahmen-Identität unterstellt. Es findet im Modell keine Mittelbestandsverwendung statt. Der Mittelbestand der SPV in Höhe von 5,6 Mrd. € am Ende des Jahres 2022 (inkl. Darlehen des Bundes i. H. v. 1 Mrd. €) wurde unverändert gelassen und wurde nicht zur Deckung eines zukünftigen Finanzbedarfs herangezogen. Insofern handelt es sich insbesondere mit Blick auf die kurze Frist nicht um die zu erwartende Höhe des tatsächlich zu erhebenden Beitragssatzes. Der tatsächlich zu erhebende Beitragssatz kann der Höhe nach von den hier projizierten Werten abweichen, wenn zum Beispiel Finanzmittel des Bestands verwendet werden, um eine andernfalls erfolgende Beitragssatzanhebung teilweise oder vollständig zu kompensieren.

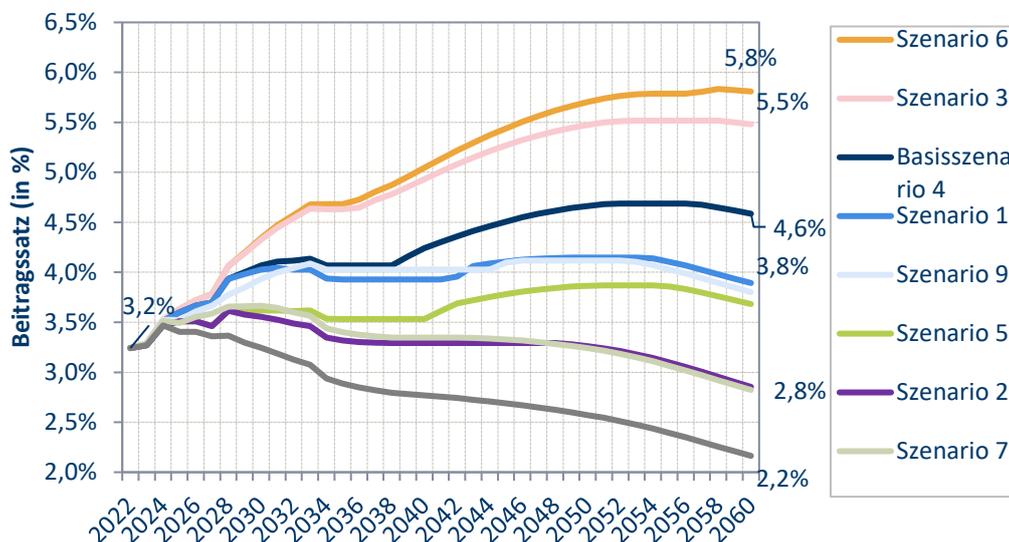
Die Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes weist über alle neun Szenarien hinweg eine Spreizung über den Projektionszeitraum auf (Abbildung 2). In den ersten beiden Jahren unterscheidet sich der ausgabendeckende Beitragssatz kaum zwischen den Szenarien. Er steigt in allen Szenarien deutlich auf etwa 3,5 % an. Ab dem Jahr 2025 beginnt dann die Spreizung über die Szenarien, die vor allem darauf zurückzuführen ist, dass dann der erste Schritt der gesetzlich bereits beschlossenen Leistungsdynamisierung erfolgt, der in den „Null-Szenarien“ (7, 8 und 9) ausgeblendet wird. Gleichzeitig endet in den Szenarien 2, 5 und 8 bereits der Zeitraum der Pflegeprävalenzsteigerung (5 Jahre).

Ab dem Jahr 2029 setzen dann die zwischen den Szenarien systematisch unterschiedlich angenommenen Entwicklungen der Löhne und der Leistungsdynamisierung ein, während die Pflegeprävalenz in einem Teil der Szenarien weiter ansteigt. Die Spreizung im Beitragssatzverlauf nimmt entsprechend weiter zu.

In den Jahren 2032 und 2033 endet zum einen die Pflegeprävalenzsteigerung in den Szenarien 1, 4 und 7, und zum anderen endet auch die Phase der Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds (in allen Szenarien gleich).

²⁰ Damit wird an dieser Stelle von der Staffelung des Beitragssatzes nach der Kinderzahl (§ 55 SGB XI) abstrahiert.

Abbildung 2: Ausgabendeckender Beitragssatz (2022-2060) (Szenarien 1 bis 9) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr; keine Verwendung des Mittelbestands

5.3.2 Pflegevorsorgefonds

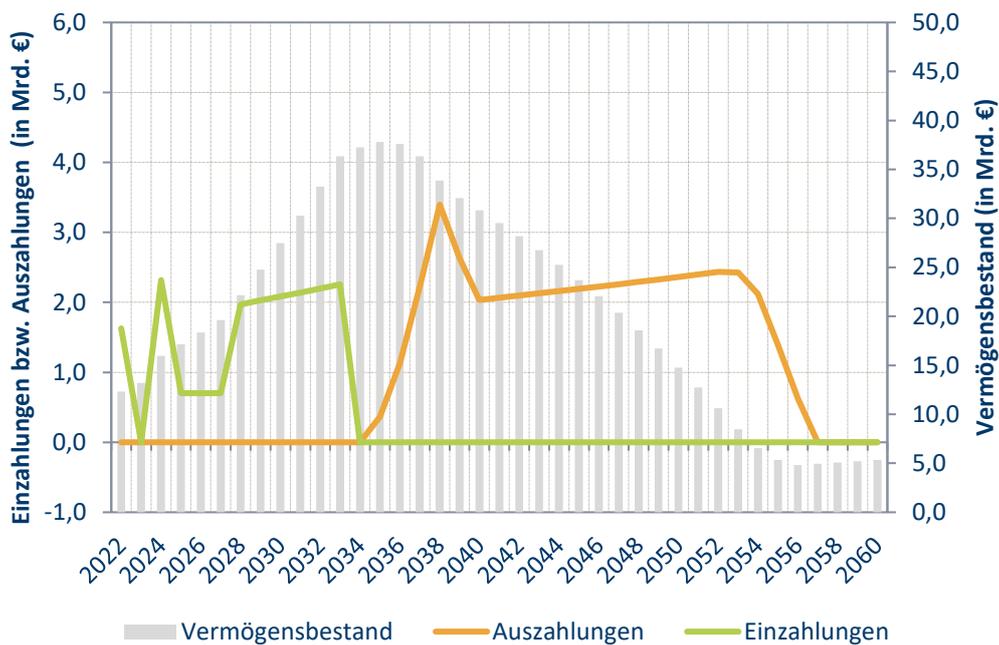
Ab dem Jahr 2035 können dann Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds getätigt werden, sofern sie zur Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen. Auszahlungen können pro Jahr bis zu einem Zwanzigstel des Vermögensbestands zu Beginn der Auszahlungsphase vorgenommen werden und unter bestimmten Bedingungen auch in spätere Jahre aufgeschoben werden (siehe Abschnitt 3.3.5).

Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds werden in den neun Szenarien in unterschiedlichem Umfang getätigt. Sie bewirken, dass der Beitragssatzverlauf ab dem Jahr 2035 in den Szenarien stabilisiert wird. Die Stabilisierung zeigt sich daran, dass der Beitragssatz ab dem Jahr 2035 in den meisten Szenarien über einen Zeitraum mehrerer Jahre konstant verläuft (Abbildung 2). In einigen Szenarien fällt dieser Zeitraum länger aus und reicht mitunter bis in die Mitte der 2040er Jahre hinein (Szenarien 2, 7 und 9), während er in anderen Szenarien bereits wieder nach wenigen Jahren endet (Szenarien 3 und 6), weil die Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds einen Beitragssatzanstieg nur abmildern, aber nicht vollständig verhindern können. In Szenario 8 zeigt sich überhaupt kein konstanter Verlauf des Beitragssatzes. Dort erfolgen keine Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds, da der Beitragssatz ab Anfang der 2030er Jahre rückläufig ist.

Anhand des Basisszenarios 4 wird exemplarisch dargestellt, wie sich die Auszahlungsphase des Pflegevorsorgefonds zeitlich an die Einzahlungsphase anschließt (Abbildung 3). Über die Auszahlungsphase hinweg wird dann das zuvor aufgebaute

Vermögen sukzessive wieder abgebaut, bis es im Jahr 2056 fast vollständig aufgebraucht ist. In den letzten vier Jahren des Projektionszeitraums werden im Basisszenario keine Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds mehr getätigt, da der Beitragssatz auch ohne Mittelentnahme leicht rückläufig ist. Darstellungen für die anderen Szenarien befinden sich in Abbildung 40 bis Abbildung 47 in Anhang 1.A1.

Abbildung 3: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Basisszenario 4) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6. Detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien

Nach Darstellung der zentralen Ergebnisse für alle neun Szenarien im vorherigen Kapitel werden in diesem Kapitel detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien dargestellt.

Im Mittelpunkt der Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel steht das Basisszenario. Das Basisszenario 4 ist gekennzeichnet durch

- ♦ eine Leistungsdynamisierung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate (3,0 %) und zu 1/3 mit der Inflationsrate (1,5 %) sowie der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate,
- ♦ ein mittleres Lohnwachstum (3,0 %) sowie
- ♦ eine mittlere Länge des Übergangszeitraums mit steigender altersspezifischer Pflegeprävalenz (10 Jahre) bzw. einer mittleren Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,4 % p. a.).

Damit steigen im Basisszenario die Pflegekosten annahmegemäß mit der gleichen Zuwachsrate wie die Pflegesachleistungen (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate).

Für das Basisszenario werden im Folgenden detaillierte Ergebnisse zu allen relevanten Größen der Modellierung dargestellt. Darüber hinaus werden Ergebnisse für weitere Szenarien punktuell angeführt, wenn ein Vergleich der Interpretation der Ergebnisse dienlich ist. Dafür werden das optimistische und das pessimistische Szenario mit gleicher Dynamisierungssystematik der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wie das Basisszenario (Szenarien 5 und 6) herangezogen. Des Weiteren werden ebenfalls punktuell Ergebnisse für die anderen beiden Szenarien mit mittlerer Lohnentwicklung, also das Szenario 1 mit mittlerer Leistungsdynamisierung (1,5 % p. a.) und das Szenario 7 mit keinerlei Leistungsdynamisierung, dargestellt. Dabei hat das Szenario 7 in erster Linie eine analytische Funktion und wird bei der Bemessung der Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung (Abschnitt 6.3) als Referenzszenario („Nullszenario“) verwendet.

Die Ergebnisdarstellung ist wie folgt gegliedert: Zunächst werden die Bestimmungsfaktoren der Einnahmenseite der SPV dargestellt (Abschnitt 6.1) und dann die Bestimmungsfaktoren der Ausgabenseite (Abschnitt 6.2). Anschließend werden die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung quantifiziert (Abschnitt 6.3). Zuletzt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse für die Ausgabenbelastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.4), der Ergebnisse für die Hilfe zur Pflege (Abschnitt 6.5) sowie die Ausgaben im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege (Abschnitt 6.6).

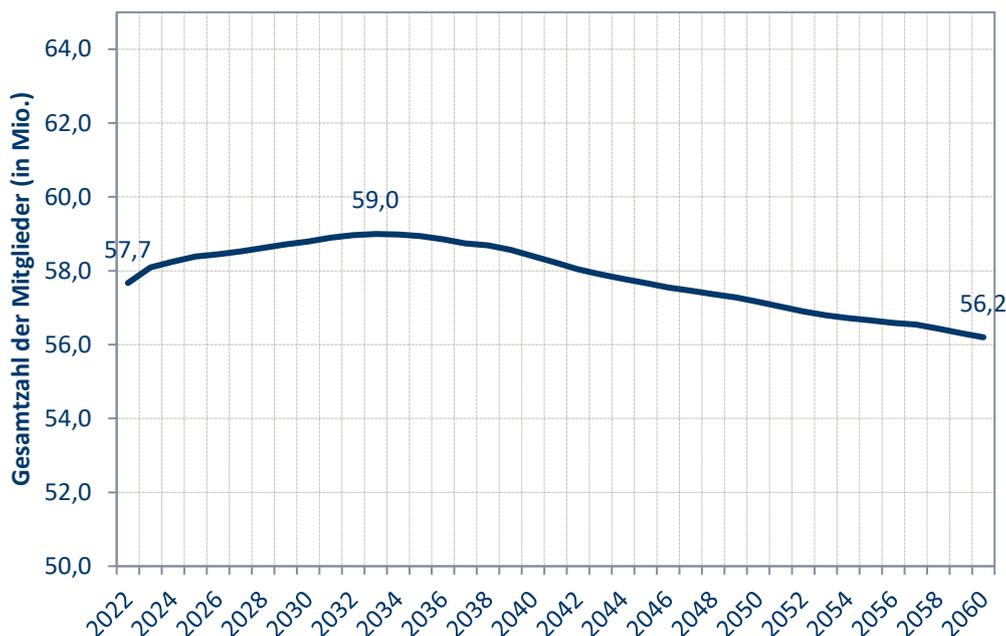
6.1 Einnahmen

Die Darstellung der Ergebnisse der Einnahmenseite wird gegliedert nach den Komponenten der Einnahmen: Mitgliederzahl, beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Beitragseinnahmen, sonstige Einnahmen und Gesamteinnahmen.

6.1.1 Mitgliederzahl

Die Anzahl der Mitglieder der SPV und ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum sind in allen Szenarien identisch. Die Mitgliederzahl steigt zunächst von 57,7 Mio. im Basisjahr 2022 auf 59,0 Mio. im Jahr 2033 an (Abbildung 4). Anschließend geht die Mitgliederzahl bis auf 56,2 Mio. im Jahr 2060 zurück. Über den gesamten Projektionszeitraum (2023 bis 2060) ergibt sich ein durchschnittlicher Rückgang der Mitgliederzahl in Höhe von 0,7 % pro Jahr.

Abbildung 4: Anzahl der Mitglieder insgesamt (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mio.)

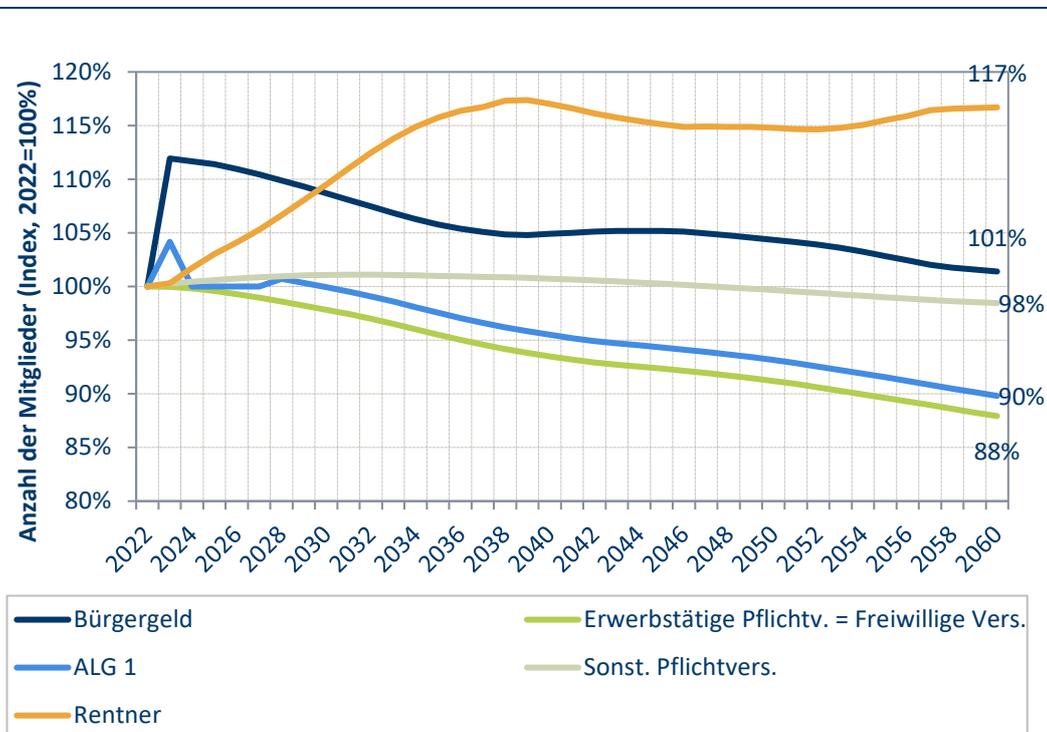


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Diese Entwicklung ist auf die demografische Veränderung über den Projektionszeitraum und die korrespondierenden Verschiebungen in der Altersstruktur der Population der SPV-Mitglieder zurückzuführen. Das wird deutlich bei Betrachtung der unterschiedlichen Entwicklungspfade der Mitgliederstruktur nach den sechs betrachteten Mitgliedergruppen (Abbildung 5). Wesentlich ist dabei die zunehmende Entwicklung der Anzahl der als Rentner in der SPV versicherten Mitglieder, insbesondere im Zusammenhang mit dem Renteneintritt der Baby-Boomer bis

zum Ende der 2030er Jahre, und demgegenüber die abnehmende Entwicklung der Anzahl der erwerbstätigen Pflichtversicherten sowie der Anzahl der freiwillig Versicherten (gleicher Verlauf). Während die Anzahl der Rentner bereits bis zum Jahr 2039 um etwa 17 % zunimmt, anschließend wieder leicht zurückgeht und bis zum Jahr 2060 wieder in etwa das Niveau von Ende der 2030er Jahre erreicht, geht die Anzahl der erwerbstätigen Mitglieder relativ stetig bis zum Jahr 2060 um insgesamt etwa 12 % zurück. Die Anzahl der Bürgergeldbeziehenden in der SPV steigt zunächst im Jahr 2023 im Zuge des ausklingenden Effekts des Übergangs der Ukraine-Geflüchteten zum 01.06.2022 in den (damals noch) ALG-II-Bezug, mittlerweile Bürgergeldbezug, zunächst sprunghaft an, um dann wieder zurückzugehen und zuletzt im Jahr 2060 in etwa das Ausgangsniveau des Basisjahrs 2022 zu erreichen.

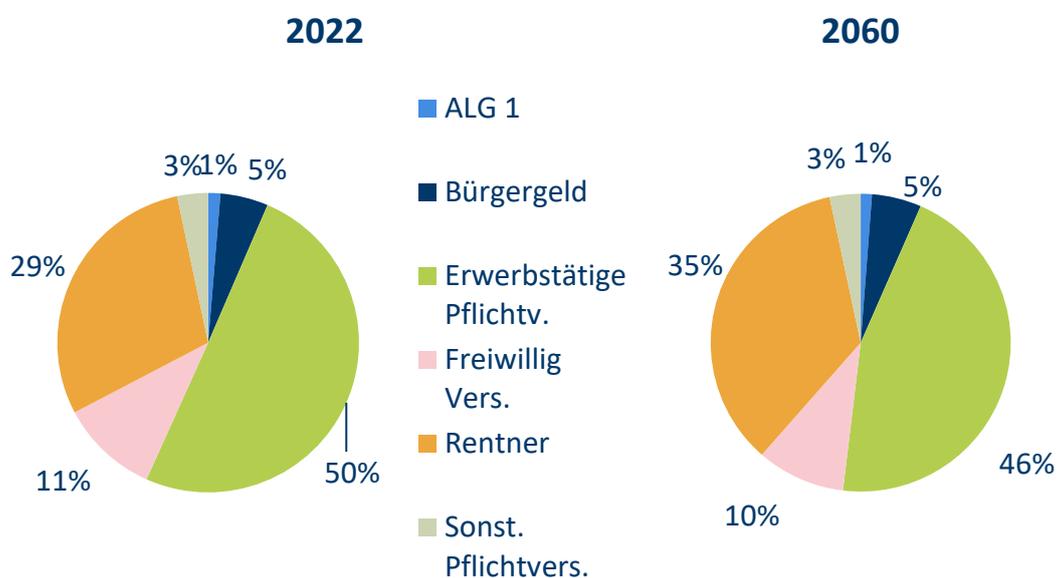
Abbildung 5: Anzahl der Mitglieder nach Gruppen (2022-2060) (alle Szenarien) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Diese demografisch bedingten Verschiebungen innerhalb der Mitgliederstruktur der SPV über den Projektionszeitraum lassen sich auch erkennen, wenn man die Struktur der SPV-Mitglieder im Jahr 2022 mit der entsprechenden Struktur im Jahr 2060 vergleicht (Abbildung 6). Während die erwerbstätigen Pflichtversicherten (vor allem Arbeitnehmer) im Jahr 2022 noch einen Anteil von 50 % an den Mitgliedern der SPV aufwiesen, wird ihr Anteil bis zum Jahr 2060 auf 46 % zurückgehen. Im Gegenzug wird der Anteil der Rentner von 29 % im Jahr 2022 auf 35 % im Jahr 2060 zunehmen. Die weiteren Mitgliedergruppen hingegen werden in etwa einen gleichbleibenden Anteil aufweisen.

Abbildung 6: Struktur der Mitgliederzahl nach Gruppen (2022 und 2060) (alle Szenarien) (in %)

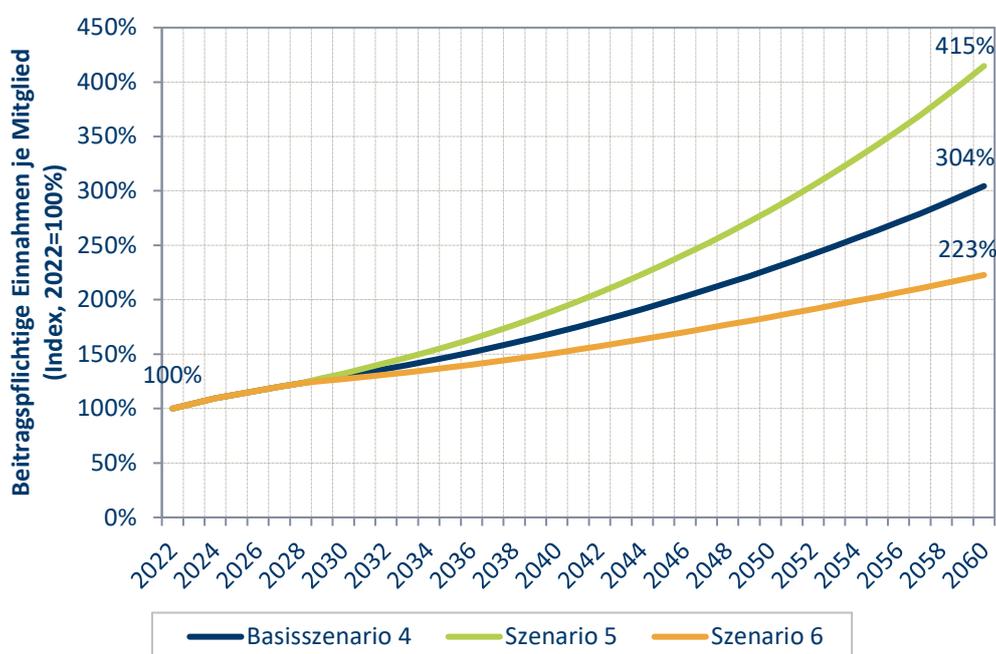


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.2 Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied folgt im Wesentlichen der angenommenen Lohnentwicklung. Eine entsprechende Spreizung der Verläufe zeigt sich mit Beginn der 2030er Jahre zwischen dem Basisszenario 4 mit mittlerer Lohnentwicklung (3 %), dem Szenario 5 mit hoher Lohnentwicklung (4 %) und dem Szenario 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %) (Abbildung 7). In den hier nicht abgebildeten Szenarien 1 und 7 wurde ebenfalls eine mittlere Lohnentwicklung unterstellt, weshalb die bpE je Mitglied über den gesamten Projektionszeitraum einen identischen Verlauf zum Basisszenario aufweisen.

Abbildung 7: Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

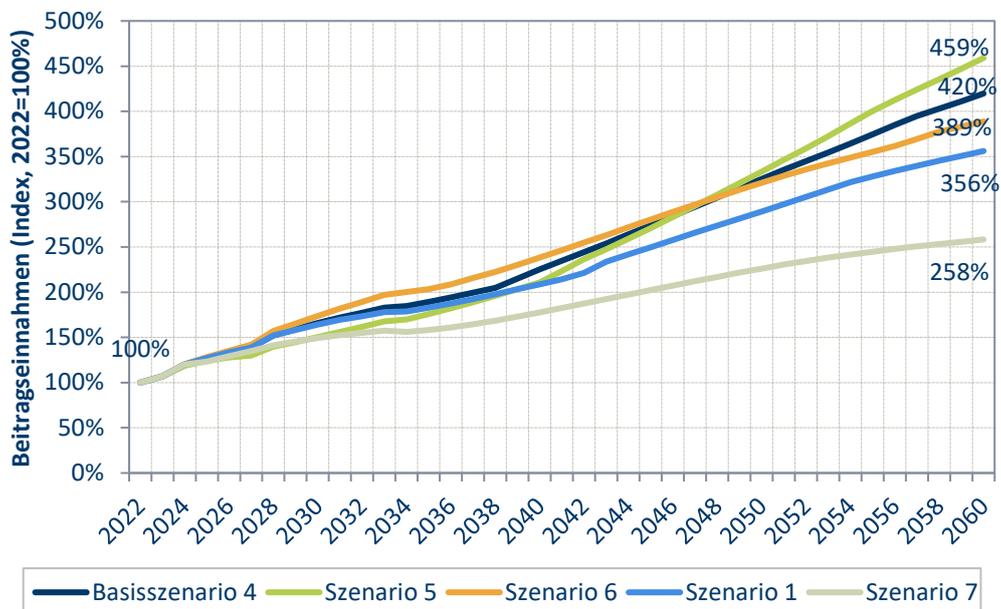
In den Jahren bis 2028 unterscheidet sich der Verlauf der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht zwischen den Szenarien, da die angenommene Lohn- und Rentenentwicklung in der kurzen und mittleren Frist einheitlich über alle Szenarien zugrunde gelegt wurde. In den Jahren bis 2037 entwickeln sich die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht genau mit der Lohnentwicklung, da in diesen Jahren die Rentenentwicklung abweichend von der Lohnentwicklung (gem. den Annahmen des Rentenversicherungsberichts, vgl. Abschnitt 3.3.3.2) modelliert wurde.

6.1.3 Beitragseinnahmen

Die Entwicklung der Beitragseinnahmen über den Projektionszeitraum wird sowohl durch die Entwicklung der Mitgliederzahl der SPV als auch durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bestimmt. Da sich die Mitgliederzahl in allen Szenarien annahmegemäß gleich entwickelt, werden die Unterschiede bei der Entwicklung der Beitragseinnahmen zwischen den Szenarien wesentlich durch die unterschiedliche Entwicklung der bpE je Mitglied und das in den Szenarien unterschiedliche Niveau des ausgabendeckenden Beitragssatzes bestimmt.

In den Jahren bis etwa Mitte der 2040er Jahre weist das Szenario mit dem höchsten ausgabendeckenden Beitragssatz (Szenario 6) den höchsten Anstieg der Beitragseinnahmen auf (Abbildung 8). Anschließend fällt der Effekt der hohen Lohnentwicklung in Szenario 5 stärker ins Gewicht und die Beitragseinnahmen nehmen in Szenario 5 bis zum Jahr 2060 am kräftigsten zu. In Szenario 7 steigen die Beitragseinnahmen von den hier betrachteten Szenarien am geringsten. Dieses Szenario ist von einer mittleren Lohnentwicklung und einer unterdurchschnittlichen Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes, mit einem insgesamt leicht rückläufigen Beitragssatz (als Folge der ausbleibenden Leistungsdynamisierung), geprägt.

Abbildung 8: Beitragseinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



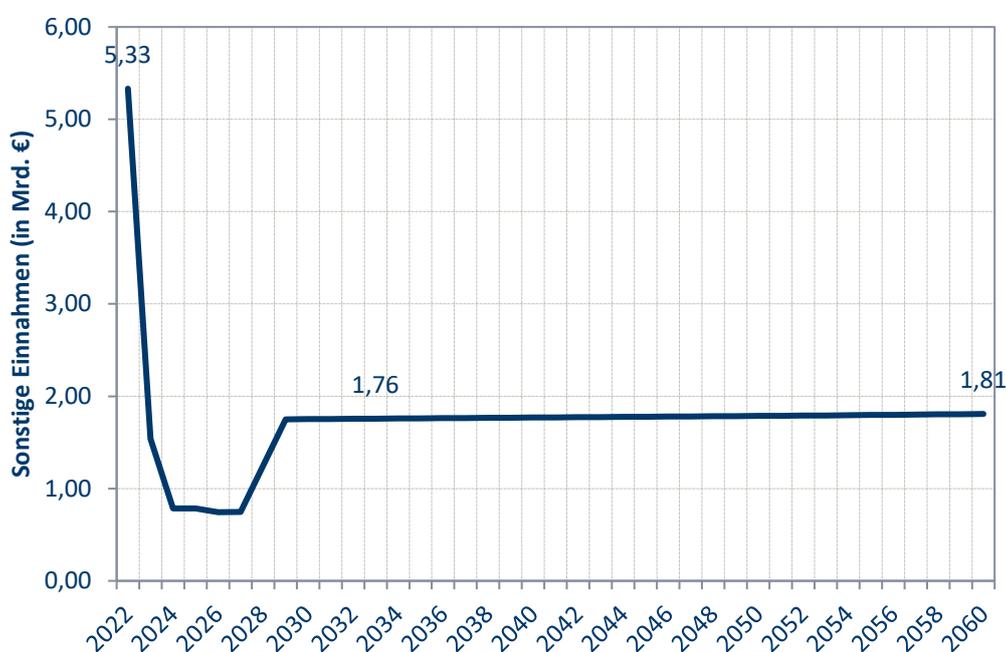
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.4 Sonstige Einnahmen

Die über die Beitragseinnahmen hinaus sonstigen Einnahmen der SPV setzen sich im Wesentlichen aus dem Bundeszuschuss sowie den Zahlungen der GKV und der PPV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege zusammen. Im Basisjahr 2022 erhielt die SPV einen Bundeszuschuss in Höhe von 3,7 Mrd. €. Die Zahlungen der GKV und der PPV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege beliefen sich im Jahr 2022 auf zusammen knapp 700 Mio. €.

Bereits im ersten Projektionsjahr (2023) sind die sonstigen Einnahmen in der Projektion insgesamt stark rückläufig, was darauf zurückzuführen ist, dass der Bundeszuschuss auf 1 Mrd. € reduziert wurde und zudem das Darlehen des Bundes aus dem Vorjahr zu einer Hälfte (500 Mio. €) zu tilgen ist (Abbildung 9). In den Jahren 2024 bis 2027 wird der Bundeszuschuss vollständig ausgesetzt, und es bleiben nur die Einnahmen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Im Jahr 2028 wird der Bundeszuschuss mit einer 1 Mrd. € erneut aufgenommen, während zeitgleich die zweite Hälfte des Bundesdarlehens aus 2022 getilgt wird. Ab dem Jahr 2029 erhält die SPV jährlich einen Bundeszuschuss in Höhe von einer 1 Mrd. €, zusätzlich zu den Einnahmen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Die sonstigen Einnahmen nehmen bis zum Ende des Projektionszeitraums nur noch um die Verzinsung dieser Einnahmen zu.

Abbildung 9: Sonstige Einnahmen (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mrd. €)

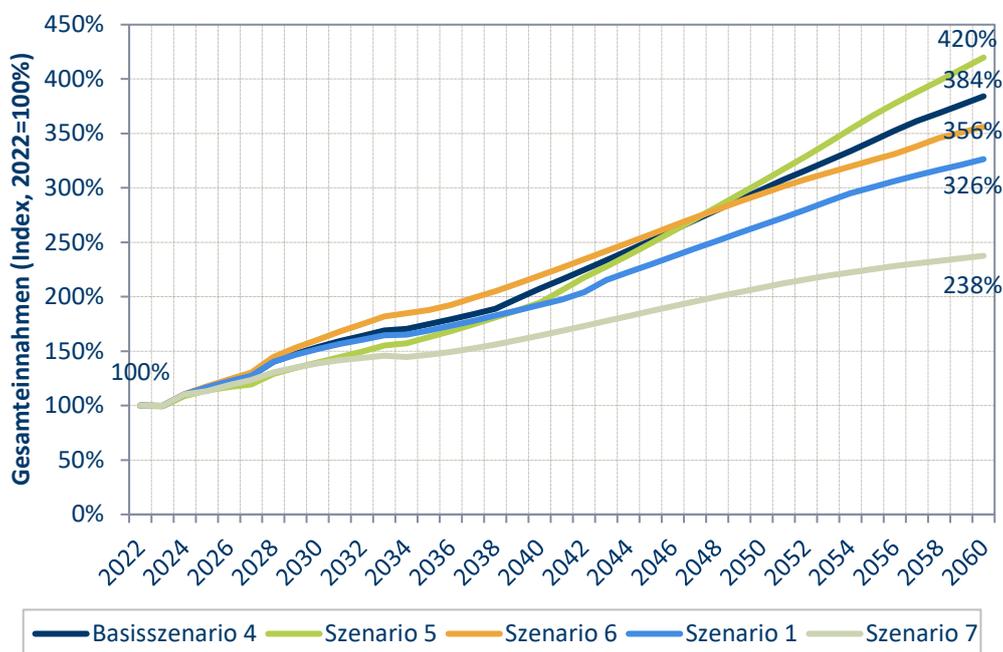


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.5 Gesamteinnahmen

Die Entwicklung der Gesamteinnahmen der SPV verläuft über den Projektionszeitraum sehr ähnlich zur Entwicklung der Beitragseinnahmen. Die Hierarchie zwischen den Szenarien ist bei der Entwicklung der Gesamteinnahmen (Abbildung 10) identisch zur entsprechenden Hierarchie bei der Entwicklung der Beitragseinnahmen (Abbildung 8). Das ist darauf zurückzuführen, dass die Entwicklung der sonstigen Einnahmen (der Differenz aus Gesamteinnahmen und Beitragseinnahmen) in allen Szenarien annahmegemäß gleich verläuft.

Abbildung 10: Gesamteinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die Gesamteinnahmen nehmen über den gesamten Projektionszeitraum insgesamt etwas schwächer zu als die Beitragseinnahmen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die sonstigen Einnahmen im Vergleich zu den Beitragseinnahmen unterdurchschnittlich zunehmen. Der Bundeszuschuss wird ab dem Jahr 2028 annahmegemäß konstant gehalten, während die Beitragseinnahmen in etwa mit der Lohnentwicklung steigen.

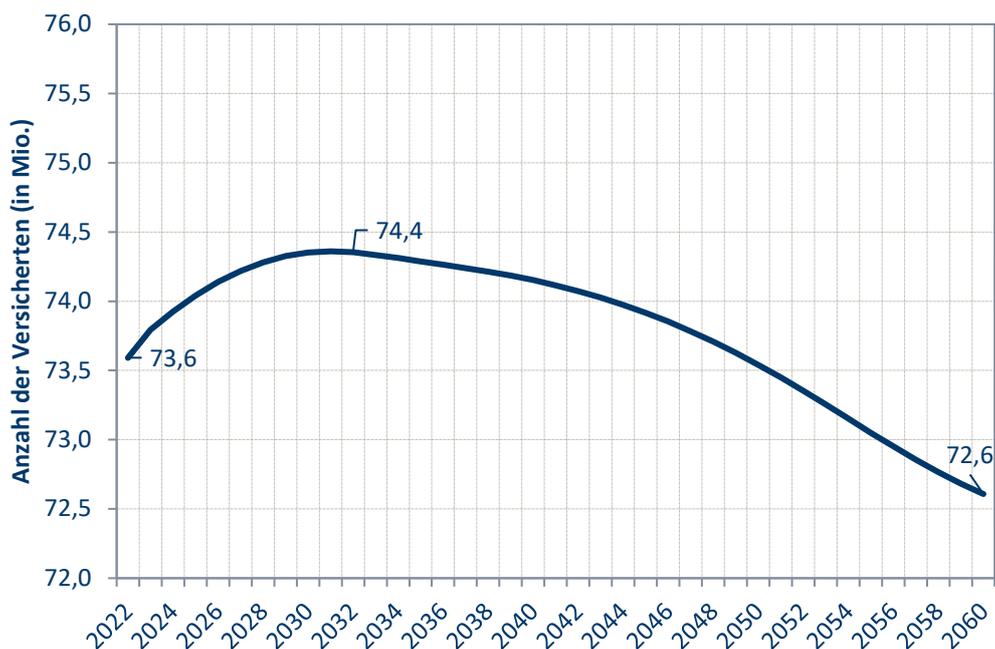
6.2 Ausgaben

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Ausgaben der SPV stellen die Anzahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.2.3) – bzw. damit zusammenhängend die Pflegeprävalenz (Abschnitt 6.2.2) und die Versichertenzahl (Abschnitt 6.2.1) – sowie die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (Abschnitt 6.2.4) die maßgeblichen Bestimmungsfaktoren dar.

6.2.1 Versichertenzahl

Die Anzahl der Versicherten der SPV und ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum sind in allen Szenarien identisch. Die Versichertenzahl steigt zunächst von 73,6 Mio. im Basisjahr 2022 auf 74,4 Mio. im Jahr 2031 an (Abbildung 11). Anschließend geht die Versichertenzahl bis auf 72,6 Mio. im Jahr 2060 zurück. Über den gesamten Projektionszeitraum (2023 bis 2060) ergibt sich ein durchschnittlicher Rückgang der Versichertenzahl in Höhe von 0,04 % pro Jahr.

Abbildung 11: Anzahl der Versicherten (2022-2060) (in Mio.)



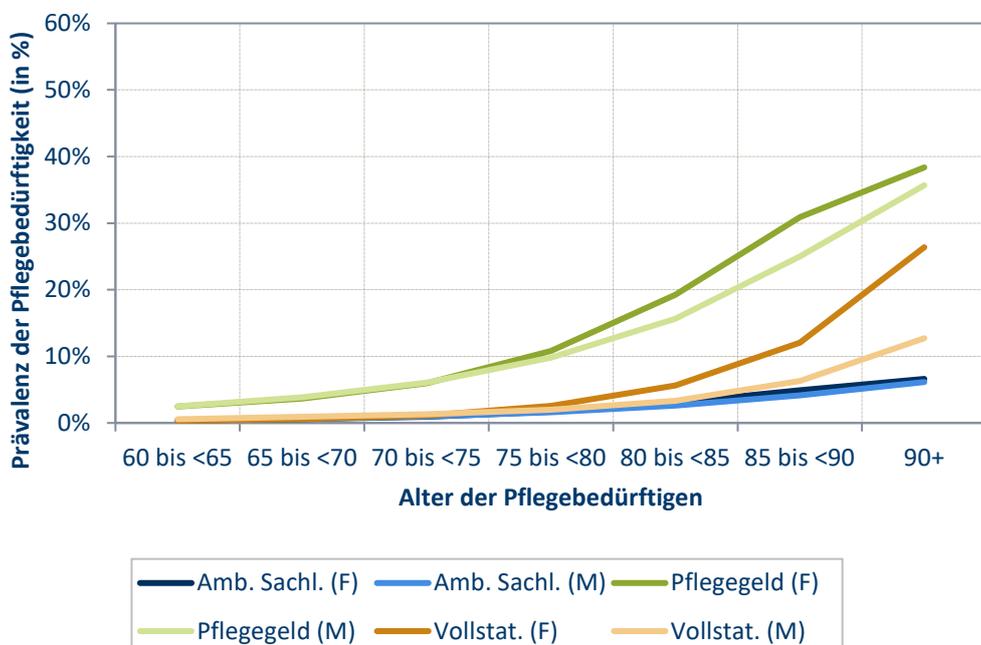
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.2 Pflegeprävalenz

Die Entwicklung der Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum wird wesentlich durch die im Modell abgebildeten Annahmen geprägt, dass 1) die altersspezifische Pflegeprävalenz ab dem Basisjahr für einen bestimmten, über die Szenarien variierenden Zeitraum weiter zunimmt und 2) die altersspezifische Pflegeprävalenz im Anschluss an diesen Zeitraum in allen Szenarien auf dem dann (je nach Szenario) erreichten Niveau bis zum Ende des Projektionszeitraums im Jahr 2060 konstant gehalten wurde. Entsprechend ergeben sich unterschiedliche Niveaus der Pflegeprävalenz im Basisjahr und im Zieljahr sowie zwischen den Szenarien, die sich wiederum auch nach dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten sowie der in Anspruch genommenen Pflegeleistung unterscheiden.

Im Basisjahr 2022 zeigt sich zum einen erwartungsgemäß eine mit dem Alter der Versicherten zunehmende Prävalenz der Pflegebedürftigkeit. Die größte Prävalenz weisen die 90-jährigen oder älteren Frauen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld auf, knapp 40 % der weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe erhielten im Jahr 2022 Pflegegeldleistungen. Der Zusammenhang mit dem Alter ansteigender Pflegeprävalenz gilt sowohl für beide Geschlechter als auch die ambulanten Sachleistungen, das Pflegegeld und die vollstationäre Versorgung (Abbildung 12).

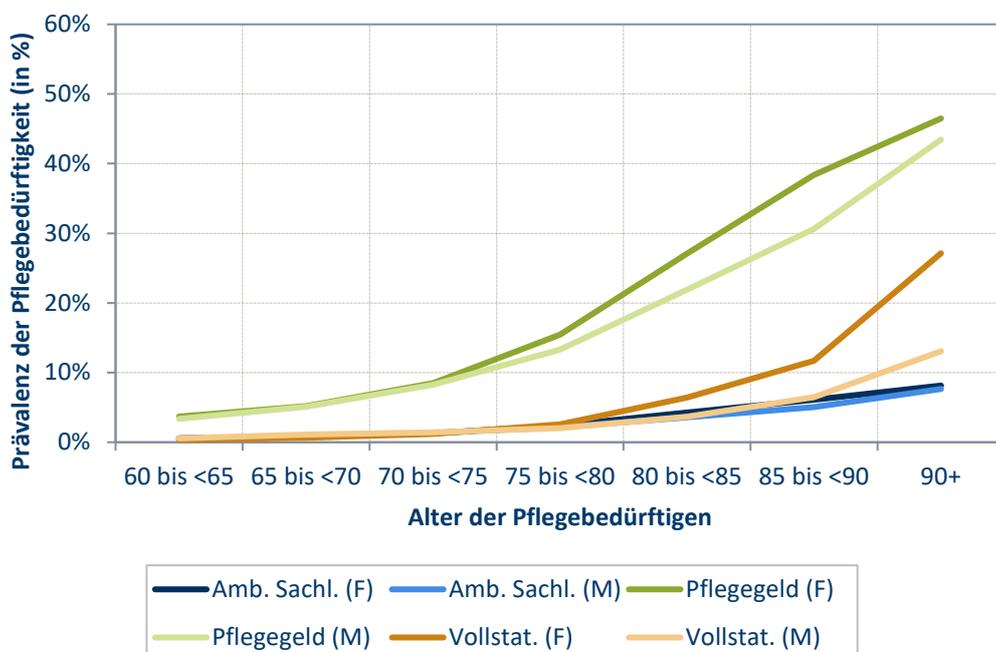
Abbildung 12: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Im Zieljahr der Projektion ergibt sich ein ähnliches Bild der mit dem Alter der Versicherten zunehmenden Pflegeprävalenz. Auch im Jahr 2060 weisen die 90-jährigen oder älteren Frauen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld die größte Prävalenz auf (Abbildung 13). Allerdings ist die generelle Pflegeprävalenz bis dahin annahmegemäß weiter angestiegen. Entsprechend liegt die Pflegeprävalenz in Bezug auf alle Leistungen und die Altersgruppen nun etwas höher. In der Basisvariante, in der die Prävalenz über einen Zeitraum von zehn Jahren weiter angestiegen ist, weisen die weiblichen Versicherten in der Altersgruppe „90 Jahre oder älter“ im Jahr 2060 eine Pflegeprävalenz in Höhe von rund 47 % in Bezug auf Pflegegeldleistungen auf, und damit fällt diese Pflegeprävalenz höher aus als im Basisjahr 2060 (38 %, vgl. Abbildung 12).

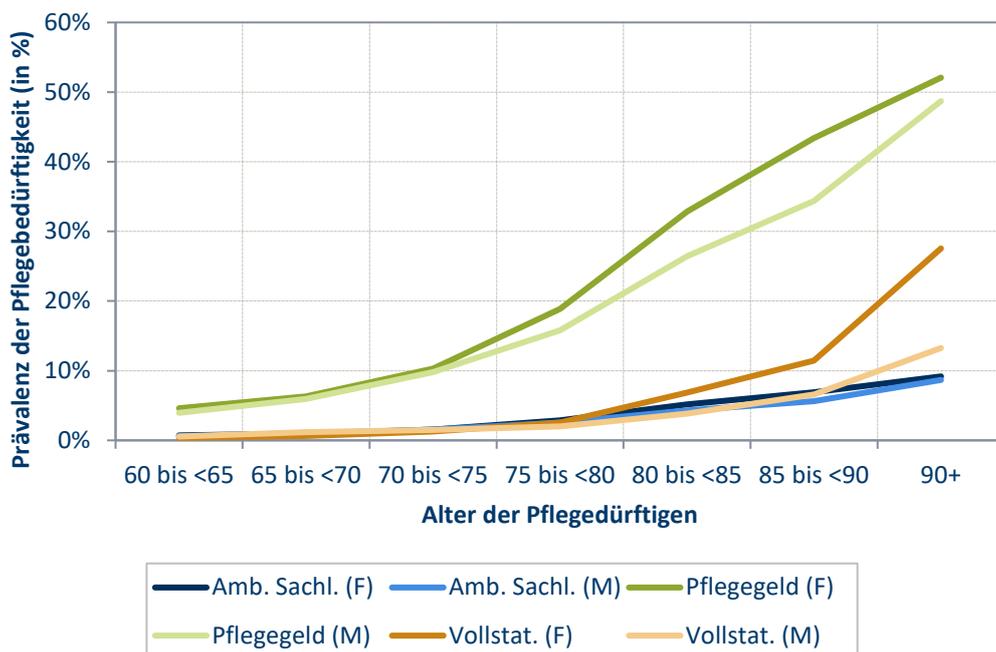
Abbildung 13: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Noch etwas stärker steigt die Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum in Szenario 6, wo annahmegemäß ein anhaltender Prävalenzanstieg für die ersten 15 Projektionsjahre umgesetzt wurde (ggü. 10 Jahren im Basisszenario). In Szenario 6 landet die Pflegeprävalenz in Bezug auf Pflegegeldleistungen für die 90-jährigen oder älteren weiblichen Versicherten im Jahr 2060 bei 52 % (ggü. 47 % im Basisszenario und 38 % im Jahr 2022) (Abbildung 14).

Abbildung 14: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in %)



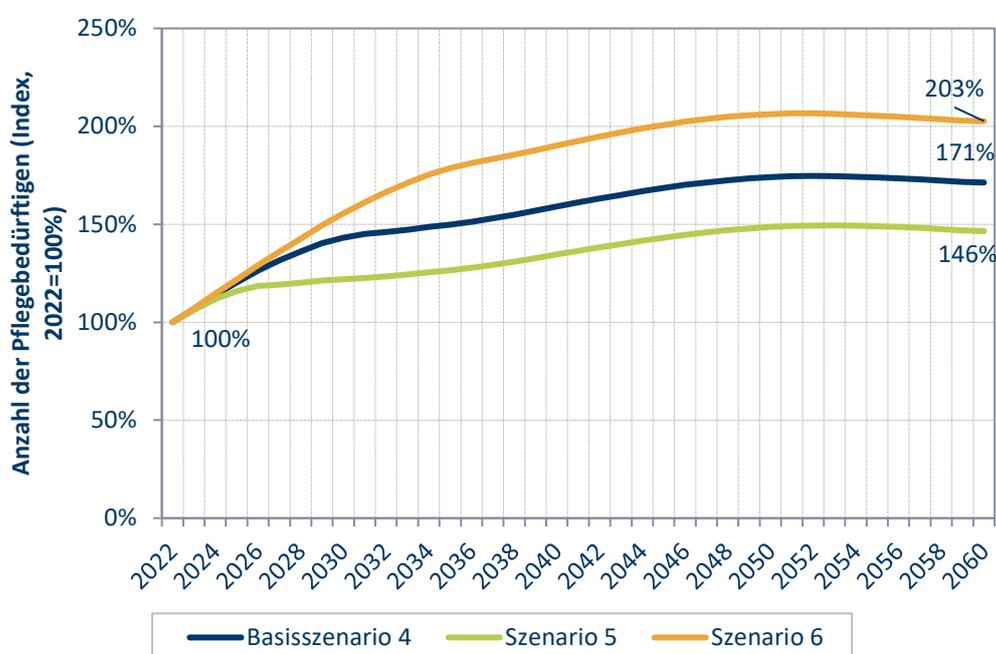
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.3 Anzahl der Pflegebedürftigen

Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen über den Projektionszeitraum ergibt sich zum einen aus der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Verschiebungen bei der Altersstruktur der Bevölkerung (u. a. Eintritt der Baby-Boomer in die hohen Alter mit häufiger altersbedingter Pflegebedürftigkeit). Die demografische Entwicklung verläuft annahmegemäß über alle Szenarien einheitlich. Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen ergibt sich zum anderen aber auch aus der Entwicklung der Pflegeprävalenz. Diese nimmt über den Projektionszeitraum, je nach Szenario über einen unterschiedlich langen Zeitraum, weiter zu (vgl. die Ergebnisse in Abschnitt 6.2.2).

Im Basisszenario mit einem mittleren Zeitraum des altersspezifischen Prävalenzanstiegs (10 Jahre) ergibt sich bis zum Jahr 2060 ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen in Höhe von insgesamt 71 % (Abbildung 15). Im Jahr 2060 beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen somit 8,1 Mio. (ggü. 4,8 Mio. im Jahr 2022). Am Verlauf der Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum wird deutlich, dass der Zeitraum einer zunehmenden altersspezifischen Prävalenz im Basisszenario auf die ersten 10 Jahre begrenzt wurde. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fällt ab Anfang der 2030er Jahre entsprechend deutlich geringer aus; er ergibt sich ab dann nur noch aus demografischen Effekten in Bezug auf die Altersstruktur der Versicherten.

Abbildung 15: Anzahl der Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



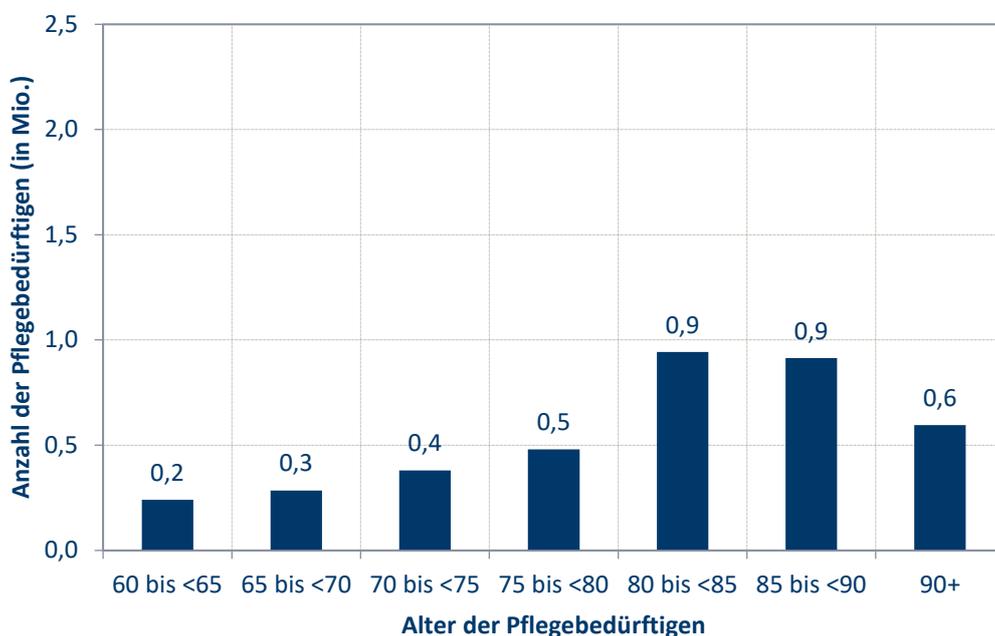
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Da in Szenario 6 die Pflegeprävalenz über einen längeren Zeitraum zunimmt (15 Jahre), flacht die Kurve der Anzahl der Pflegebedürftigen entsprechend erst Mitte der 2030er Jahre ab. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt also über einen längeren Zeitraum zu und verdoppelt sich bis zum Jahr 2060 gegenüber dem Basisjahr in etwa. In Szenario 5 wird entsprechend die geringste Anzahl der Pflegebedürftigen erreicht, weil die altersspezifische Pflegeprävalenz nur über 5 Jahre ansteigt. In den Szenarien 1 und 7 zeigt sich aufgrund der gleichen Annahmen zum Prävalenzanstieg eine zum Basisszenario identische Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen.

6.2.3.1 Nach Altersgruppen

In der Differenzierung nach Altersgruppen der pflegerelevanten Alter zeigt sich, wie sich die Besetzung der Altersgruppen über den Projektionszeitraum, entsprechend den Annahmen in den Szenarien, verschiebt. Im Basisjahr 2022 waren die Altersgruppen der 80-bis-unter-85-Jährigen sowie der 85-bis-unter-90-Jährigen mit der höchsten Anzahl der Pflegebedürftigen besetzt (jeweils 0,9 Mio.) (Abbildung 16).

Abbildung 16: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in Mio.)

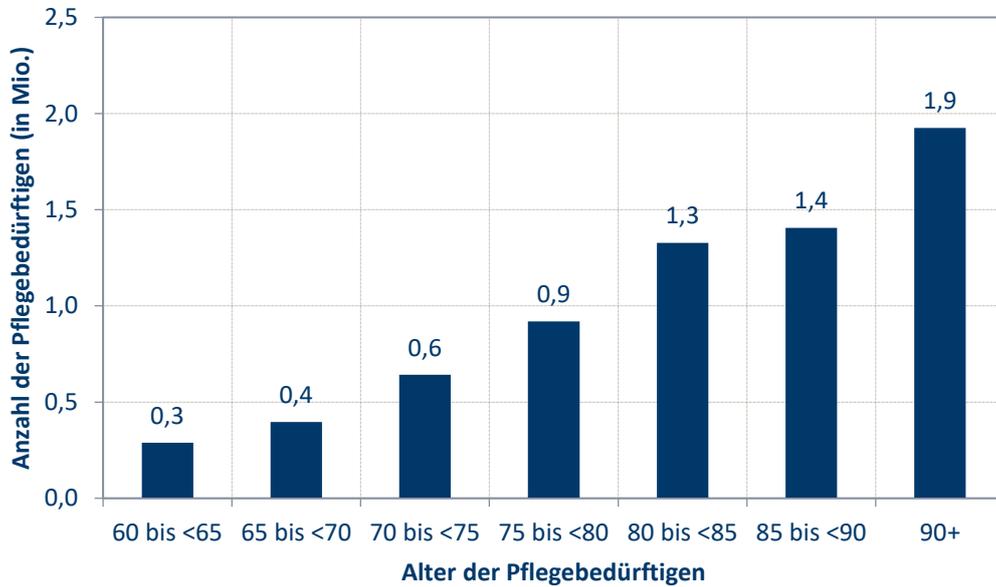


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Bis zum Jahr 2060 wird sich die Besetzung der Altersgruppen der Pflegebedürftigen im Zuge der demografisch bedingten Alterung der Bevölkerung in Richtung der höheren Alter verschieben. Gemäß den Annahmen der Bevölkerungsvorberechnung wurde von einer zunehmenden Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren um 3,9 Jahre und bei Frauen um 3,5 Jahre bis zum Jahr 2060 ausgegangen. Im Basisszenario wird die Altersgruppe der 90-Jährigen oder Älteren am Ende des Projektionszeitraums die höchste Besetzung mit 1,9 Mio. Pflegebedürftigen aufweisen (Abbildung 17).

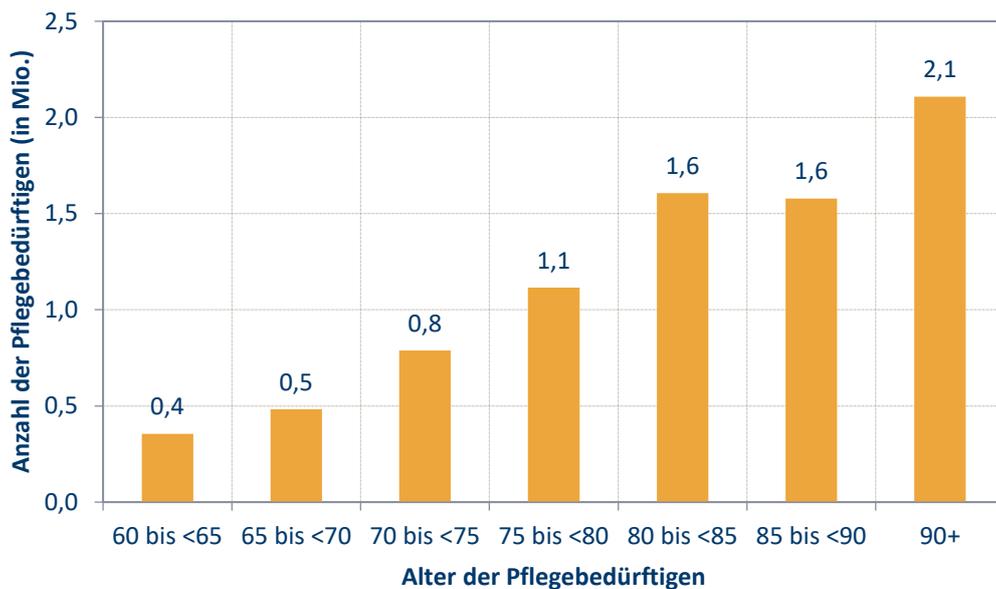
Ein ähnliches Bild zeigt sich in Szenario 6. Auch hier wird die Altersgruppe „90 Jahre oder älter“ die höchste Besetzung mit Pflegebedürftigen aufweisen. Aufgrund des über einen längeren Zeitraum (15 Jahre) angenommenen Anstiegs der Pflegeprävalenz wird die Anzahl der Pflegebedürftigen etwas höher ausfallen als im Basisszenario (Abbildung 18).

Abbildung 17: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in Mio.)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Abbildung 18: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in Mio.)

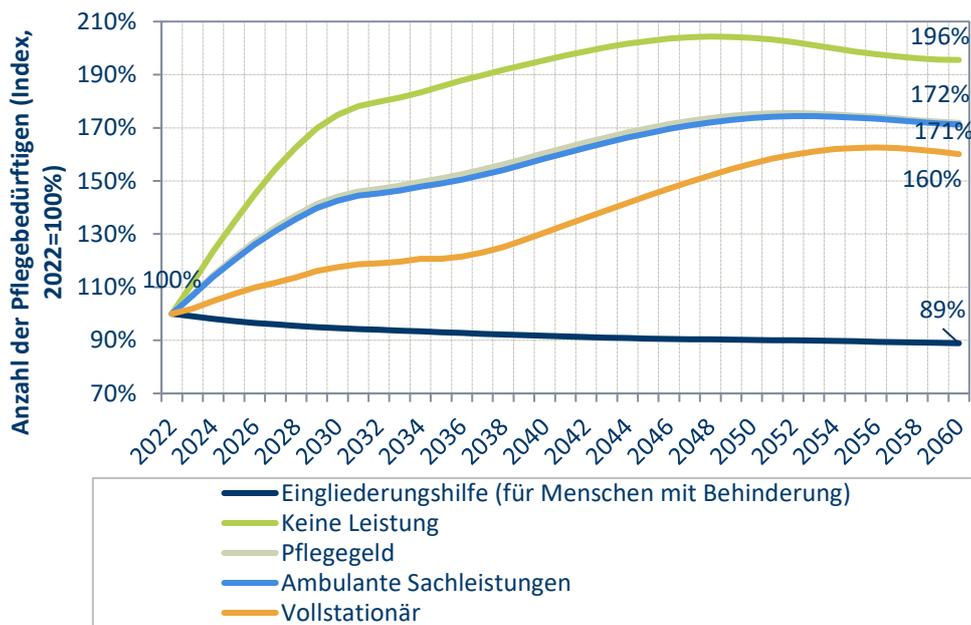


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.3.2 Nach Hauptleistungsarten

In der differenzierten Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach den in Anspruch genommenen Hauptleistungsarten zeigen sich ebenfalls Unterschiede über den Projektionszeitraum. Im Basisszenario wurden die zuletzt beobachteten Trends in der Entwicklung der alters- und leistungsartenspezifischen Pflegeprävalenz über einen Zeitraum von zehn Jahren fortgeschrieben. Dementsprechend weisen die ambulanten Sachleistungen und das Pflegegeld (mit annähernd identischen Verläufen) insbesondere über den Zeitraum bis in die frühen 2030er Jahre einen vergleichsweise stark ansteigenden Verlauf auf (Abbildung 19). Die Prävalenz der vollstationären Pflegeversorgung hingegen wies zuletzt keinen stark ansteigenden Trend auf. Entsprechend der Fortschreibung dieses Trends zeigt sich in den ersten zehn Jahren ein vergleichsweise schwächerer Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit vollstationärer Versorgung.

Abbildung 19: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Hauptleistungsart (2022-2060) (Basisszenario 4) (Index, 2022=100%)



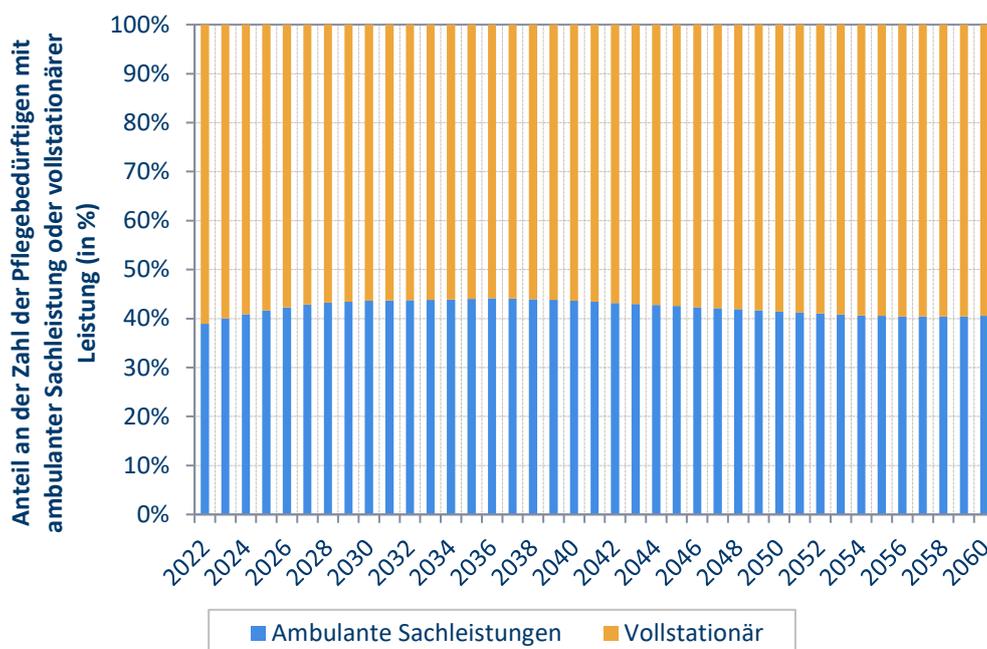
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Nachdem der Zeitraum ansteigender Pflegeprävalenzen beendet ist, zeigt sich sowohl im ambulanten als auch im vollstationären Bereich über einige wenige Jahre eine nur geringfügige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Bereits Mitte der 2030er Jahre (ambulant) bzw. Ende der 2030er Jahre (vollstationär) nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen dann allerdings wieder zu. Dabei fällt der Anstieg im vollstationären Sektor modellendogen kräftiger aus als im ambulanten Sektor. Diese weitere Entwicklung ist dann demografisch bedingt und hängt in erster Linie damit zusammen, dass die große Zahl der dann zunehmend pflegebedürftigen

Baby-Boomer in höherem Alter vom ambulanten Sektor in den vollstationären Sektor übergeht. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt im vollstationären Bereich bis Mitte der 2050er Jahre an und verläuft anschließend bis zum Jahr 2060 zunächst weitestgehend gleichbleibend bzw. am Ende sogar wieder leicht rückläufig. Im ambulanten Bereich hält der ansteigende Trend nur bis zum Ende der 2040er Jahre an und verläuft ab dann ebenfalls in etwa gleichbleibend mit leichter Tendenz zur Abnahme.

Beschränkt man die Betrachtung auf die Teilgruppe der Pflegebedürftigen mit entweder einer ambulanten Sachleistung oder einer vollstationären Versorgung und blendet somit insbesondere die Bezieher von Pflegegeldleistungen aus, lassen sich modellendogen Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem vollstationären Bereich erkennen (Abbildung 20). Im Basisszenario bewirkt der vergleichsweise starke Anstieg der Pflegeprävalenz bei den ambulanten Leistungen in den ersten zehn Jahren eine Zunahme des ambulanten Anteils von 39 % im Jahr 2022 bis 44 % Mitte der 2030er Jahre, während der vollstationäre Anteil entsprechend von 61 % auf 56 % abnimmt. Diese Verteilung bleibt zunächst für einige Jahre in etwa konstant. Anfang bis Mitte der 2040er Jahre zeigt sich dann der gegenüber dem ambulanten Sektor stärkere Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im vollstationären Sektor, und der ambulante Anteil geht bis zum Jahr 2060 wieder leicht auf 41 % zurück.

Abbildung 20: Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)

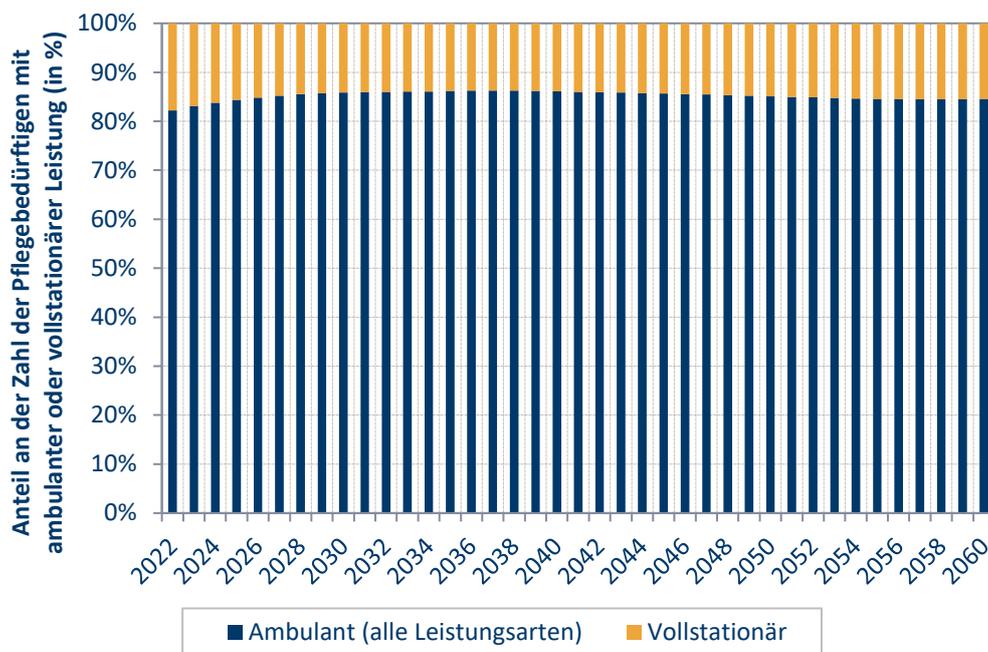


Quelle:

IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn beim Vergleich des Anteils der ambulanten und der vollstationären Leistungen alle ambulanten Leistungsarten einbezogen werden (nicht nur Sachleistungen). Insbesondere aufgrund des Einbezugs des Pflegegelds fällt der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei dieser Betrachtung deutlich größer aus. Er steigt von 82,2 % im Basisjahr mit dem unterstellten Prävalenzanstieg zunächst bis auf 86,3 % im Jahr 2036 (Abbildung 21). Anschließend geht er wieder bis auf 84,6 % im Jahr 2060 zurück, bleibt damit aber noch oberhalb des Ausgangsniveaus im Jahr 2022. Entsprechend zeigt sich der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zunächst rückläufig von 17,8 % im Basisjahr auf 13,7 % im Jahr 2036. Er steigt danach im Zuge des Einstiegs der Baby-Boomer in die altersbedingte Pflegebedürftigkeit wieder auf 15,4 % bis zum Jahr 2060 an.

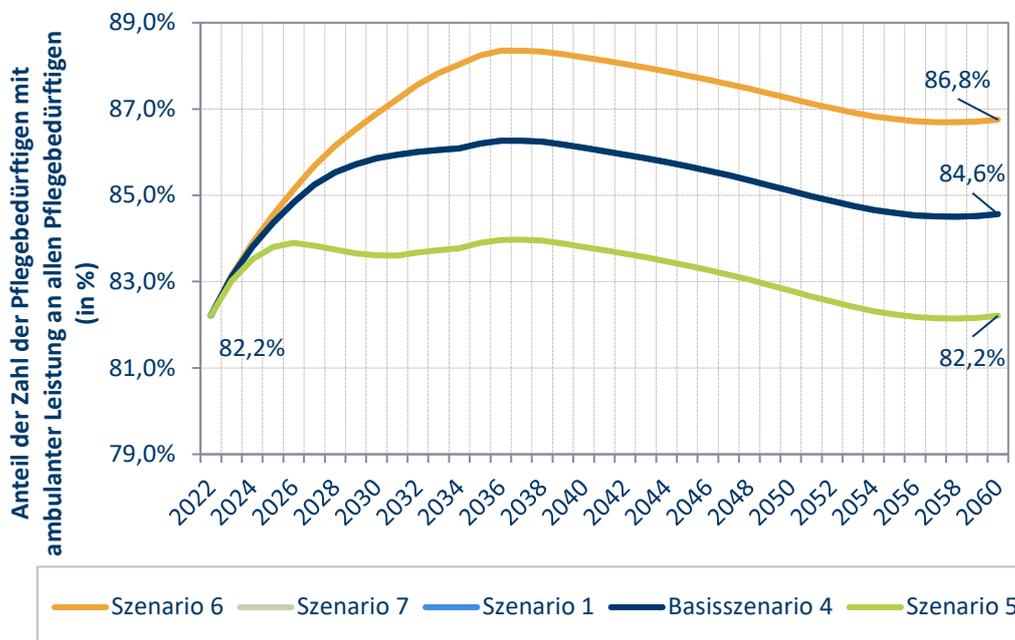
Abbildung 21: Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Leistung (alle Leistungsarten) oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen variiert zudem über die Szenarien in Abhängigkeit von der Länge des Zeitraums, über den ein anhaltender Anstieg der (sektorenspezifischen) Pflegeprävalenz unterstellt wurde. Am geringsten steigt der Anteil der ambulanten Pflegebedürftigen, wenn die Pflegeprävalenz nur über fünf Jahre zunimmt (Szenario 5) (Abbildung 22). In diesem Fall steigt der Anteil „ambulant“ von 82,2 % im Basisjahr nur auf 83,9 % im Jahr 2026. Anschließend geht er nach einem kurzen Wiederanstieg Mitte der 2030er Jahre bis zum Jahr 2060 wieder auf das Ausgangsniveau zurück.

Abbildung 22: Anteil „ambulant“ (alle Leistungsarten) an der Anzahl aller Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 3, 4, 5 und 7) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils „ambulant“ identisch zum Basisszenario 4.

Am kräftigsten hingegen steigt der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Pflegeprävalenz noch über die kommenden 15 Jahre ansteigen wird (Szenario 6). In diesem Fall wird ein ungleich stärkerer Prävalenzanstieg im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich über den längsten Zeitraum fortgeschrieben, und entsprechend nimmt der Anteil „ambulant“ bis auf 88,4 % im Jahr 2036 zu. Anschließend allerdings verläuft der Anteil „ambulant“ über alle Szenarien gleichmäßig rückläufig, da dann die szenarienspezifischen Prävalenzanstiege in allen Szenarien vorüber sind und die Entwicklung der Leistungsverteilung zwischen den Sektoren nur noch von der Demografie abhängt. Der Anteil „ambulant“ geht in Szenario 6 bis auf 86,8 % im Jahr 2060 zurück und bleibt damit deutlich oberhalb des Ausgangsniveaus im Basisjahr (82,2 %).

Im Basisszenario ergibt sich ein Anstieg des Anteils „ambulant“, der sich zwischen dem geringsten und dem kräftigsten Anstieg bewegt, da in diesem Szenario die Pflegeprävalenz über einen mittleren Zeitraum von zehn Jahren zunimmt. In den Szenarien 1 und 7 verläuft der Anteil „ambulant“ identisch zum Basisszenario, da in diesen drei Szenarien von einem Prävalenzanstieg über den gleichen Zeitraum ausgegangen wird (zehn Jahre).

6.2.4 Leistungsausgaben

Die Entwicklung der Leistungsausgaben wird zunächst in der Pro-Kopf-Betrachtung „je Leistungsempfänger“ und anschließend in der absoluten, summierten Betrachtung dargestellt.

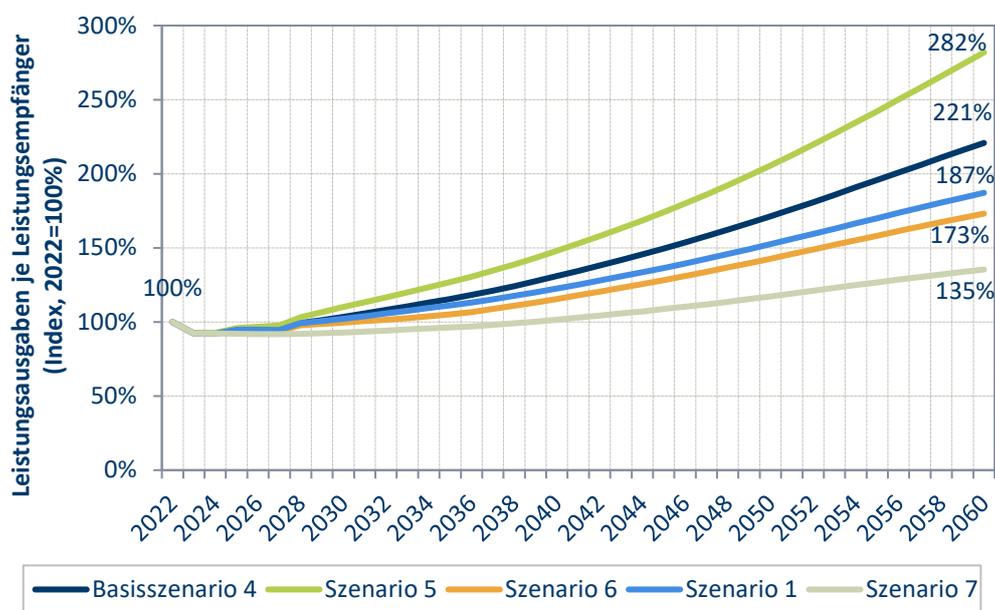
Die Entwicklung der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger über den Projektionszeitraum ist wesentlich geprägt zum einen von den unterschiedlichen Annahmen zur Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in den Szenarien und zum anderen von den demografisch bedingten Verschiebungen zwischen den Sektoren (vor allem ambulant und vollstationär). Beide Effekte wirken simultan und überlagern sich entsprechend in der Ergebnisdarstellung. Der erste Effekt der Dynamisierungsrate wirkt direkt auf die Pro-Kopf-Leistungsausgaben. Der zweite Effekt hingegen erzielt eine indirekte Wirkung. Durch demografisch bedingte Veränderungen in der Zusammensetzung der Gruppe der Pflegebedürftigen ändert sich modellendogen die Struktur der Leistungsanspruchnahme.

Eine Veränderung der Struktur der Leistungsanspruchnahme ist ausgabenrelevant, da die Versorgung mit vollstationären Leistungen im Durchschnitt je Leistungsempfänger mit erheblich höheren Ausgaben verbunden ist als die Versorgung mit ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeld. Zudem ist die Verteilung der Leistungsanspruchnahme nach den Sektoren in hohem Maße von dem Alter der Pflegebedürftigen abhängig: In niedrigem Pflegealter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit ambulanten Leistungen wesentlich größer als der Anteil mit vollstationären Leistungen, während in hohem Pflegealter das Gegenteil gilt. Entsprechend wird sich mit der Alterung einer großen Gruppe von Pflegebedürftigen (Baby-Boomer) zunächst ein größerer Teil in der ambulanten Versorgung befinden und in späteren Jahren in die vollstationäre Versorgung übergehen. Diese Bewegung wird dann mit einer Zunahme der Pro-Kopf-Ausgaben verbunden sein, und zwar unabhängig von der unterstellten Dynamisierung der Leistungen.

Entsprechende Effekte zeigen sich beim Vergleich der Szenarien. Im Wesentlichen ist die Entwicklung der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger über den Projektionszeitraum von den Annahmen zur Leistungsdynamisierung geprägt. Der stärkste Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger zeigt sich in Szenario 5, welches die größte Dynamisierung (2,3 % bzw. 3,2 %) und den kürzesten Zeitraum der Prävalenzsteigerung (5 Jahre) vorsieht (Abbildung 23). Da der Zeitraum der Prävalenzsteigerung hier relativ kurz bemessen ist, kommt es nicht zu größeren Verschiebungen bei der Anzahl der Pflegebedürftigen vom vollstationären zum ambulanten Sektor. Solche Verschiebungen ergeben sich als Folge der Fortschreibung des ansteigenden Prävalenztrends im ambulanten Bereich und hingegen kaum zunehmenden Prävalenztrends im vollstationären Sektor. Diese Verschiebungen tragen dazu bei, dass die Pro-Kopf-Leistungsausgaben der SPV im Durchschnitt über alle Leistungsarten allein aufgrund dieser Verschiebung von vollstationär zu ambulant zunehmen. Wenn diese Verschiebungen auf einen Zeitraum von nur fünf Jahren begrenzt werden, bleibt ihr Kostensenkungseffekt beschränkt, und

das Szenario 5 weist den kräftigsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger bis zum Jahr 2060 auf.

Abbildung 23: Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

Es folgt mit deutlichem Abstand das Basisszenario 4 mit dem zweitgrößten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger. Im Basisszenario tragen zwei szenariendefinierende Merkmale dazu bei, dass die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger in geringerem Maße steigen als in Szenario 5. Zum einen werden die Leistungen geringer dynamisiert (2,0 % bzw. 2,5 %), und zum anderen steigt die Pflegeprävalenz über einen längeren Zeitraum (10 Jahre anstatt 5 Jahre). Somit wird über einen längeren Zeitraum eine stärkere Zunahme der Pflegeprävalenz im ambulanten im Vergleich zum vollstationären Sektor vollzogen, was für sich genommen im Durchschnitt die Pro-Kopf-Leistungsausgaben sinken lässt.

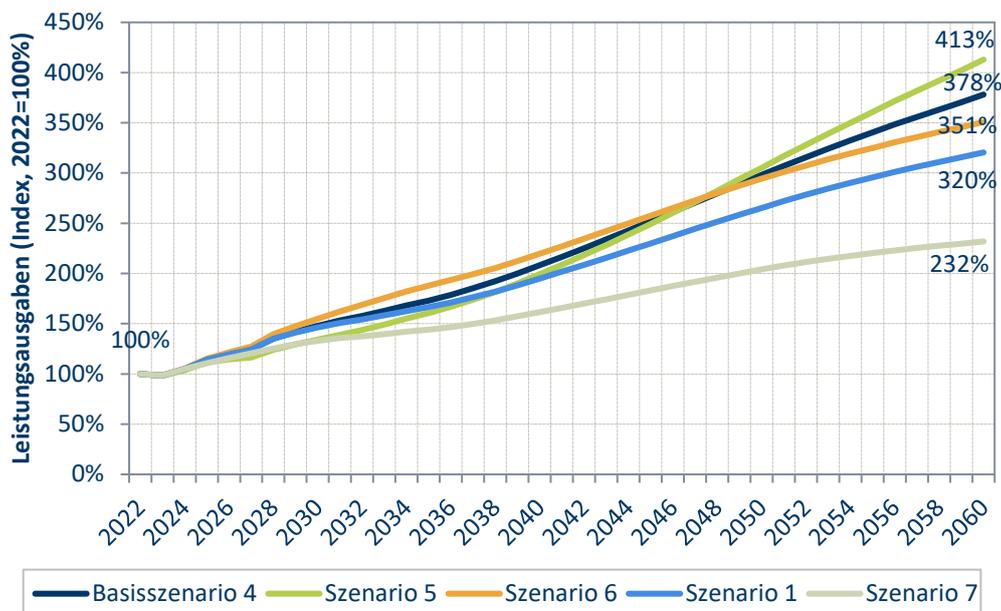
In den Szenarien 1 und 6 verlaufen die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger sehr ähnlich. Allerdings bleibt der Ausgabenanstieg in Szenario 6 über den gesamten Zeitraum unterhalb des Ausgabenanstiegs in Szenario 1, obwohl die Leistungsdynamisierung in Szenario 6 (1,7 % bzw. 1,8 %) etwas stärker ausfällt als in Szenario 1 (1,5 %). Der Grund dafür ist, dass in Szenario 6 die Pflegeprävalenz am längsten steigt (15 Jahre), und somit wiederum über einen größeren Prävalenzanstieg im ambulanten im Vergleich zum vollstationären Sektor insgesamt ein günstigerer Ausgabenverlauf resultiert. Der Effekt der Ausgabendämpfung über die Prävalenzsteigerung überkompensiert in diesem Szenarienvergleich die stärkere Leistungsdynamisierung.

In Szenario 7 ergibt sich die geringste Zunahme der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger. Die Pflegeprävalenz nimmt über einen mittleren Zeitraum zu (10 Jahre), und eine Leistungsdynamisierung bleibt vollständig aus. Die ausbleibende Leistungsdynamisierung ist an dieser Stelle der dominante Effekt, der den geringeren Ausgabenanstieg bewirkt.

Bei Betrachtung der Leistungsausgaben als absoluter Betrag in der aggregierten Summe kommt über die Wirkung der Leistungsdynamisierung und der Verschiebung zwischen den Sektoren auf die Pro-Kopf-Ausgaben hinaus noch ein Mengeneffekt über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen hinzu. Die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt in Szenario 6 am stärksten, da dort die Pflegeprävalenz über 15 Jahre zunimmt. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt in mittlerem Umfang in den Szenarien 4, 1 und 7, während sie in Szenario 5 am geringsten zunimmt.

Als Folge des Mengeneffekts nähern sich die Szenarien bei der Entwicklung der summierten Leistungsausgaben im Vergleich zur Pro-Kopf-Betrachtung weiter an (Abbildung 24). Das Szenario 7 mit der geringsten Entwicklung nähert sich dem Szenario 5 mit der höchsten Entwicklung an. Zudem bewegen sich die Szenarien 1, 4 und 6 nach oben in Richtung höherer Leistungsausgaben. Insbesondere das Szenario 6 mit der höchsten Prävalenzsteigerung überholt das Szenario 1 mit mittlerer Prävalenzsteigerung und setzt sich in den Jahren 2030 bis 2045 sogar an die Spitze mit der stärksten Zunahme der Leistungsausgaben.

Abbildung 24: Leistungsausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)

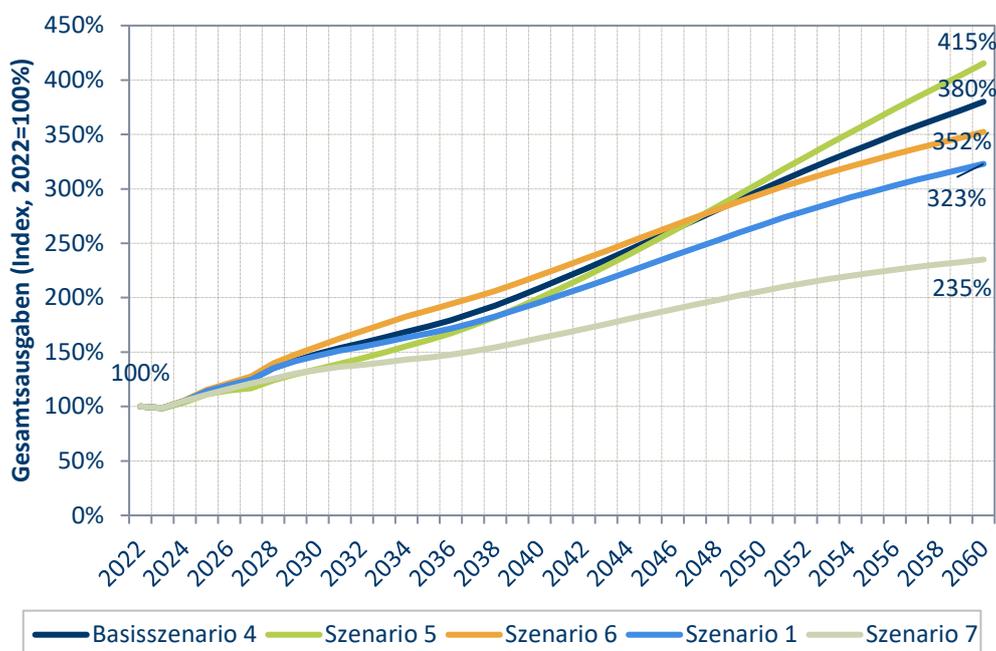


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

6.2.5 Gesamtausgaben

Die Entwicklung der Gesamtausgaben der SPV über den Projektionszeitraum verläuft fast identisch zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Die Gesamtausgaben umfassen über die Leistungsausgaben hinaus in erster Linie die Verwaltungsausgaben. Die Verwaltungsausgaben wurden in jedem Prognosejahr auf 3 % des Mittelwertes aus Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben festgelegt (vgl. Abschnitt 3.3.4.3). Ihre Entwicklung trägt dazu bei, dass die Gesamtausgaben bis zum Jahr 2060 geringfügig stärker zunehmen als die Leistungsausgaben (Abbildung 25). Merkbliche Abweichungen bei den Verläufen über die Szenarien zur Entwicklung der Leistungsausgaben lassen sich nicht feststellen.

Abbildung 25: Gesamtausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

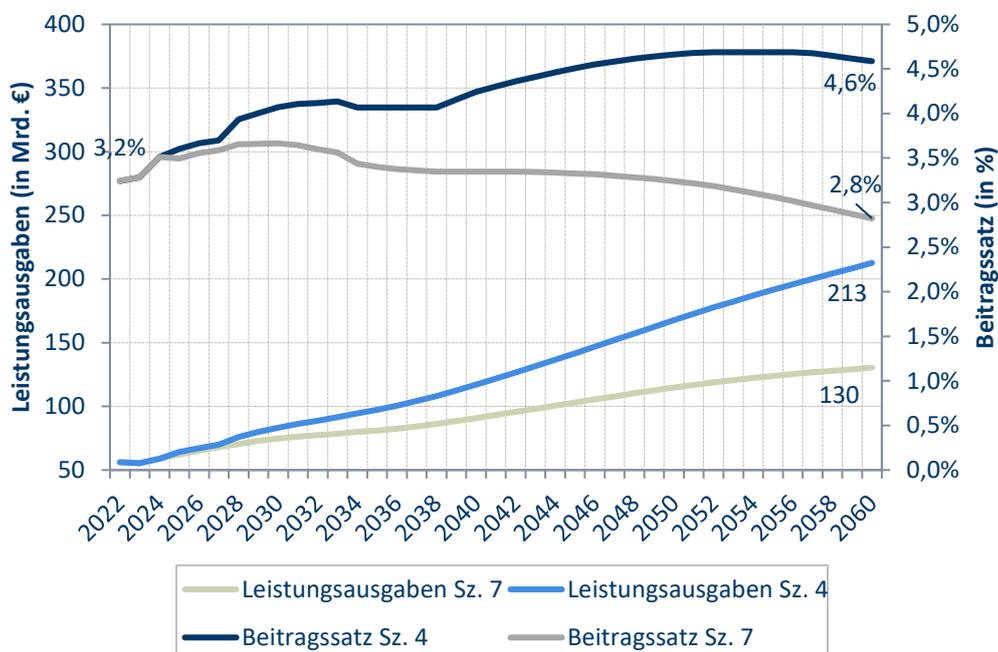
6.3 Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung

Die betrachteten Szenarien unterscheiden sich unter anderem im Hinblick auf den angenommenen Umfang der Dynamisierung der Pflegeleistungen über den Projektionszeitraum. Dadurch lassen sich über einen Vergleich ausgewählter Szenarien die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung quantifizieren. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen, die in diesen Projektionen berücksichtigt wird, zielt ausschließlich auf die regelgebundene, jährliche Erhöhung der Leistungen in dem Sinne von „werterhaltenden Maßnahmen“ bzw. „Leistungsverbesserungen“ ab. Hingegen bleiben solche Maßnahmen, die darauf abzielen, Beitragssatzanstiege zu begrenzen – beispielsweise verstärkte Präventionsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – hier unberücksichtigt.

Die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung lassen sich anhand eines Vergleichs der Szenarien 4 (Basisszenario) und 7 bemessen. Die Szenarien 4 und 7 unterscheiden sich hinsichtlich des Umfangs der Leistungsdynamisierung: Im Basisszenario 4 wurden die Leistungen mit 2,0 % (Geldleistungen) bzw. 2,5 % (Sachleistungen) pro Jahr dynamisiert. Dies ist die zweithöchste Dynamisierungsrate aller neun betrachteten Szenarien. Das Szenario 7 ist ein „Nullszenario“, es sieht keinerlei Leistungsdynamisierung vor (abstrahiert auch von der gesetzlich bereits beschlossenen Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028) und dient damit dem analytischen Zweck als Referenzszenario der Bemessung der Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung. Über diese Unterschiede bei der Dynamisierung hinaus sind die Szenarien 4 und 7 identisch (mittlere Lohnentwicklung und mittlerer Zeitraum der Prävalenzsteigerung). Insofern sind gemessene Unterschiede zwischen den Szenarien 4 und 7 allein auf die Leistungsdynamisierung im Basisszenario zurückzuführen.

Gemessen werden die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung anhand der Unterschiede bei der Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV und dem ausgabendeckenden Beitragssatz. Der Beitragssatz steigt im Basisszenario (mit Dynamisierung) bis auf 4,6 % im Jahr 2060, während er in Szenario 7 (ohne Dynamisierung) bis auf 2,8 % im Zieljahr zurückgeht (Abbildung 26). Der Beitragssatzunterschied, der auf die Leistungsdynamisierung zurückzuführen ist, beträgt im Jahr 2060 somit 1,8 Prozentpunkte.

Abbildung 26: Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung (2022-2060) (Basiszenario 4 gegenüber Szenario 7)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die Leistungsausgaben nehmen im Basiszenario (mit Dynamisierung) bis zum Jahr 2060 auf 213 Mrd. € zu, hingegen in Szenario 7 (ohne Dynamisierung) nur auf 130 Mrd. €. Der Unterschied bei den Leistungsausgaben beträgt somit allein im Zieljahr 83 Mrd. €. Summiert man den Unterschied bei den Leistungsausgaben über alle Projektionsjahre auf, ergibt sich eine Summe in Höhe von knapp 1.300 Mrd. €. Diskontiert mit der Rate der mittleren Lohnentwicklung (3 %) entspricht dies einem Gegenwartswert von 422 Mrd. € im Jahr 2022, verteilt über den gesamten Projektionszeitraum sind dies im Durchschnitt ca. 11 Mrd. € pro Jahr, die auf die Leistungsdynamisierung im Umfang von 2,0 % bzw. 2,5 % pro Jahr (über den gesamten Projektionszeitraum) zurückzuführen sind.

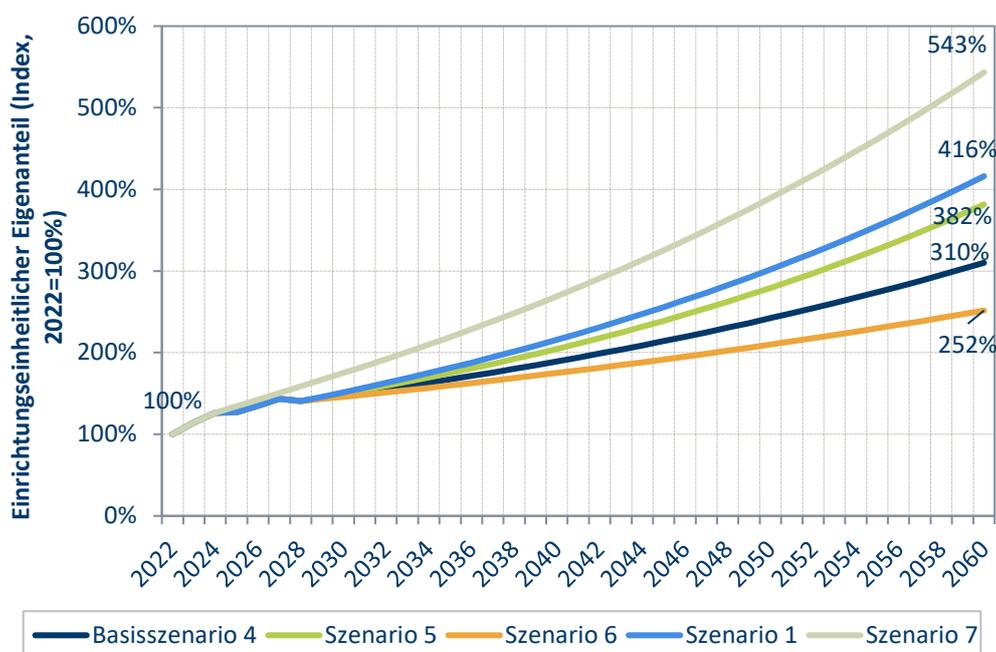
6.4 Private Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen

6.4.1 Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)

Einen wesentlichen Posten, der die Ausgaben bestimmt, die die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen selbst zu tragen haben, stellt der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) dar. Er ergibt sich rechnerisch aus dem Verhältnis der Leistungsbeträge und den Pflegekosten für die Bewohner einer vollstationären Einrichtung (vgl. das methodische Vorgehen in Abschnitt 3.3.4.3) und variiert in jedem Projektionsjahr sowie über alle neun Szenarien. Der hier projizierte EEE berücksichtigt lediglich die szenarienspezifisch unterstellte regelgebundene Leistungsdynamisierung (vgl. Abschnitt 4.2). Der EEE wird begrenzt durch Ausgaben der SPV für Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (Eigenanteilsbegrenzung, vgl. Abschnitt 3.3.4.4) und wird je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ausgewiesen. Eine darüberhinausgehende Entlastung der Pflegebedürftigen durch weitere Leistungsverbesserungen bleibt hier unberücksichtigt.

Über den Projektionszeitraum steigt der bundesdurchschnittliche EEE in allen Szenarien an. Der kräftigste Anstieg ergibt sich in Szenario 7, welches eine mittlere Lohnentwicklung und keinerlei Leistungsdynamisierung vorsieht (Abbildung 27).

Abbildung 27: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle:

IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

In diesem Szenario steigen die Pflegekosten (zu 2/3 mit der Lohnentwicklung und zu 1/3 mit der Inflation, entspricht hier effektiv 2,5 %) somit wesentlich stärker als die Leistungen dynamisiert werden (0,0%), und die privaten Haushalte haben entsprechend einen stetig kräftig steigenden Teil dieser Kosten selbst zu tragen.

In Szenario 1 ergibt sich der zweitstärkste Anstieg des EEE über den Projektionszeitraum. Hier werden die Leistungen zumindest mit 1,5 % (langfristig unterstellte Inflation) pro Jahr dynamisiert, allerdings steigen die Pflegekosten mit 2,5 % stärker (bei mittlerer Lohnentwicklung). Daher nimmt der Betrag, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen, über den Projektionszeitraum zu. In Szenario 5 zeigt sich ein – gegenüber Szenario 1 – nur unwesentlich geringerer Anstieg des EEE. In diesem Szenario erfolgt die stärkste Leistungsdynamisierung (3,2 % bei Sachleistungen), und die Pflegekosten entwickeln sich mit 3,2 % genauso stark, weil hier die Lohnentwicklung hoch ist. Wenn die Pflegekosten in gleichem Maße zunehmen, wie die Leistungen dynamisiert werden, steigt der EEE mit der gleichen Rate wie die Pflegekosten (3,2 %). Mit etwas Abstand folgt das Basisszenario. Es sieht eine Dynamisierung der Sachleistungen mit 2,5 % vor und weist einen Pflegekostenanstieg von ebenfalls 2,5 % pro Jahr auf. Da auch hier die Leistungen in dem gleichen Umfang dynamisiert werden, wie die Pflegekosten steigen, ergibt sich erneut ein Anstieg des EEE mit der Rate des Pflegekostenanstiegs (2,5 %). Letzter fällt hier aufgrund der unterstellten mittleren Lohnentwicklung geringer aus als in Szenario 5. Der geringste EEE-Anstieg ergibt sich in Szenario 6, wo eine durchschnittliche Leistungsdynamisierung (1,8 %) auf eine geringe Lohnentwicklung trifft, welche wiederum eine geringe Pflegekostenentwicklung (1,8 %) nach sich zieht. Auch in diesem Szenario folgen die EEE also der Entwicklung der Pflegekosten und nehmen nur mit 1,8 % pro Jahr zu.

6.4.2 Eigenanteilsbegrenzung und Gesamtausgaben

Die Zunahme der EEE wird begrenzt durch Leistungszuschläge der SPV für vollstationäre Eigenanteile in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (gem. § 43c SGB XI). Im Basisjahr 2022 wurden diese Zuschläge in Höhe von zwischen 5 % (bis 12 Monate Aufenthaltsdauer) und 70 % (über 36 Monate) des EEEs bemessen und beliefen sich entsprechend auf zwischen 625 € (bis 12 Monate) und 8.750 € (über 36 Monate) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (Tabelle 6). Der mit der Zahl der Pflegebedürftigen gewichtete Durchschnitt über alle Aufenthaltsdauern lag bei 5.160 €. Die Zuschläge wurden zum 01.01.2024 dem Anteil nach erhöht auf 15 % (bis 12 Monate) bis 75 % (über 36 Monate) des EEEs. Über den Projektionszeitraum wachsen sie mit dem durchschnittlichen EEE mit. Nach Berücksichtigung der Zuschläge ergibt sich der sogenannte „effektive“ EEE.

Über den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil hinaus müssen die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auch die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen und einen Teil der Ausbildungskosten selbst tragen. Deren durchschnittlicher Betrag je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wurde nach den Szenarien für das Zieljahr

2060 ermittelt. Da die Entwicklung der privaten Kosten der Pflegebedürftigen auch im Zusammenhang mit der Lohnentwicklung gesehen werden müssen, wurden die hier dargestellten Kostenbeträge im Zieljahr anhand der Lohnentwicklung (des jeweiligen Szenarios) auf einen Gegenwartswert im Jahr 2022 diskontiert. Diese Werte können mit dem jeweiligen Betrag im Basisjahr verglichen werden und sind „gemessen am Einkommensniveau“ des Basisjahres zu interpretieren.

Tabelle 6: Ausgaben der privaten Haushalte für den EEE, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten sowie Eigenanteilsbegrenzung (EAB) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022 und 2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7)

	Jahr 2022	Jahr 2060				
		Szenario				
		1	4	5	6	7
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	12.500 €	16.137 €	12.026 €	10.863 €	13.336 €	21.071 €
Investitionskosten	5.640 €	3.960 €	3.960 €	3.227 €	4.873 €	3.960 €
Unterkunft und Verpflegung	10.104 €	8.470 €	8.470 €	7.651 €	9.393 €	8.470 €
Ausbildungskosten	940 €	940 €	940 €	940 €	940 €	940 €
Gesamtausgaben (exkl. EAB)	29.184 €	29.507 €	25.396 €	22.681 €	28.542 €	34.441 €
Eigenanteilsbegrenzung (Zuschüsse nach Aufenthaltsdauer gem. § 43c SGB XI)						
bis 12 Monate	625 €	2.421 €	1.804 €	1.629 €	2.000 €	3.161 €
über 12 bis 24 Monate	3.125 €	4.841 €	3.608 €	3.259 €	4.001 €	6.321 €
über 24 bis 36 Monate	5.625 €	8.069 €	6.013 €	5.432 €	6.668 €	10.535 €
über 36 Monate	8.750 €	12.103 €	9.020 €	8.147 €	10.002 €	15.803 €
Mittelwert (alle Verweildauern)	5.160 €	7.674 €	5.719 €	5.166 €	6.342 €	10.020 €
"Effektiver" EEE (Mittelwert)	7.341 €	8.463 €	6.307 €	5.697 €	6.994 €	11.051 €
Gesamtausgaben (nach EAB)	24.024 €	21.834 €	19.678 €	17.515 €	22.200 €	24.421 €

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: Alle Beträge jeweils im bundesweiten Mittelwert und für das Jahr 2060 diskontiert mit dem Lohnwachstum (des jeweiligen Szenarios) auf einen Gegenwartswert im Jahr 2022.

Im Jahr 2060 (Szenario 4) diskontiert beträgt der „effektive“ EEE bei einer Aufenthaltsdauer in der vollstationären Pflegeeinrichtung von bis zu 12 Monaten durchschnittlich 10.222 €, bei über 12 bis zu 24 Monaten 8.418 €, bei über 24 bis zu 36 Monaten 6.013 € und bei einer Aufenthaltsdauer über 36 Monaten 3.006 €.

Der EEE liegt in den Szenarien 1 und 7 im Jahr 2060 – auch lohndiskontiert – höher als im Basisjahr. Das liegt daran, dass die Leistungsdynamisierung in diesen Szenarien geringer ausfällt als die Lohnentwicklung. Dass der EEE auch in Szenario 6

(Leistungsdynamisierung = Pflegekostensteigerung) lohndiskontiert im Zieljahr einen höheren Betrag aufweist als im Ausgangsjahr, hängt mit der unterstellten Entwicklung in den Anfangsjahren (vor 2029) zusammen. Bis zum Jahr 2028 steigen die Pflegekosten im Zuge einer hohen Inflation stärker als die Leistungen (zu zwei Zeitpunkten in 2025 und 2028) dynamisiert werden. Dieser Anfangseffekt wirkt nach und wird auch bei Lohndiskontierung über den gesamten Projektionszeitraum nicht vollständig kompensiert. In den Szenarien 4 und 5 hingegen steigen die Löhne stärker, sodass durch die Lohndiskontierung der EEE im Jahr 2060 einen Betrag aufweist, der geringer ausfällt als im Basisjahr. Hier überkompensiert die Lohnentwicklung die hohe Belastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen in den Anfangsjahren.²¹

Die höchsten Gesamtausgaben der privaten Haushalte im Zieljahr der Projektionen ergeben sich in Szenario 7. Sie werden wesentlich von dem Anstieg des EEEs bestimmt und belaufen sich (nach Berücksichtigung der EAB-Zuschläge) gemessen am Einkommensniveau des Basisjahrs auf durchschnittlich 24.421 € je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. Damit liegen sie nur um knapp 2 % höher als im Basisjahr (24.024 €). Die geringsten Gesamtausgaben ergeben sich in Szenario 5 mit 17.515 € und damit 27 % weniger als im Jahr 2022.

Die generell über alle Szenarien abnehmenden Beträge bei Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung sowie die unveränderten Beträge bei den Ausbildungskosten sind auf das Zusammenwirken von Fortschreibungsmethode und Diskontsatz zurückzuführen. Die Investitionskosten wurden zu 2/3 mit der Inflationsrate und zu 1/3 mit der Lohnentwicklung fortgeschrieben, die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung zu 1/3 mit der Inflationsrate und zu 2/3 mit der Lohnentwicklung. Da die Lohnentwicklung im Basiszenario höher ausfällt (3,0 %) als die Inflation (1,5 %), sinken diese Beträge bei Diskontierung mit der Lohnentwicklung. Da die Ausbildungskosten mit der Lohnentwicklung fortgeschrieben werden, entsprechen sie im Jahr 2060 gemessen am Einkommensniveau des Basisjahrs gerade einem unveränderten Betrag.

²¹ Generell wirkt bei Betrachtung der privaten Ausgaben im Zieljahr durch die Lohndiskontierung ein ausgabensenkender Effekt. Wenn die Leistungen in dem gleichen Umfang dynamisiert werden, wie die Pflegekosten steigen (Szenarien 4, 5, und 6), wächst der EEE mit der gleichen Rate wie die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation). Diskontiert man den EEE dann mit der (vollen) Lohnentwicklung, resultiert in jedem Jahr ein EEE-Rückgang, da in jedem Szenario die Inflation geringer ist als das Lohnwachstum. Dieser langfristige Effekt der Diskontierung wirkt hier gegenläufig zur Entwicklung in der Anfangsphase. Je nachdem, welcher der beiden Effekte größer ist, fällt der diskontierte EEE im Zieljahr größer (Szenario 6) oder kleiner (Szenarien 4 und 5) aus als im Basisjahr.

6.5 Hilfe zur Pflege

Die Anzahl der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) nimmt über den Projektionszeitraum absolut betrachtet in allen Szenarien zu (ohne Abbildung), allerdings in unterschiedlichem Umfang, und im Verhältnis zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (HzP-Quote) nimmt sie über den gesamten Projektionszeitraum betrachtet in allen Szenarien sowohl im vollstationären als auch im ambulanten Bereich ab.

6.5.1 Vollstationärer Bereich

Die Entwicklung der HzP-Quote im vollstationären Bereich über den Projektionszeitraum wird von mehreren Faktoren bestimmt:

- ◆ dem Umfang der Sachleistungsdynamisierung im Verhältnis zur Entwicklung der vollstationären Pflegekosten (unter Berücksichtigung der EAB-Zuschüsse, also der „effektive“ EEE),
- ◆ der Lohnentwicklung (bezüglich der Entwicklung des Anrechnungsbetrags aus privatem Einkommen und Vermögen),
- ◆ der Entwicklung von Investitionskosten (Fortschreibung mit Inflation) und Ausbildungskosten²² (Fortschreibung mit Lohnentwicklung) sowie
- ◆ der demografischen Entwicklung (hinsichtlich unterschiedlicher HzP-Quoten nach Alter- und Geschlecht der Pflegebedürftigen).

Zentral ist dabei, inwieweit der Umfang der Sachleistungsdynamisierung in den Szenarien von der Entwicklung der Pflegekosten abweicht, also die Entwicklung des „effektiven“ EEEs. Wenn die Leistungen in Höhe der Pflegekostensteigerung dynamisiert werden, wächst der „effektive“ EEE mit der Pflegekostensteigerungsrate. Da die Löhne in allen Szenarien stärker steigen als die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation), nimmt auch der Anrechnungsbetrag auf private Einkommen und Vermögen stärker zu als der „effektive“ EEE. Die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen können die privat zu finanzierenden Ausgaben öfter aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren und sind seltener auf Leistungen im Rahmen der HzP angewiesen. Wenn die Sachleistungen hingegen geringer dynamisiert werden, als die Pflegekosten steigen, wächst der „effektive“ EEE stärker als die Pflegekosten und – je nach angenommener Lohnentwicklung – gegebenenfalls auch stärker als die Löhne. In diesem Fall resultiert zumindest allein aus diesem Zusammenhang heraus eine Zunahme der HzP-Quote.

Allerdings wirkt zusätzlich in allen Szenarien die Fortschreibung der Investitionskosten mit der Inflationsrate senkend auf die HzP-Quote, da die Inflationsrate in allen Szenarien geringer ist als die Lohnentwicklung. Diese Entwicklung führt in der

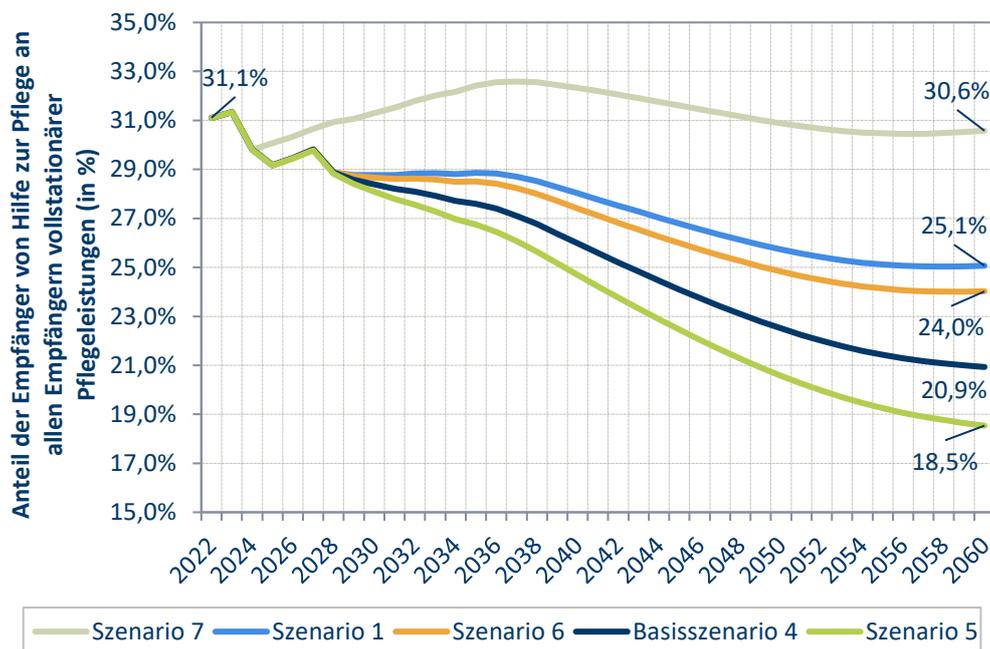
²² Die Kosten im Zusammenhang mit Unterkunft und Verpflegung hingegen werden im Anspruchsfall von dem Träger der Grundsicherung im Alter übernommen.

Tendenz in allen Szenarien zu sinkenden HzP-Quoten. Die Pflegebedürftigen können zu einem zunehmenden Teil die Investitionskosten aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren. Und der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtausgaben der privaten Haushalte (exkl. EAB) betrug im Basisjahr immerhin 19 %; es handelt sich also um einen relevanten Teil der Gesamtausgaben, der in allen Szenarien systematisch geringer steigt als die Einkommen der privaten Haushalte.

Darüber hinaus bewirkt die demografische Entwicklung modellendogen Verschiebungen zwischen den Sektoren und der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Population der Pflegebedürftigen sowie der Bezieher von HzP unter diesen über eine nach Alter und Geschlecht unterschiedliche HzP-Quote im vollstationären Bereich.

Im Ergebnis zeigt sich eine nach den Szenarien unterschiedliche, allerdings über den gesamten Zeitraum betrachtet in allen Szenarien abnehmende HzP-Quote im vollstationären Bereich (Abbildung 28).

Abbildung 28: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die höchste HzP-Quote im vollstationären Bereich zeigt sich in Szenario 7, in dem keinerlei Leistungsdynamisierung erfolgt. Der EEE steigt in diesem Szenario im Durchschnitt um 3,6 % pro Jahr, während die Löhne nur um 3,0 % pro Jahr zunehmen (siehe auch Tabelle 4). Hier ergibt sich in der kurzen Frist (bis 2024) zunächst

ein Rückgang der HzP-Quote aufgrund der kräftigen Lohnzuwächse in diesen Jahren (etwa +5 %). Ab dem Jahr 2025 macht sich dann allerdings die ausbleibende Leistungsdynamisierung bemerkbar, und die HzP-Quote steigt bis zum Jahr 2036 stetig an. Ab Ende der 2040er Jahre wird diese Entwicklung von demografischen Effekten bezüglich der Zusammensetzung der Gruppe der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hinsichtlich Alter und Geschlecht sowie dahingehend unterschiedlichen HzP-Quoten überlagert. Die HzP-Quote im vollstationären Bereich ist wieder rückläufig und landet im Jahr 2060 (30,6%) geringfügig unterhalb des Wertes im Basisjahr (31,1 %).

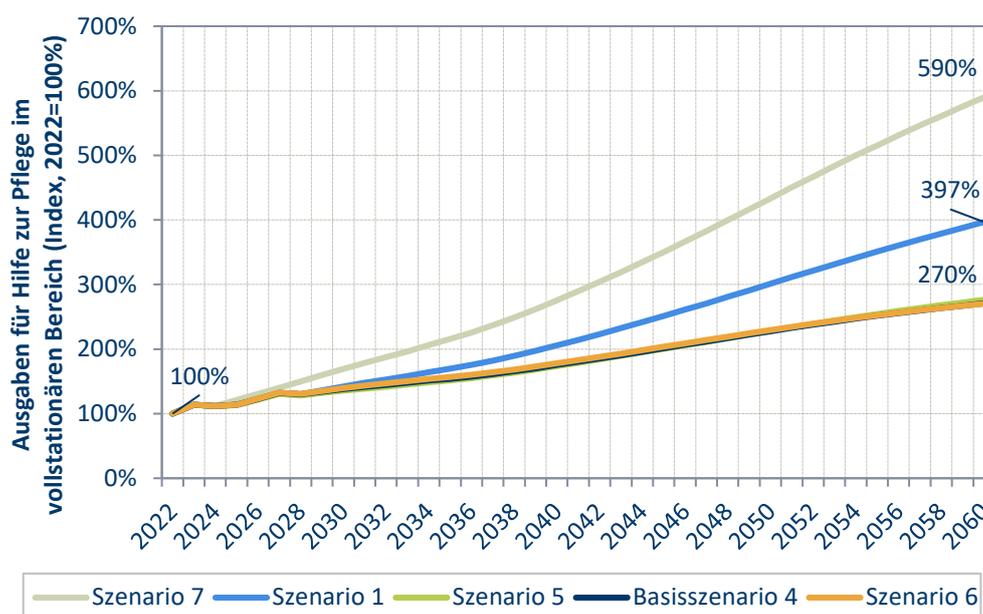
In den Szenarien 1, 4, 5 und 6 hingegen ist die HzP-Quote im vollstationären Bereich über den gesamten Projektionszeitraum betrachtet deutlicher rückläufig. Das liegt in erster Linie daran, dass in diesen Szenarien (im Vergleich zu Szenario 7) eine Dynamisierung der Leistungen vorgesehen ist. Diese bewirkt beispielsweise in den Jahren 2025 und 2028 jeweils einen sichtbaren Rückgang der HzP-Quote („Zickzack-Verlauf“ in diesen Jahren). Ab dem Jahr 2029 spreizt sich dann die Entwicklung der HzP-Quote nach den Szenarien im Zuge des Einsetzens der systematisch unterschiedlichen Dynamisierung und Lohnentwicklung. Wie stark die HzP-Quote zurückgeht, hat wesentlich mit dem Verhältnis aus Lohnentwicklung und EEE-Anstieg zu tun (siehe auch Tabelle 4). Je günstiger das Verhältnis aus Lohnentwicklung zu EEE-Anstieg aus Sicht der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen ausfällt, desto stärker ist der Rückgang der HzP-Quote. Der geringste Rückgang zeigt sich in Szenario 1, wo ein 3,8 %iger jährlicher EEE-Anstieg einem 3,0 %igen jährlichen Lohnanstieg gegenübersteht. In Szenario 6 fällt der Rückgang geringfügig stärker aus (+2,5 % p. a. EEE ggü. +2,0 % p. a. Löhne). Ein deutlich kräftigerer Rückgang der HzP-Quote zeigt sich im Basisszenario 4, in dem sich EEE und Löhne gleichmäßig entwickeln (jeweils +3,0 % p. a.). Szenario 5 ist das einzige Szenario, in dem die Löhne (+4,0 % p. a.) stärker steigen als der EEE (+3,6 %). Entsprechend zeigt sich hier der kräftigste Rückgang der HzP-Quote im vollstationären Bereich bis auf 18,5 % im Jahr 2060 (ggü. 31,1 % im Basisjahr).

Auch in diesen Szenarien wird die Entwicklung vor allem ab den 2040er Jahren von demografischen Effekten bezüglich unterschiedlicher HzP-Quoten nach dem Alter der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen überlagert, welche zusätzlich zu einem Rückgang der HzP-Quote bis zum Ende des Projektionszeitraums beitragen. Ein weiterer wesentlicher Treiber für den Rückgang der HzP-Quote sind auch in diesen Szenarien die geringer als die Löhne steigenden Investitionskosten (siehe oben).

Die Summe der Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich wird, ähnlich wie die HzP-Quote, ebenfalls in den Szenarien am stärksten zunehmen, die die geringste Leistungsdynamisierung vorsehen (Szenarien 7 und 1). Im Gegensatz zum Anteil der Empfänger wirkt in dieser Betrachtung allerdings auch die Mengenkomponekte über eine zunehmende absolute Empfängerzahl (zunehmende Anzahl der Pflegebedürftigen) und verstärkt die Wirkung eines ebenfalls ansteigenden Leistungsbetrags je Empfänger. Insgesamt nehmen die Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege in allen Szenarien bis zum Jahr 2060

stetig zu. Sehr ähnliche Ausgabenverläufe zeigen die drei Szenarien 4, 5 und 6. In diesen Szenarien wirken die Mengenentwicklung bzw. die Entwicklung der HzP-Quote und die Entwicklung des Ausgabenbetrags je HzP-Empfänger im vollstationären Bereich jeweils gegenläufig und bewirken somit im Szenarienvergleich ein einheitliches Resultat (Abbildung 29). Während die Mengen- bzw. Quotenentwicklung den größten Mengenanstieg in Szenario 6 und den geringsten Mengenanstieg in Szenario 5 bewirkt (Szenario 4 dazwischen), führt die Entwicklung des HzP-Ausgabenbetrags pro Empfänger umgekehrt den größten Ausgabenanstieg in Szenario 5 (wegen der dort unterstellten hohen Lohnentwicklung) und den geringsten Ausgabenanstieg in Szenario 6 (geringe Lohnentwicklung) (Szenario 4 liegt erneut dazwischen). In der Kombination heben sich die Unterschiede bei der Mengen- und der Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung zwischen diesen drei Szenarien in etwa auf, und die Ausgabensummen entwickeln sich über den Projektionszeitraum sehr gleichmäßig. Sie steigen von 2,7 Mrd. € im Basisjahr auf etwa zwischen 7,4 bis 17,9 Mrd. € im Jahr 2060.

Abbildung 29: Ausgaben für Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

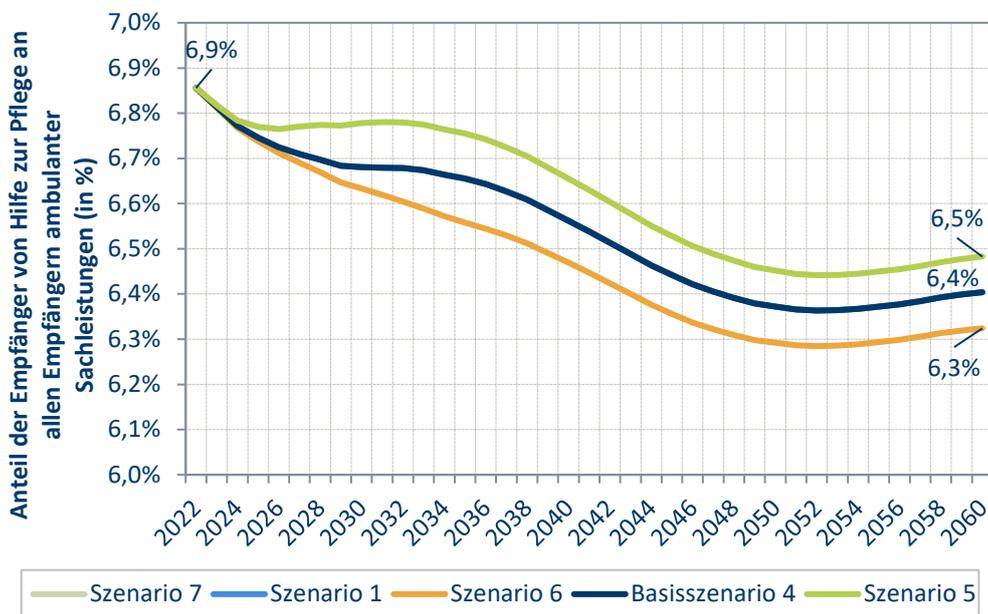
6.5.2 Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich wurde bei der Projektion der Zahl der Empfänger von Leistungen der HzP abweichend vom vollstationären Bereich vorgegangen, und es wurde von einer alters-, geschlechts-, pflegegrad- und leistungsartspezifisch im

Zeitverlauf konstanten Inanspruchnahmehäufigkeit ausgegangen (vgl. Abschnitt 3.3.9). In der Folge wird die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen ebenso wie die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld ausschließlich von der demografischen Entwicklung sowie der über die Szenarien unterschiedlichen Zunahme der sektorenspezifischen Pflegeprävalenz bestimmt.

Die HzP-Quote bei den Leistungsempfängern ambulanter Sachleistungen lag im Basisjahr auf einem wesentlich niedrigeren Niveau (6,9 %) als im vollstationären Bereich (31,1 %). Ihre Entwicklung ist bis etwa zur Mitte der 2030er Jahre in erster Linie von der ansteigenden Pflegeprävalenz im ambulanten Bereich geprägt. Diese bewirkt grundsätzlich einen Rückgang der HzP-Quote, da die Zahl der Pflegebedürftigen insbesondere bei solchen Altersgruppen stark ansteigt, die eine vergleichsweise niedrige HzP-Quote aufweisen. Bei einem Anstieg der Pflegeprävalenz über einen Zeitraum von fünf Jahren (Szenario 5) endet der Rückgang der HzP-Quote zunächst im Jahr 2027, während er bei länger anhaltendem Prävalenzanstieg über einen entsprechend längeren Zeitraum anhält (Abbildung 30).

Abbildung 30: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)

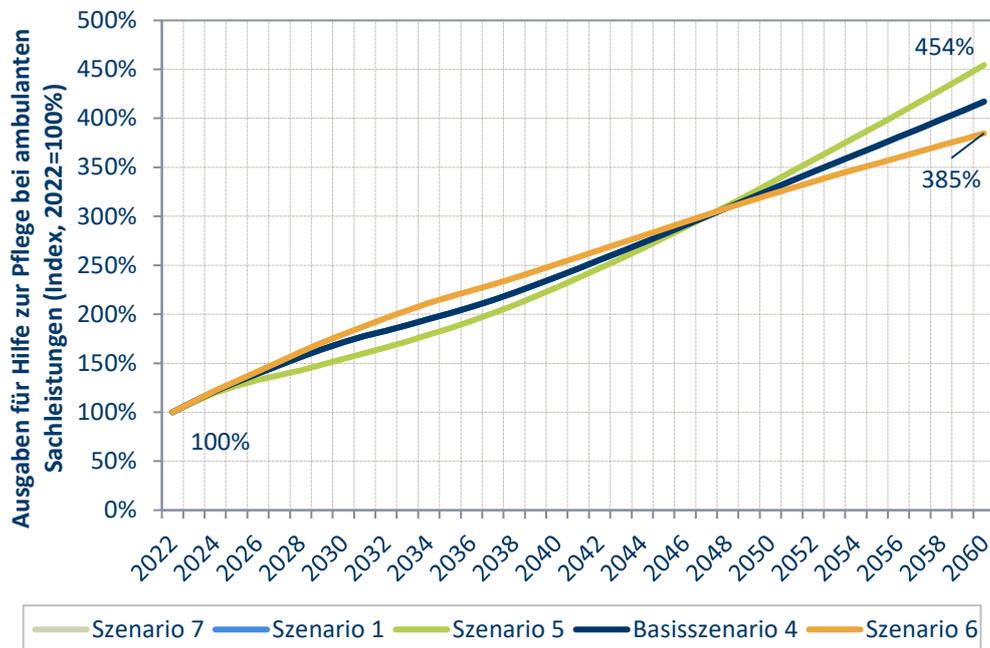


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen identisch zum Basisszenario 4.

Unabhängig von der Dauer des Prävalenzanstiegs zeigt sich allerdings in allen Szenarien ab etwa Mitte der 2030er Jahre ein erneuter bzw. weiter anhaltender Rückgang der HzP-Quote bei ambulanten Sachleistungen. Dieser ist dann auf die demografische Entwicklung und mit dieser zusammenhängenden Verschiebung bei der Besetzung der Altersgruppen der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung zurückzuführen. Aufgrund einer über die Altersgruppen unterschiedlichen HzP-Quote ergibt sich infolge dieser Verschiebungen – ähnlich wie im vollstationären Bereich – ein weiterer Rückgang der HzP-Quote. Dieser verläuft über alle Szenarien gleichmäßig (paralleler Verlauf der Kurven), da die demografische Entwicklung in allen Szenarien einheitlich unterstellt wurde. Die HzP-Quote in Bezug auf ambulante Sachleistungen landet im Zieljahr 2060 bei zwischen 6,3 % und 6,5 %.

Die Ausgabenbeträge je Empfänger wurden bei der HzP im Zusammenhang mit ambulanten Sachleistungen sowie mit Pflegegeld anhand der Pflegekostensteigerungsrate fortgeschrieben (2/3 Lohnsteigerungsrate, 1/3 Inflationsrate). Für die Entwicklung der Ausgabensumme ist zudem die Mengenentwicklung (Anzahl der Pflegebedürftigen und HzP-Quote) relevant. Die größte Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 6 (aufgrund der längsten Prävalenzsteigerung über 15 Jahre) trotz der geringsten HzP-Quote, und die geringste Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 5 (kürzeste Prävalenzsteigerung über 5 Jahre). Beim Ausgabenbetrag je Empfänger verhält es sich umgekehrt, dieser fällt bei hoher Lohnentwicklung am größten aus (Szenario 5). In der Kombination laufen die beiden Effekte entgegen, sodass die Entwicklung der Summe der HzP-Ausgaben bei ambulanten Sachleistungen in allen Szenarien in etwa ähnlich ansteigend über den Projektionszeitraum verläuft (Abbildung 31). Sie steigt von 0,8 Mrd. € im Basisjahr auf etwa 3,1 bis 3,7 Mrd. € im Jahr 2060.

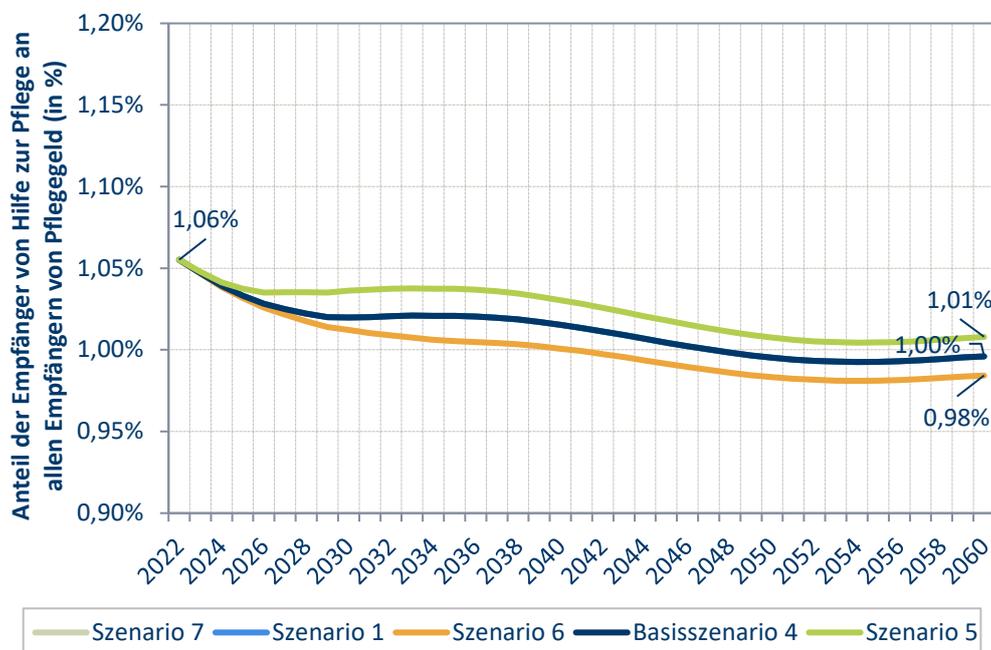
Abbildung 31: Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

Die HzP-Quote bei Empfängern von Pflegegeld lag im Basisjahr auf einem nochmal deutlich niedrigeren Niveau (1,06 %) als bei Empfängern ambulanter Sachleistungen (6,9 %). Ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum ist allerdings von den gleichen Effekten geprägt wie bei den Sachleistungsempfängern (Abbildung 32).

Abbildung 32: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

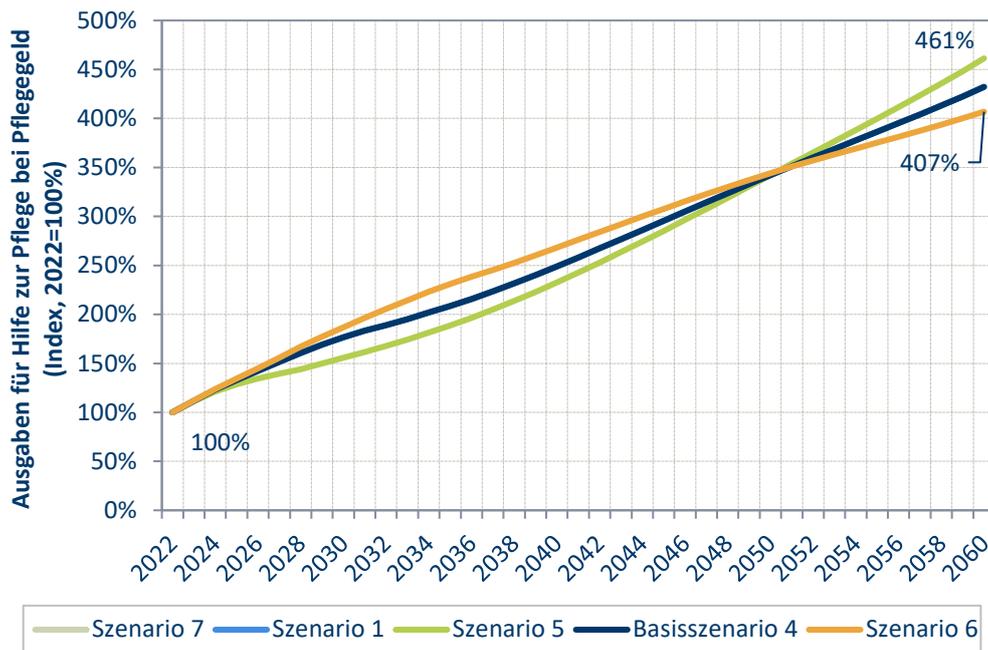
Anmerkungen: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit Pflegegeld identisch zum Basisszenario 4.

Anfänglich ist der Rückgang der HzP-Quote beim Pflegegeld wesentlich von der angenommenen Pflegeprävalenzsteigerung geprägt, die bewirkt, dass sich ein länger anhaltender Rückgang zeigt, wenn die Prävalenz über einen entsprechend längeren Zeitraum zunimmt. Sobald die Prävalenz konstant bleibt, zeigt sich zunächst auch ein weitestgehend waagerechter Verlauf der HzP-Quote beim Pflegegeld. Mit Eintreten demografisch bedingter Altersgruppenverschiebungen, die beim Pflegegeld erst Anfang der 2040er Jahre Auswirkungen auf die HzP-Quote beim Pflegegeld haben, geht diese geringfügig und gleichmäßig über die Szenarien ein wenig weiter zurück. Im Zieljahr landet sie bei 0,98 % bis 1,01 % und damit nur unwesentlich niedriger als im Basisjahr (1,06 %).

Für die Entwicklung der Ausgabensumme der HzP im Zusammenhang mit Pflegegeld ist erneut neben dem Ausgabenbetrag je Empfänger die Mengenentwicklung (Anzahl der Pflegebedürftigen und HzP-Quote) relevant. Die größte Mengenentwicklung ergibt sich auch bei der HzP beim Pflegegeld in Szenario 6 (aufgrund der längsten Prävalenzsteigerung über 15 Jahre) trotz der geringsten HzP-Quote, und die geringste Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 5 (kürzeste Prävalenzsteigerung über 5 Jahre). Beim Ausgabenbetrag je Empfänger verhält es sich wieder umgekehrt, dieser fällt bei hoher Lohnentwicklung am größten aus (Szenario 5). In

der Kombination laufen auch hier die beiden Effekte entgegen, sodass die Entwicklung der Summe der HzP-Ausgaben beim Pflegegeld in allen Szenarien in etwa ähnlich ansteigend über den Projektionszeitraum verläuft (Abbildung 33). Sie steigt von 0,1 Mrd. € im Basisjahr auf etwa 0,5 Mrd. € im Jahr 2060.

Abbildung 33: Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



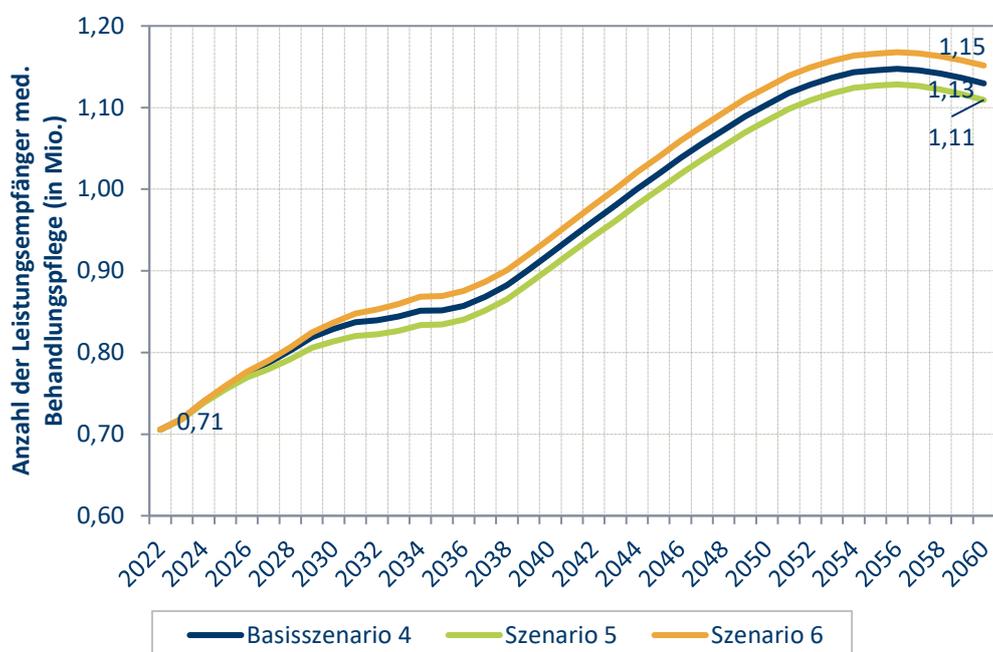
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

6.6 Medizinische Behandlungspflege

Die Entwicklung der kalkulatorischen Kosten im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege von vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (mit Pflegegrad 2 bis 5) wurde auf der Grundlage von durchschnittlichen ambulanten Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) ermittelt und auf die Zahl der vollstationär versorgten Leistungsempfänger übertragen. Dabei erfolgte eine Fortschreibung der durchschnittlichen Kostenbeträge mit der gleichen Steigerungsrate, mit der die Pflegekosten fortgeschrieben wurden (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate) (vgl. Abschnitt 3.3.10).

Aufgrund der Modellierung als durchschnittlicher Ausgabenbetrag, der auf alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bezogen wurde, ergibt sich eine Entwicklung der rechnerischen Anzahl der Empfänger von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die gerade zu der Entwicklung der Gesamtzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen identisch ist. Über die Szenarien 4, 5 und 6 zeigt sich ein sehr ähnlicher Verlauf dieser Zahl (Abbildung 34), in den Szenarien 1 und 7 ist der Verlauf zudem identisch zum Verlauf in Szenario 4. In Szenario 6 wird die höchste Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen erreicht, weil die Pflegeprävalenz über den längsten Zeitraum (15 Jahre) zunimmt, in Szenario 5 die geringste Zahl, da nur ein Prävalenzanstieg über 5 Jahre unterstellt wurde.

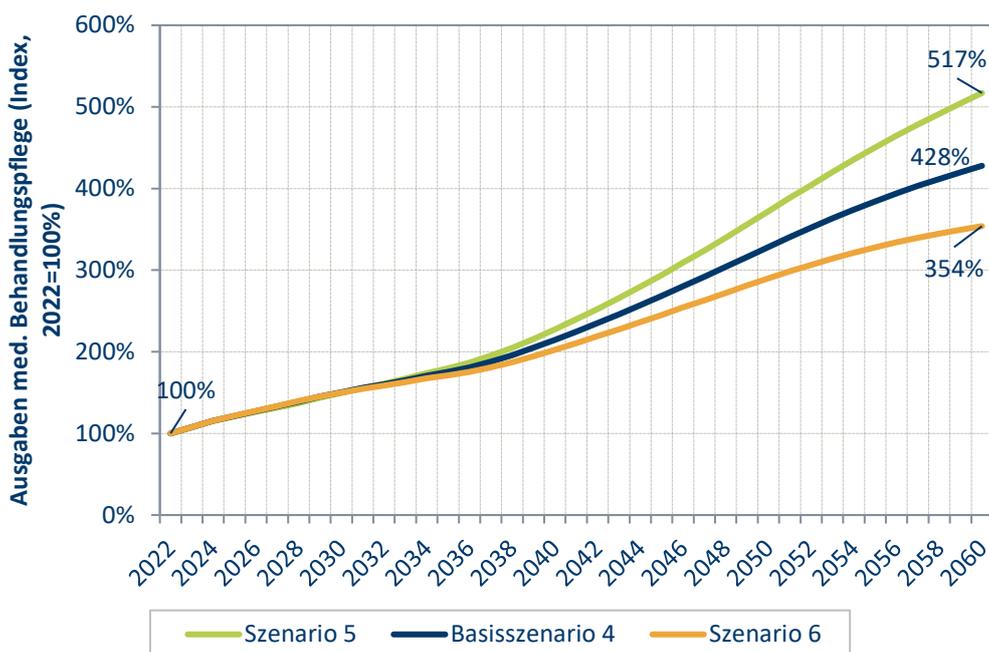
Abbildung 34: Rechnerische Anzahl der Leistungsempfänger medizinischer Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (in Mio.)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Aufgrund der Modellierung der kalkulatorischen Kosten im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege als durchschnittlicher Ausgabenbetrag und einer Fortschreibung mit der gleichen Steigerungsrate, mit der die Pflegekosten fortgeschrieben wurden (zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 mit der Inflationsrate), ergibt sich eine Ausgabenentwicklung in Abhängigkeit von der Lohnentwicklung (Abbildung 35). Der größte Ausgabenanstieg um insgesamt 517 % (auf 15,8 Mrd. €) bis zum Jahr 2060 zeigt sich in Szenario 5 bei hoher Lohnentwicklung (4 %), gefolgt vom Basisszenario 4 mit einem Ausgabenanstieg um 428 % (auf 13,1 Mrd. €) bei mittlerer Lohnentwicklung (3 %). Der geringste Ausgabenanstieg mit 354 % (auf 10,8 Mrd. €) zeigt sich bei Szenario 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %). In den Szenarien 1 und 7 wird die gleiche Lohnentwicklung angenommen wie im Basisszenario (3 %), somit entsprechen die Verläufe der kalkulatorischen Kosten im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in diesen Szenarien dem Verlauf im Basisszenario 4.

Abbildung 35: Ausgaben für med. Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

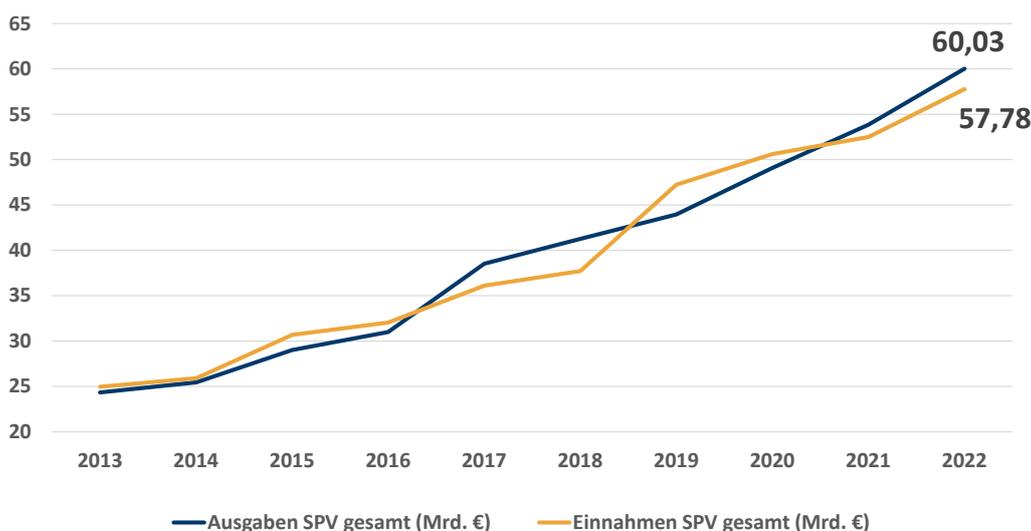
7. Strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize im System der SPV

In diesem Kapitel wird auf Basis von Erkenntnissen aus zahlreichen Studien, die IGES zur Versorgung in der Langzeitpflege erarbeitet hat, auf prägende strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen eingegangen.

7.1 Nachhaltige Finanzierung der SPV

Aus der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes ist ersichtlich, dass sich nicht nur die Ausgaben der SPV in den letzten zehn Jahren sehr dynamisch entwickelt haben (siehe Abbildung 36), sondern auch die privaten und öffentlichen Haushalte in steigendem Maße zur Finanzierung der pflegebedingten Kosten beitragen.

Abbildung 36: Entwicklung der SPV-Finzen seit 2013



Quelle: Darstellung IGES auf Basis der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Datenabruf am 20.10.2023 14:26 Uhr unter www.gbe-bund.de).

Im Zeitraum 2013 bis 2021 stiegen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte, also Ausgaben von Bund, Ländern und Kommunen, für ambulante und stationäre Pflege um rund 40 % und die der privaten Haushalte um 80 % (siehe Tabelle 7).²³

²³ Einschränkungen ergeben sich aufgrund der unzureichenden Datenlage bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. Zur Ermittlung der Ausgaben wurde ein Residualwertverfahren eingesetzt, d. h. von den Umsätzen der Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden zunächst die

Tabelle 7: Ausgaben ausgewählter Träger für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Mio. Euro

	2013	2015	2017	2019	2021
Öffentliche Haushalte	2.960	3.163	3.011	3.320	4.117
Private Haushalte	6.967	7.609	8.981	11.106	12.517

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Datenabruf am 20.10.2023 14:26 Uhr unter www.gbe-bund.de).

Während bei den öffentlichen Haushalten das Gros der Ausgaben (78 %) für die stationäre (einschl. der teilstationären) Pflege (Hilfe zur Pflege) aufgewendet wird, ist es bei den privaten Haushalten umgekehrt – dort entfielen 2021 rund 71 % der pflegebedingten Ausgaben auf die ambulante Pflege. Da der Anteil der zu Hause versorgten Personen in dem Jahr bei 84,5 % (4,19 Mio. Personen) lag, ist der hohe ambulante Ausgabenanteil nachvollziehbar.

Die Pflegereformen der letzten Jahre enthielten sowohl Leistungsausweitungen als auch verbesserte Rahmenbedingungen, insbesondere für die Entlohnung des Pflege- und Betreuungspersonals in Langzeitpflegeeinrichtungen – beides hat die Gesamtkosten in die Höhe getrieben und wird auch in den nächsten Jahren, wenn zusätzlich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger stark ansteigen wird, die Ausgaben der SPV weiter erhöhen. Auf der anderen Seite wurden für die vollstationär versorgten Personen Regelungen getroffen, die die privaten Haushalte entlasten sollen (insbesondere Leistungszuschläge gem. § 43c SGB XI seit 2022). Diese betreffen aber nur einen sehr kleinen Anteil der Pflegeleistungsbezieher (15,5 %, Stichtag 31. 12. 2021, s. o.).

Es wurden bereits zahlreiche Vorschläge gemacht, wie eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Langzeitpflege erreicht werden könnte. Das Spektrum reicht von der Einbeziehung weiterer Beitragszahlergruppen bzw. Einkommensarten, über Steuerzuschüsse, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen bis hin zur Zusammenführung der SPV und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV).

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz hat dazu in einem aktuellen Gutachten (2022) dargelegt, dass in der Pflegeversicherung eine zusätzliche Kapitaldeckung aus zwei Gründen sinnvoll sei:

- ◆ Da die geburtenstarken Jahrgänge im Durchschnitt erst 2030 das Rentenalter erreichen und ein erhöhter Pflegebedarf erst ab 75 bis 80 Jahren

Ausgaben aller anderen Ausgabenträger abgezogen und der verbleibende Rest wird den privaten Haushalten zugeordnet (Destatis, 2023).

eintritt, stehen noch 10-15 Jahre mehr zur Verfügung, um ein Vorsorgekapital aufzubauen.

- ◆ Wenn eine Überforderung künftiger Steuerzahler vermieden werden soll, „wirkt eine verpflichtende kapitalgedeckte Pflegeversicherung besonders zielgerichtet, da sie im Gegensatz zur Rentenversicherung hohe Risiken relativ weniger Einzelner auf eine große Zahl von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer verteilt.“ (BMWK 2022: 26).

Der Beirat schlägt eine zusätzliche obligatorische Teilversicherung vor, die nicht paritätisch unter Belastung der Unternehmen, sondern ausschließlich privat, jedoch mit staatlichen Subventionen für Geringverdienende, ausgestaltet werden sollte. Konkret könnte das „eine Pflege-Tagegeldversicherung sein, die im Fall der Pflegebedürftigkeit eine Geldleistung in Abhängigkeit vom Pflegegrad vorsieht. Ziel dieser Versicherung ist es, die Lücke zwischen der Leistung der SPV und den mittleren Pflegekosten in dem betreffenden Pflegegrad partiell zu schließen“ (ebd.: 29). Weiterhin plädiert der Beirat für eine maßvolle Anhebung des Beitragssatzes zum Zwecke der Aufstockung des Pflegevorsorgefonds und empfiehlt, den Leistungskatalog der SPV nicht weiter auszudehnen, um die Finanzierungslasten nicht noch weiter zu erhöhen (ebd.: 37).

7.2 Investitionskostenförderung der Länder

Gem. § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI). In Folge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 sanken die Bruttoausgaben der Länder für die Hilfe zur Pflege von 9,1 Mrd. Euro 1994 auf durchschnittlich 2,9 Mrd. Euro in den Jahren 1999 bis 2002 (Statistisches Bundesamt 2007: 7). Seither sind die jährlichen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege wieder gestiegen – auf über 4,3 Mrd. Euro im Jahr 2019. Die Einsparungen der Länder beliefen sich daher im Jahr 2019 auf nominal rund 4,7 Mrd. Euro. Im Jahr 2022 war erneut ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für Hilfe zur Pflege um 26,0 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies ist auf die neuen Regelungen zum 1. Januar 2022 zurückzuführen, wonach die Kosten für vollstationäre Pflege (Pflegegrade 2 bis 5) je nach bisheriger Verweildauer im Heim mit monatlichen Zuschlägen von bis zu 70 % des Eigenanteils aus der sozialen Pflegeversicherung bezuschusst werden (Statistisches Bundesamt 2023, Pressemitteilung Nr. 321 vom 15.08.2023).

Wie aus den Erhebungen zur Förderung der Investitionskosten von nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Länder in den Jahren 2020 bis 2022 hervorgeht, lag diese bei rund 875 Mio. € pro Jahr bundesweit (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Investitionskostenförderung der Länder in der Pflege

	2020	2021	2022
Fördervolumen bundesweit in Mio. €	875	883	876
Betrag je Pflegebedürftigen in €	256	214	177
Anteil Subjektförderung	68%	66%	62%
Anteil Objektförderung	24%	26%	30%
Anteil subjektorientierte Objektförderung	8%	7%	8%
Anzahl Länder mit Förderung	13	13	14

Quelle: Ochmann & Braeseke (2021, 2022, 2023)

Der nicht durch Fördermittel gedeckte Teil der Investitionskosten kann den Pflegebedürftigen gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert in Rechnung gestellt werden. Die Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen allein für Investitionskosten beläuft sich im Jahr 2024 im Bundesdurchschnitt auf 485 Euro pro Monat (vdek 2024, Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)). Bei höheren Investitionskostenförderungen der Länder, möglichst in Höhe der Einsparungen, könnten die Leistungsempfänger (und auch die Sozialhilfeträger) entlastet werden.

7.3 Handlungsbedarf in der Langzeitpflege – insbesondere bisher noch mangelnde Umsetzung des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Nach langjährigen Diskussionen und wissenschaftlichen Vorarbeiten wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit Wirkung ab dem 01.01.2017 eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit im Sozialgesetzbuch XI eingeführt. Die am deutlichsten erkennbare Auswirkung dieser Reform und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 14 SGB XI) war ein verbesserter Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Damit einher geht, so zumindest die Erwartung des Gesetzgebers, ein insgesamt erweitertes Leistungsspektrum in der Langzeitpflege – insbesondere auch im Hinblick auf die Unterstützung der Kommunikation, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der nun seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff legt „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ einer Person als Maßstab für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zugrunde. Das ist gleichbedeutend mit einer Neuausrichtung auf „umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen“, dem „Erhalt und der Förderung der Selbständigkeit“ sowie der Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

In der praktischen Umsetzung war zum einen eine Anpassung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig, zum anderen mussten die gesetzlichen Leistungen der Pflegeversicherung, differenziert nach fünf Pflegegraden, neu kalkuliert werden und zwar so, dass es für bestehende Leistungsbezieher nicht zu einer Schlechterstellung kam. Vom Erfolg dieser Prozesse und der breiten Akzeptanz der gefundenen Lösungen hing die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs insgesamt maßgeblich ab. Dabei geriet zunächst in den Hintergrund, dass weitere Rahmenvorgaben, insbesondere für die Erbringer von Pflegeleistungen, an die neue Rechtslage angepasst werden mussten – allen voran die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, die u. a. explizit Art, Inhalt und Umfang der von den Pflegeunternehmen durchzuführenden Pflegesachleistungen verbindlich beschreiben.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit eigens zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzte Beirat (§ 18c SGB XI a.F.) hatte deshalb in einer Roadmap 2020 sieben Handlungsfelder benannt, die maßgeblich dazu beitragen, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um das neue Pflegeverständnis in die Praxis zu bringen mit dem Ziel, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für die beruflich Pflegenden, konkrete Verbesserungen im Pflegealltag zu erzielen.²⁴ So müsste z. B. der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff leitend für eine neue inhaltliche Festlegung konkreter Pflegeleistungen durch die Partner der Selbstverwaltung (Leistungserbringer und Kostenträger) sein. Weiterhin wären entsprechend des Einsatzes von qualifiziertem bzw. weitergebildetem Pflegepersonal, angepasste Qualitätssicherungssysteme und nicht zuletzt adäquate Vergütungsregelungen durch die Vertragsparteien erforderlich.

Während die organisatorische Umstellung des Systems auf die neuen Pflegegrade Ende 2016/Anfang 2017 relativ reibungslos im vorgegebenen Zeitplan verlief, lassen sich Ende 2023 bezüglich einer Neuausrichtung der Pflegekonzeptionen in der professionellen Pflege immer noch nur unzureichende Entwicklungen vermelden. Insbesondere in der ambulanten Pflege fehlen in fast allen Bundesländern die rahmenrechtlichen Vereinbarungen dafür. Der häufig zitierte Perspektivwechsel weg von einer Defizitorientierung (teilweise oder vollständige Übernahme von Verrichtungen) hin zu einer auf Ressourcen fokussierten und personen-zentrierten Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen, der dabei unterstützt werden soll, trotz Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen, wird im Pflegealltag bisher nur von wenigen, meist teilstationären Einrichtungen systematisch umgesetzt.

²⁴ Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Roadmap zur weiteren Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis. Februar 2020. Vgl. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-2020-03-09-roadmap-weitere-umsetzung-pbb-versandfassung.pdf>. [Abgerufen am 11.12.2023]

Hierfür können als Beweggrund auch nicht nur die sicherlich überbordenden Belastungen aller Beteiligten durch die Pandemie angeführt werden. Es frustriert vor allem die engagierten Pflegefachpersonen, denen mehr Flexibilität und fachlicher Freiraum beim Erbringen pflegerischer Leistungen avisiert wurde²⁵ und von denen eine an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtete Pflege auch erwartet wird, wie die Befragungen im Rahmen der Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) ergaben (vgl. u. a. Schmutz et al. 2020: 12). Wenn weiterhin in fast allen Bundesländern z. B. in der ambulanten Versorgung primär nur eng definierte Leistungskomplexe (z. B. kleine Morgentoilette oder Zubereitung einer Mahlzeit) abgerechnet werden können, bleibt kaum Spielraum für individuelle Bedarfe, für das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, für eine gezielte Ressourcenförderung oder für Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation.

In einigen Bundesländern wurden zwar die Landesrahmenverträge in der ambulanten Pflege bzw. die entsprechenden Leistungskataloge in den letzten Jahren von der gemeinsamen Selbstverwaltung überarbeitet und auch z. B. einzelne Positionen, wie Betreuungsleistungen, mit Zeitvergütung ergänzt. Aber nach Auffassung einer Expertengruppe bilden diese „noch keinen ausreichenden Rahmen für ein Vertragswerk ab, das

- ◆ den Erhalt und die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen,
- ◆ die Stärkung der Pflege- und Selbstpflegekompetenzen, insbesondere durch Information, Beratung und Anleitung (Edukation),
- ◆ die Stabilisierung der Versorgungssituation und
- ◆ die Vielfalt der Bedarfskonstellationen in der häuslichen Umgebung

angemessen in den Blick nimmt.“²⁶

Infolge der fehlenden Anpassungen in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen könne es bisher kaum zu Veränderungen in der konkreten Ausgestaltung der Angebote und Pflegekonzepte und damit der Strukturen und Prozesse innerhalb der Pflegeeinrichtungen kommen, die die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gesetzlich erweiterten Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Personen adäquat abdecken.

Damit dieser Prozess insbesondere in der ambulanten Pflege nun vorankommen kann, hat Ende 2021 eine Expertengruppe mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit einen konzeptionellen Vorschlag für die Beschreibung „pflegerischer Aufgaben“ in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI für die ambulante Pflege vorgelegt, der auf der Website des Pflegenetzwerks Deutschland abrufbar ist.

²⁵ Siehe dazu Wingenfeld & Büscher (2017).

²⁶ Vgl. Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege [...] (2021).

Weiterhin hat das IGES Institut im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemeinsam mit Praxisvertreterinnen und -vertretern in dem Projekt TRANSFORM einen „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ erarbeitet (Nolting et al., 2019). Es bleibt zu hoffen, dass diese Impulse in naher Zukunft dazu beitragen, dass die zuständigen Stellen in den Bundesländern die notwendigen strukturellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen schaffen.

7.4 Mangelnde Präventionsorientierung der Pflegeleistungen

Auch wenn Gesundheitsförderung und Prävention in aller Munde sind, zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen immer noch durch eine mangelnde Präventionsorientierung aus. Der Anteil der jährlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten an den laufenden Gesundheitsausgaben (d. h. ohne Investitionen) lag im Zeitraum 2013 bis 2019 stabil bei 1,9 % (und sank in den beiden Corona-Jahren auf 1,6 % (2020) bzw. 1,7 % (2021) ab).²⁷

Da sich die Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, die sich im Alter beobachten lassen, nur zu rund 25 % auf genetische Faktoren zurückführen lassen und zu rund 75 % das Ergebnis der im Laufe des Lebens an den Tag gelegten Verhaltensweisen und äußeren Einflüsse sind, wird der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Laufe des gesamten Lebens für die Entstehung (bzw. Vorbeugung) von Pflegebedürftigkeit besonders deutlich.

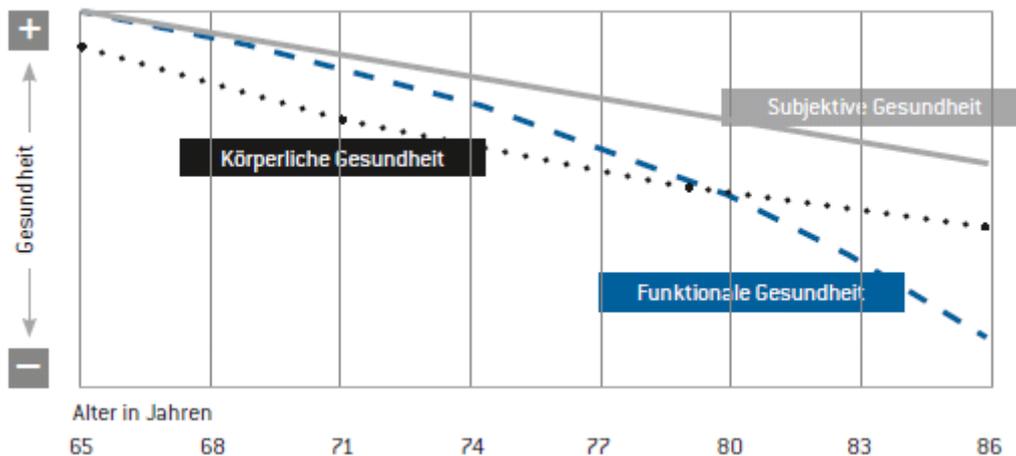
Insbesondere in alternden Gesellschaften nehmen nicht-übertragbare, altersbedingte und teilweise auch chronische Erkrankungen einen wachsenden Stellenwert ein. Aus der Erkenntnis heraus, dass Menschen trotz Erkrankungen eine hohe subjektive Lebensqualität erreichen können, hat die WHO den Gesundheitsbegriff in ihrer Verfassung 1946 wie folgt gefasst: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2014). Mit Blick auf das Altern wurde „Healthy Ageing“ als Prozess der Herausbildung und Erhaltung der funktionalen Fähigkeiten definiert, die Wohlbefinden im Alter ermöglichen (WHO 2015).

Die folgende Abbildung 37 verdeutlicht die Entwicklung von körperlicher und funktionaler Gesundheit in höherem Alter: Mit zunehmender Schwere und Anzahl von Erkrankungen verschlechtert sich auch die funktionale Gesundheit. Während gesundheitliche Beeinträchtigungen zunächst noch kompensiert werden können (funktionale Gesundheit besser als körperliche), verschlechtert sich die funktionale Gesundheit ab dem Alter von rund 80 Jahren deutlich schneller als die kör-

²⁷ Daten Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Abruf unter www.gbe-bund.de am 10.12.2023.

perliche Gesundheit und dadurch erhöht sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich. Komorbiditäten wie Depression und Schmerzen führen dabei in besonderem Maße zur Verschlechterung der Lebensqualität.

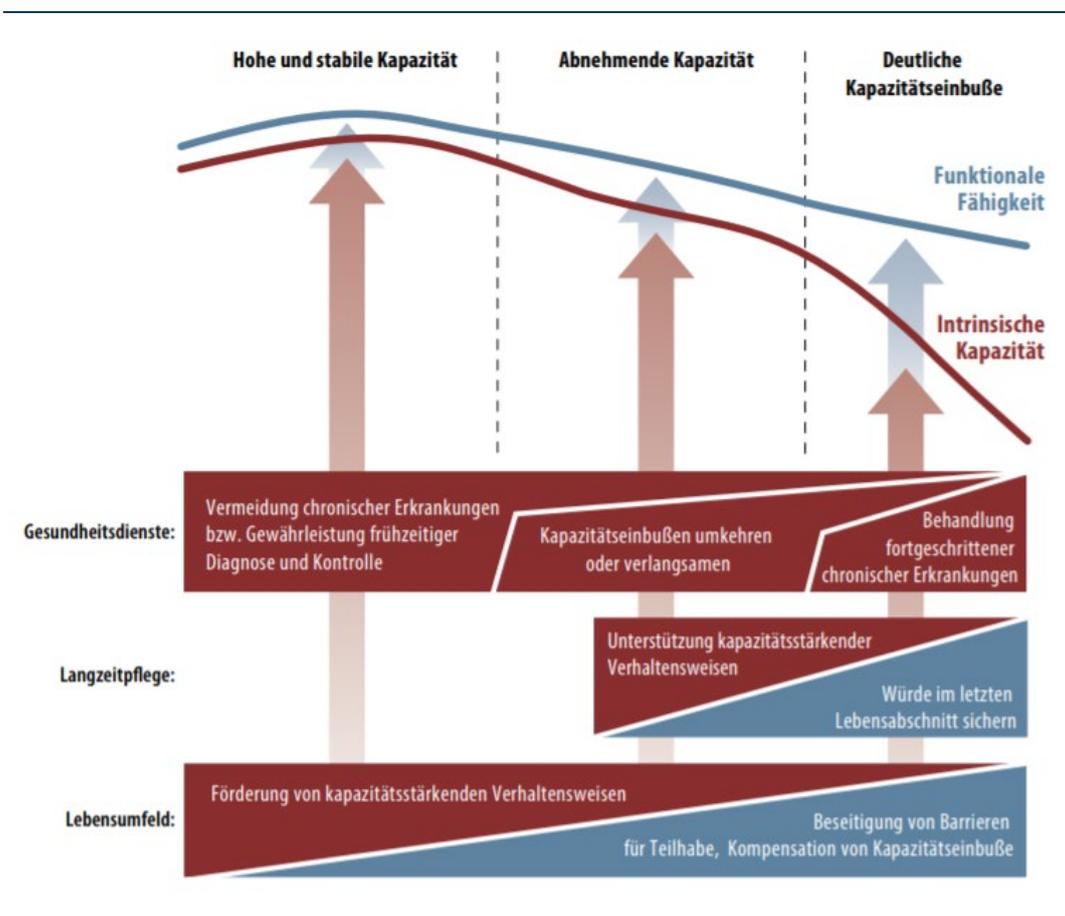
Abbildung 37: Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter



Quelle: DZA (2013)

Entsprechend diesen Erkenntnissen hat die WHO 2015 in ihrem World Report on Ageing and Health einen konzeptionellen Rahmen für die Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems entwickelt (vgl. Abbildung 38) und allgemeine Public-Health-Handlungsansätze für die Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte auf den Ebenen Gesundheitsversorgung, Pflege und Umwelt/Infrastruktur formuliert (vgl. unterer Bereich in Abbildung 38): Für Personen, die sich (unabhängig vom Lebensalter) im ersten Stadium auf hohem Ressourcenniveau befinden, stehen die Prävention chronischer Erkrankungen und die Förderung gesunder Lebensstile im Vordergrund. Haben sich bereits chronische Erkrankungen manifestiert, gilt es, deren Folgewirkungen zu minimieren und funktionalen Einschränkungen vorzubeugen – die Rolle förderlicher Umweltfaktoren für Personen im zweiten Stadium sinkender Kapazitäten nimmt zu. Sind die individuellen Ressourcen schließlich infolge fortschreitender Erkrankung und/oder hohen Alters in hohem Maße aufgebraucht, sinkt auch die Funktionsfähigkeit (drittes Stadium), und es entsteht Pflegebedarf. Langzeitpflege hat die Aufgabe, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht (WHO 2015: 32 ff.).

Abbildung 38: Konzeptioneller Rahmen der WHO für Gesundes Altern



Quelle: WHO 2015.

Die Gesundheitsversorgung einschließlich Langzeitpflege hierzulande fokussiert immer noch zu sehr auf einzelne Krankheitsbilder und medikamentöse Behandlungen, kaum dagegen auf die gravierenden Folgen chronischer Erkrankungen für die Lebensqualität und die Funktionalität im Alltag (Güthlin et al. 2020). Die vielfach diskutierten, unterschiedlichen Systemlogiken von SGB V und SGB XI gehen darüber hinaus mit Versorgungsbrüchen und Fehlanreizen auf Seiten der Kostenträger einher, frühzeitig Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit einzuleiten.

Internationales Beispiel – Konzept CAPABLE, USA

Das Versorgungsmodell CAPABLE (Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders) wurde 2009 in den USA entwickelt und erfolgreich im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie getestet (Szanton et al. 2015). Es zielt darauf ab, umweltbezogene Hemmnisse und Barrieren sowie Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit abzubauen, um älteren Menschen mit Hilfebedarf einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Ausgangspunkt für die Konzeptentwicklung war die Erkenntnis, dass sich im Alter mit chronischen Erkrankungen die Prioritäten verschieben und der Erhalt der funk-

tionalen Gesundheit in den Vordergrund tritt. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch primär auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, so dass die Versorgungsmodelle die funktionalen Herausforderungen im Alter kaum berücksichtigen und es auch noch wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Wirkungszusammenhängen gibt. Das wiederum geht einher mit Vergütungsmodellen, die auf Diagnostik und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen zugeschnitten sind, aber nicht auf Leistungen zur Förderung der Funktionsfähigkeit und Selbstpflege. Da aber Einbußen der physischen und psychischen Funktionen mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind, könnten neuartige Vergütungsmodelle, die anstelle der Vergütung von Einzelleistungen eine Kopfpauschale je Versicherten beinhalten, bei älteren Personen Anreize bieten, die Selbständigkeit bzw. funktionale Gesundheit stärker in den Blick zu nehmen, um u. a. Krankenhausaufenthalte oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Veränderung des Fokus in der Versorgung Älterer von krankheitsbezogen zu funktionsbezogen und das Investment in die Förderung der funktionalen Gesundheit rentieren sich bereits in kurzer Frist, denn Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei älteren Menschen verursachen kurzfristig hohe Kosten. Das Konzept CAPABLE konnte diesen Zusammenhang bestätigen (vgl. Szanton & Gitlin 2016: 106).

CAPABLE ist in dreifacher Hinsicht innovativ (Szanton & Gitlin 2016: 106 f.):

- ◆ Die funktionale Gesundheit, die ein Schlüsselfaktor zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben bei Älteren ist und gleichzeitig deren höchste Präferenz, erhält einen neuen Stellenwert in der Versorgung.
- ◆ Es betrachtet die Person in ihrer häuslichen Umgebung bzw. ihrem Lebensumfeld und berücksichtigt damit den Einfluss des Wohnens auf die Gesundheit. Sicherheit und Barrierefreiheit in der Häuslichkeit verbessern das Wohlbefinden und senken die Gesundheitsausgaben.
- ◆ CAPABLE konzentriert sich auf die von den älteren Personen selbst identifizierten und zu erreichenden Ziele bei der Stärkung der funktionalen Gesundheit (Konzept „person-directed“) und hilft ihnen, diese durch Entwicklung aufeinander abgestimmter personeller und umweltbezogener Aspekte zu erreichen.

Zielgruppe von CAPABLE sind funktional eingeschränkte Personen ab 65 Jahren, die noch zu Hause leben und Leistungsansprüche sowohl bei Medicare als auch Medicaid haben (d. h., dass diese Personen u. a. über ein nur geringes Einkommen verfügen). Weitere Einschlusskriterien sind: geringe kognitive Einschränkungen (MMSE \geq 24, Demenz-Früherkennung durch Mini-Mental-Status-Test), weniger als drei Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten und dass sie bei Antragstellung ohne professionelle Hilfe (ambulanter Pflegedienst o. ä.) sind.

Die Intervention beinhaltet im Kern bis zu zehn Hausbesuche à 60 bis 90 Minuten über einen Zeitraum von fünf Monaten. Diese werden in definierter Reihenfolge von einem multiprofessionellen Team durchgeführt, das aus einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten, einer Pflegefachperson (Registered Nurse) und

Handwerkerinnen bzw. Handwerkern besteht. Der Erstbesuch erfolgt durch die ergotherapeutische Fachkraft, danach werden durch die Handwerkerinnen und Handwerker innerhalb von vier Wochen die erforderlichen kleineren Wohnraumanpassungen vorgenommen (Installation von Handgriffen und -läufen, rutschhemmenden Laufflächen, Beleuchtung, Erhöhung der Toilette, Beseitigung von Stolperfallen etc. – Ausgaben von bis zu \$ 1.300 pro Haushalt). Der erste von vier Hausbesuchen der Pflegefachperson findet vier Wochen nach dem Erstbesuch statt.

In ihren ersten Besuchen führen die **Ergotherapeutinnen und -therapeuten** und die Pflegefachpersonen jeweils ein Assessment (halbstrukturierte klinische Interviews) zur Erfassung der Ausgangslage durch. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin oder dem Ergotherapeuten identifiziert die pflegebedürftige Person Bereiche mit funktionalen Einschränkungen und wählt drei Bereiche/Ziele als prioritär für die Intervention aus. Nachdem sich die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut vor Ort einen Eindruck vom Alltag der Klientin bzw. des Klienten und der Bewältigung der als prioritär benannten Tätigkeiten verschafft hat, werden diese im Hinblick auf Sicherheit, Effizienz, Defizite und vorhandene umweltbezogene Barrieren oder Förderfaktoren evaluiert. Nach Abstimmung möglicher Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen mit der pflegebedürftigen Person (ebenfalls an den selbst definierten Prioritäten orientiert) wird der Auftrag zur Wohnraumanpassung ausgelöst. Nachdem diese umgesetzt ist, kann ergotherapeutisch die richtige Nutzung von Einbauten und Hilfsmitteln trainiert werden. Der letzte ergotherapeutische Hausbesuch dient der Evaluation der Zielerreichung und der Förderung der weiteren Verstärkung der eingeübten Routinen.

Die **Pflegefachperson** unterstützt im Rahmen ihrer ca. drei Folgebesuche die gezielte Förderung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in den pflegebezogenen prioritären Handlungsfeldern (die sich aus den ausgewählten Prioritäten ableiten). Sie konzentriert sich auf die Bereiche Schmerz- und Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Kraft und Balance und fördert die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zur Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Weit verbreitet ist bspw. die Anleitung und Durchführung von Bewegungsübungen des OTAGO-Programms.²⁸ Der letzte Hausbesuch dient ebenfalls der Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen sowie der Förderung der nachhaltigen Umsetzung im Alltag.

Bei 79 von 100 Programmteilnehmenden (Altersdurchschnitt 74 Jahre) konnte eine Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten erreicht werden – verschlechtert haben sich im Fünf-Monatszeitraum nur 8 %. Die Schwierigkeiten der Teilnehmenden bei vier von acht Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) zu Beginn verringerten sich innerhalb von fünf Monaten auf 2,2 ADL. Auch bei den instrumentellen Aktivitäten

²⁸ Das OTAGO Exercise Program ist ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention durch muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit stufenweiser Erhöhung des Trainingsniveaus. Es wurde speziell für Menschen ab dem 65. Lebensjahr entwickelt. Die Durchführung des Programms übernehmen geschulte Gesundheitsfachkräfte (Robertson & Campbell 2013).

des täglichen Lebens (IADL) verbesserte sich das Ergebnis (von 4,1 auf 3,1). Der Anteil der Teilnehmenden, die keine Beeinträchtigungen der Mobilität aufwiesen, verdreifachte sich nach Abschluss der Intervention, bei der Selbstversorgung konnte der Anteil ohne Einschränkungen im Vergleich zum Ausgangswert verdoppelt werden. In der Gruppe der Personen mit Depression konnten die Symptome signifikant verringert werden (Schweregrad von durchschnittlich 10,1 auf 6,3). Keiner der Teilnehmenden ist in ein Pflegeheim umgezogen.

Die Gesamtkosten von CAPABLE beliefen sich auf \$ 3.300 pro Teilnehmenden. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie konnte ein finanzieller Vorteil des Programms in Bezug auf die Gesundheitskosten insgesamt nachgewiesen werden.

Die größte Herausforderung bei der Implementierung des Programms ist die Schulung des Gesundheitspersonals: „Person-directed“ erfordert die Akzeptanz, die von der pflegebedürftigen Person benannten Prioritäten in den Mittelpunkt des Versorgungsprozesses zu stellen, und nicht, wie beim Disease-Management-Ansatz, medizinisch begründete Zielgrößen. Es zeigte sich jedoch, dass die immense Schubkraft, die bei den Klienten mit selbst gesteckten Zielen im Verlauf von fünf Monaten mobilisiert werden konnte, eine hohe Überzeugungswirkung hat.

Auf Basis der Erkenntnisse des Projektes CAPABLE wird zur Stärkung von Prävention im Rahmen der SPV vorgeschlagen, bei ambulanter Versorgung eine Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ einzuführen (in Anlehnung an die Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ gem. § 46 Abs. 2 SGB IX für Kinder mit Behinderung). Diese Komplexleistung soll frühestmöglich nach Erteilung des Pflegegrades erbracht werden. Sie umfasst neben der Bedarfsermittlung durch Gesundheitsfachkräfte auch die Information, Beratung und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten, die es mittels Gesundheitsförderung und Prävention überhaupt gibt. Dabei wird angenommen, dass nach erfolgter Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung eine ganz andere Offenheit für diese Thematik gegeben ist als im Rahmen der Begutachtung.

Die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ beinhaltet ein Fallmanagement und enthält, orientiert am Konzept CAPABLE, folgende Leistungen, die je nach Bedarfslage teilweise oder komplett erbracht werden:

1. umfassende, interdisziplinäre und standardisierte Bedarfsermittlung bezogen auf Gesundheit und Pflege im Rahmen von ein bis zwei Hausbesuchen mit teilnehmender Beobachtung (geschultes Fachpersonal: Ergo- oder Physiotherapeut und Pflegefachkraft)
2. Priorisierung der ermittelten Bedarfe durch den Versicherten, gemeinsame Festlegung von Zielen und Auswahl von passenden Maßnahmen zur Gesundheit und Pflege
3. Schulung und Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahmen im Alltag über einen Zeitraum von sechs Monaten

4. Evaluation der Wirksamkeit im Hinblick auf die individuellen Ziele und ggf. Anpassung der Maßnahmen
5. nach acht bis neun Monaten telefonische Kontaktaufnahme und bei Bedarf erneuter Hausbesuch

Bei Sachleistungsempfängern kann die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ vom ambulanten Pflegedienst, aber auf jeden Fall getrennt vom Erstbesuch, erbracht werden. Bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern – das waren 2021 rund 61 % der ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf – sollte die Pflegekasse mit dem Bescheid zur Erteilung des Pflegegrades auf den Komplexleistungsanspruch hinweisen und, analog zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, einen konkreten Termin anbieten. Eine Beratung gem. § 7a SGB XI könnte zeitlich mit dieser Leistung kombiniert werden, jedoch nur, wenn die Versicherten diese in ihrer Häuslichkeit in Anspruch nehmen möchten.

Durch die im Rahmen von CAPABLE nachgewiesene Verbesserung der Selbständigkeit ist zu erwarten, dass die Maßnahme wirtschaftlich ist, d. h. dass die zusätzlichen Kosten der Komplexleistung durch den Nutzen überkompensiert werden (u. a. längerer Verbleib in der Häuslichkeit, Hinauszögern von Höherstufungen, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten). Dies könnte im Rahmen eines Modellprojektes gem. § 8 Abs. 3a SGB XI überprüft werden.

Aber auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist das derzeitige Versorgungssystem noch viel zu wenig darauf ausgelegt, deren weiterer Verschlechterung vorzubeugen. Angesichts der Zielsetzung häuslicher Pflege – „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 36 Abs. 2 SGB XI) – muss pflegerisches Handeln sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im engeren Sinn (Krankheiten) als auch die funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen in ihrer Gesamtheit betrachten, aber spezifisch mit Blick auf die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit. Das erfordert, wie auch vielfältige internationale Erfahrungen zeigen, insbesondere

- ◆ die Umsetzung eines personen-zentrierten Ansatzes, der auch das familiäre Umfeld einschließt,
- ◆ ein Case Management zur Steuerung und Koordinierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie
- ◆ eine enge Abstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsfachkräften (idealerweise in einem multiprofessionellen Team).

Um aus Sicht der Leistungserbringer diese Punkte umsetzen zu können, bedarf es auch veränderter Rahmenbedingungen – auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI an den

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde bereits hingewiesen (siehe Abschnitt 7.3). Ein weiteres Hauptthema ist die mangelnde Kooperation der Ärzteschaft, deren Leistungserbringung sozial- und vergütungsrechtlich primär krankheitsbezogen ausgerichtet ist. Ebenso hemmen die unselbständige Rolle beruflich Pflegenden sowie der noch kaum ausgeprägte Einsatz hochqualifizierter Pflegefachpersonen diesen Prozess. Mit mehr Eigenverantwortung in Diagnostik und Therapie könnten akademisch ausgebildete Fachpersonen Ärztinnen und Ärzte entlasten sowie Prozesse vereinfachen und beschleunigen. Konkrete Vorschläge zu erweiterten Aufgaben entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen wurden z. B. im Projekt 360°Pflege erarbeitet (vgl. Robert Bosch Stiftung o. J.). Und drittens werden derzeit die Leistungen eines Case Managements (Bedarfsanalyse, Steuerung und Vernetzung) nicht vergütet, wie die vielen Modellprojekte mit diagnose-spezifischen Gesundheitslotsen bundesweit verdeutlichen.²⁹

Exkurs: Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung

2021 wählten 51,5 % der Leistungsempfänger der SPV Pflegegeld, darunter auch 325.000 Personen in den Pflegegraden 4 und 5. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger noch bei 45,6 %.

Personen mit der Hauptleistungsart Pflegegeld werden, wenn sie nicht eine Tagespflege besuchen, regelmäßig ohne professionelle Pflege, von Angehörigen bzw. sonstigen Personen versorgt. Wofür die Pflegehaushalte das Pflegegeld ausgeben, ist weitgehend unbekannt. Wie aus der folgenden Abbildung 39 hervorgeht, verweist der größte Anteil der 2021 im Rahmen einer Studie des Sozialverbands Deutschland (VdK) befragten Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger pauschal auf „laufende Ausgaben“, die eher nicht pflegespezifisch sind. Die pflegebedürftigen Personen selbst nennen mit knapp 60 % am häufigsten die Verwendung des Pflegegeldes als Aufwandsentschädigung für Angehörige bzw. Hauptpflegepersonen. Rund ein Drittel setzt das Geld für Dienstleistungen, die im Leistungskatalog der SPV nicht vorgesehen sind, ein.

²⁹ Siehe dazu die Landkarte der Lotsenprojekte des BMC <https://www.bmcev.de/gesundheitslotsen/>. [Abgerufen am 11.12.2023].

Abbildung 39: Verwendung des Pflegegeldes, 2021 (Mehrfachnennungen)

	Angehörige (n=16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n=3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8%	41,7%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6%	33,7%
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6%	59,2%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6%	25,5%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4%	3,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2%	12,2%
Sonstiges	18,2%	15,7%

Quelle: Büscher et al. (2023)

Wenn steigende fachliche Anforderungen an die pflegerische Versorgung, wie mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff intendiert, einhergehen mit Pflegesettings, die zunehmend ohne professionelle pflegerische Unterstützung agieren, ist das im Hinblick auf die Zielstellung einer „Stabilisierung der Pflegesituation“ problematisch. Der Pflegegeldbezug sollte daher künftig nicht nur an die verpflichtenden Beratungsbesuche (§ 37 Abs. 3 SGB XI) gekoppelt werden, sondern zusätzlich beispielsweise an das Absolvieren einer Beratung (z. B. gem. § 7a SGB XI) und eine Schulung der pflegenden Privatpersonen, insb. bei der Betreuung von Menschen mit Demenz.

7.5 Finanzierungsstrukturen und Effizienzpotenziale in der ambulanten Pflege

Bei den betrieblichen Strukturen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste (Größe der Dienste und Anzahl der versorgten Klienten, der durchschnittliche Anteil des Personals in Pflege und Betreuung variiert auf Länderebene zwischen 69 % und 84 %, viele Dienste sind in Trägerstrukturen eingebunden und teilen sich das Personal), der regionalen Gegebenheiten (Einzugsgebiete, Wegstrecken etc.) und des Leistungsspektrums (SGB V, XI und XII-Leistungen, weitere Leistungen für Privatzahler) zeigt sich eine große Vielfalt.

Ebenso fällt auch die Entwicklung der je Person in Pflege und Betreuung versorgten Anzahl an Klientinnen und Klienten in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen aus (während diese im Zeitraum 2013 bis 2019 in Sachsen um 20 % zunahm, verringerte sich diese Kennzahl gemäß Daten der Pflegestatistik in Hessen um knapp 17 %). Da sowohl die je Klientin/Klient erbrachte Leistungsmenge als auch der Umfang des je Beschäftigten verfügbaren Arbeitszeitvolumens berücksichtigt

werden müssten, lassen sich mit den verfügbaren Daten keine Aussagen zur tatsächlichen Entwicklung der Arbeitsproduktivität ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ableiten.

Der demografisch bedingt wachsende Anteil von pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung und der gleichzeitige Engpass auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte machen es allerdings erforderlich, die vorhandenen (Personal-)Ressourcen optimal in der Versorgung einzusetzen und noch vorhandene Effizienzreserven zu erschließen.

Im Rahmen einer von 2020-2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege wurde eine große Bandbreite an Effizienzpotentialen infolge einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege deutlich (Hahnel et al., 2022). So hat der Einsatz technischer Anwendungen das Potenzial, in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten eine effiziente Touren- und Dienstplanung sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen und dadurch u. a. Wege- und Fahrtzeiten einzusparen und das verfügbare Personal zielgerichteter einzusetzen. Weitere Effizienzpotentiale ergeben sich aus der Veränderung der Arbeitsorganisation bzw. dem Einsatz und der verbindlichen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen.

Im Ergebnis der Studie wurden auf Basis einer breiten empirischen Grundlage identifizierte Handlungsempfehlungen in der ambulanten Pflege insgesamt neun Themenfelder zugeordnet und in einem interaktiven, multimedialen Handlungsleitfaden zusammengefasst.³⁰ Die Empfehlungen haben das Ziel, ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Leistungserbringer), Pflege- und Krankenkassen und weiteren Kostenträgern praktische Ansatzpunkte und Hinweise zu Möglichkeiten der Verbesserung der Koordination in der ambulanten Pflege zu geben.

Die Berücksichtigung dieser Effizienzpotentiale kann die Pflegeeinrichtungen aber auch die Kostenträger unterstützen, die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen effizienter und wirtschaftlicher zu gestalten.

³⁰ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Sonstiges/koordination_ambulante_pflege_handlungsleitfaden_bf.pdf [abgerufen am 21.02.2024]

8. Zusammenfassung

Gegenstand dieses Auftrags war die Erstellung szenarienbasierter Modellrechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts. Das Ziel war dabei, die Entwicklung des zur Finanzierung der prognostizierten Ausgaben notwendigen Beitragssatzes aufzuzeigen. Dabei sollten einerseits in den Modellrechnungen auch über geltendes Recht hinaus Varianten möglicher künftiger Regelungen (z. B. eine allgemeine Leistungsdynamisierung ab 2028) einbezogen und andererseits die Ausgabenseite der SPV nach den verschiedenen Ausgabenträgern dargestellt werden. Betrachtet wurden insgesamt neun Szenarien, die hinsichtlich unterschiedlicher Annahmen zur Dynamisierung der Pflegeleistungen, zur Lohnentwicklung und zur Entwicklung der Pflegeprävalenz bzw. der Anzahl der Pflegebedürftigen ausgestaltet wurden. Ein weiteres Ziel des Auftrags lag darin, strukturelle Probleme, Effizienzpotenziale und Fehlanreize im System der sozialen Pflegeversicherung aufzuzeigen.

Im Ergebnis zeigt sich, dass alle drei szenariendefinierenden Merkmale (Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Entwicklung der Pflegeprävalenz) zur Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes beitragen, sodass diese sich aus dem Zusammenwirken aller drei Merkmale ergibt. In der Tendenz bestimmt die Lohnentwicklung im Zusammenwirken mit der Entwicklung der Pflegeprävalenz die Reihenfolge der Szenarien nach der Höhe des Beitragssatzes zu einem wesentlichen Teil. In den Szenarien mit geringer Lohnentwicklung (2,0 % p. a.) und gleichzeitig starker Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,9 % p. a.) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über den längsten betrachteten Zeitraum (15 Jahre) ergibt sich der mit Abstand stärkste Beitragssatzanstieg bis auf 5,5 % bzw. 5,8 % im Jahr 2060 (gegenüber einem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz von 3,2 % im Basisjahr 2022). Hingegen könnte der ausgabendeckende Beitragssatz bei starker Lohnentwicklung (4,0 % p. a.) und gleichzeitig geringem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,0 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz nur über die kommenden 5 Jahre sogar sinken (auf 2,9 % im Jahr 2060, wenn die Pflegeleistungen in Höhe von 1,5 % p. a. dynamisiert werden).

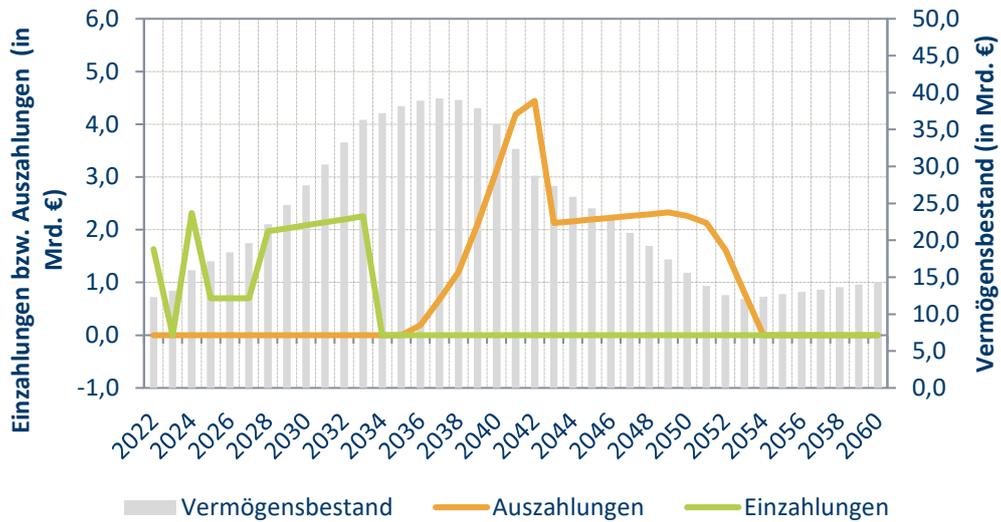
9. Anhang

- A1** Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien
- A2** Kontengruppierung PV 45
- A3** Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV

A1 Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien

Szenario 1

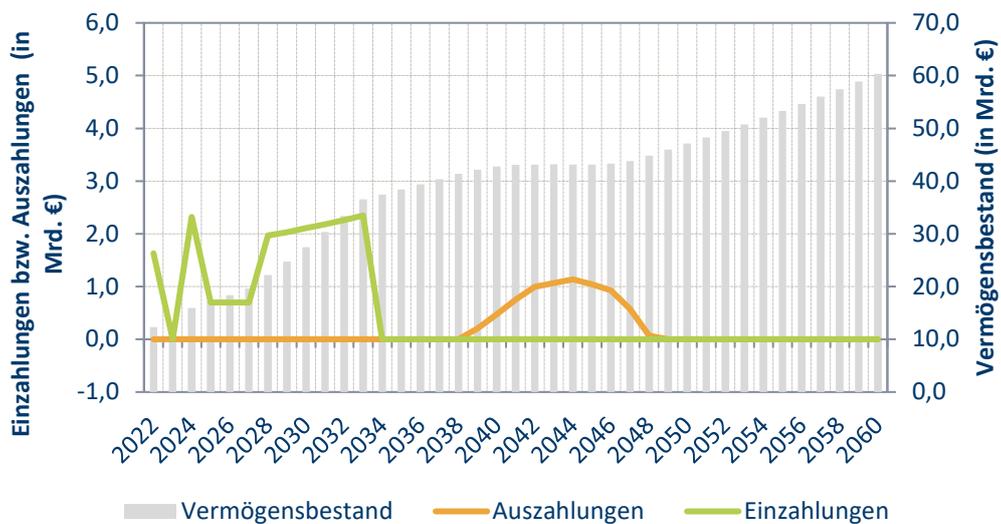
Abbildung 40: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 1) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 2

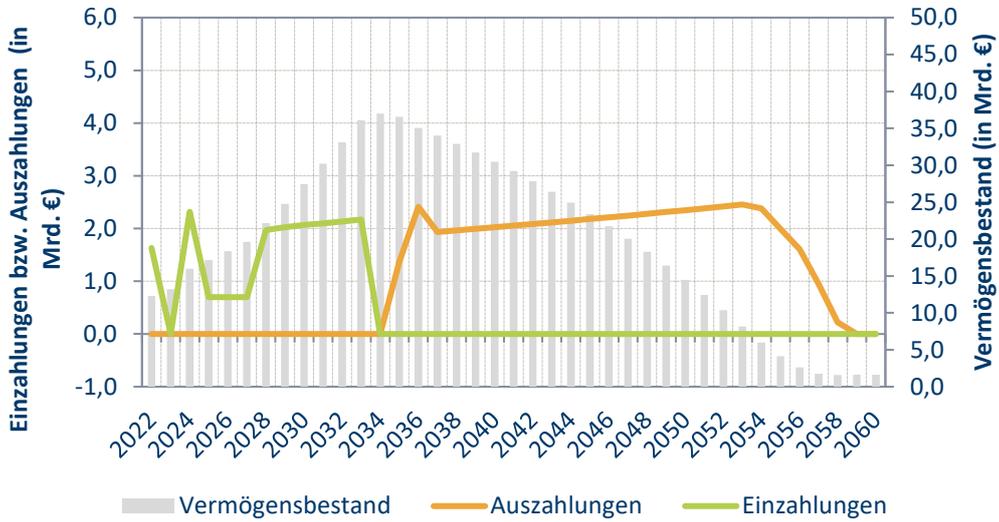
Abbildung 41: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 2) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 3

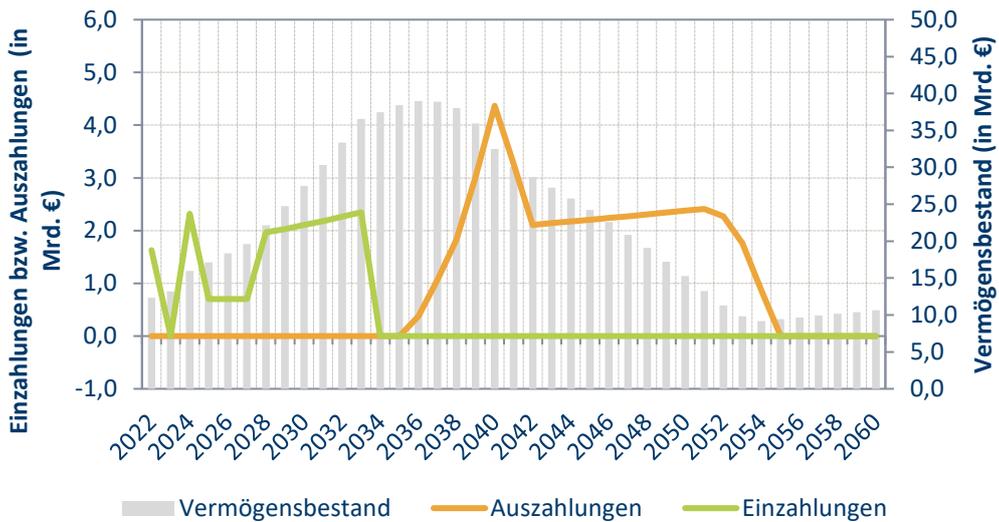
Abbildung 42: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 3) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 5

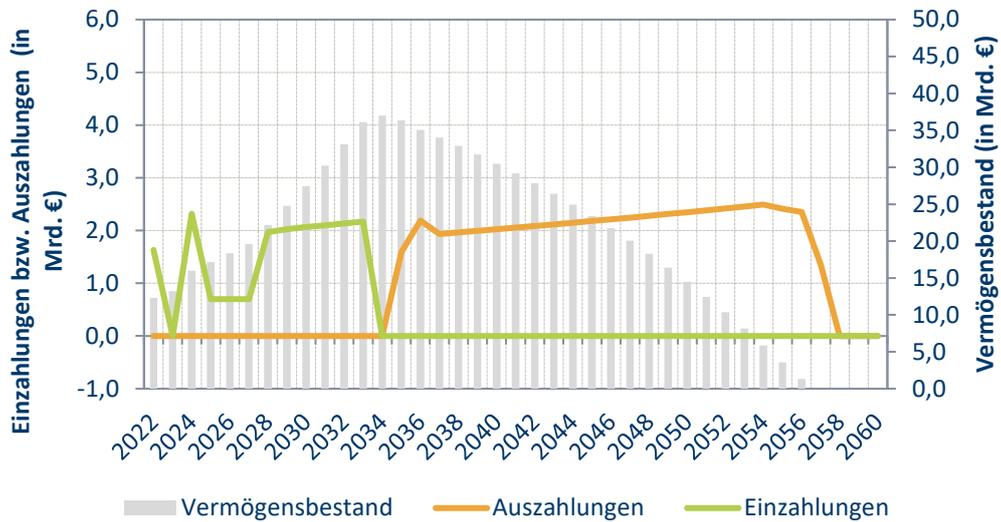
Abbildung 43: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 5) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 6

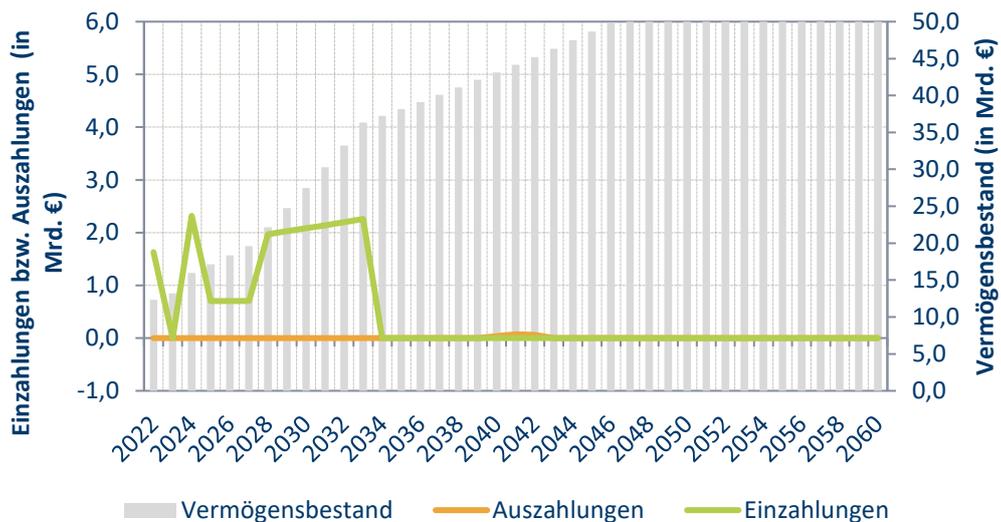
Abbildung 44: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 6) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 7

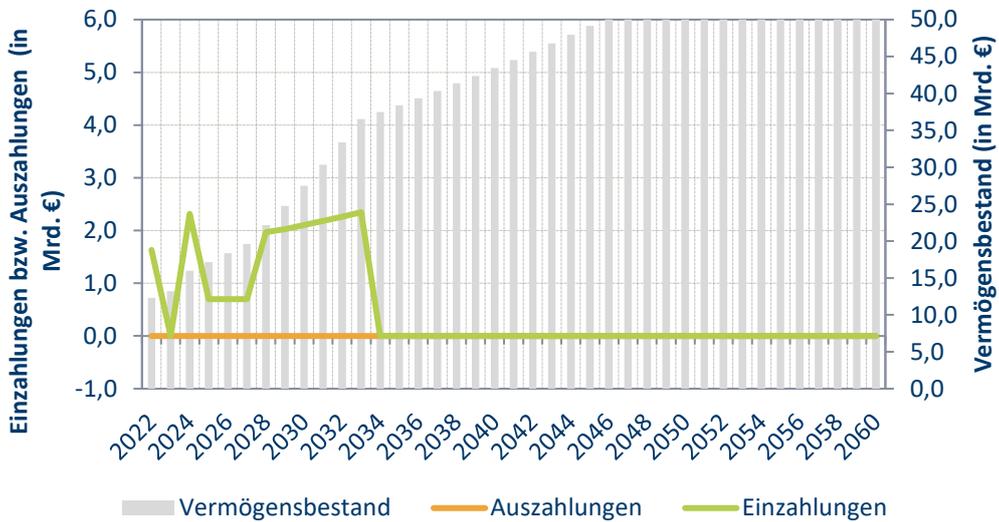
Abbildung 45: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 7) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 8

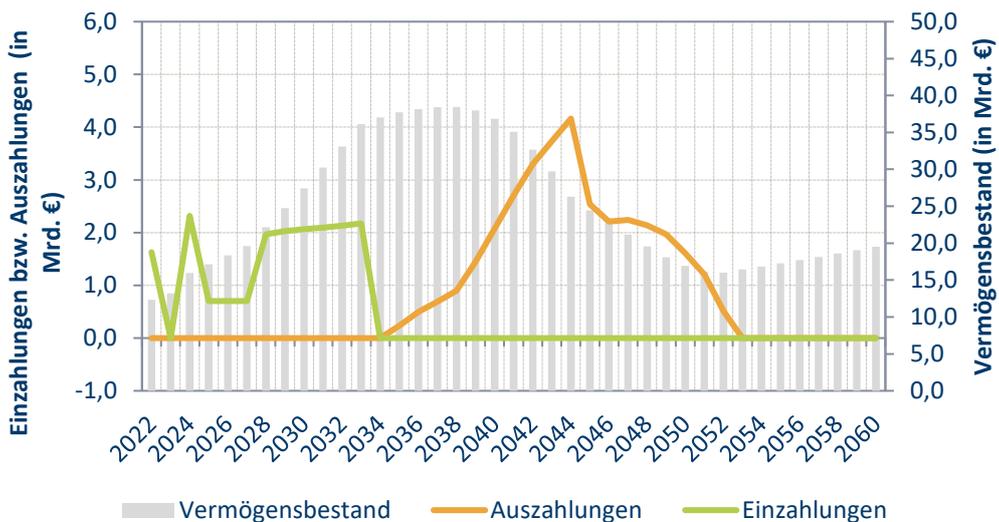
Abbildung 46: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 8) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 9

Abbildung 47: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 9) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

A2 Kontengruppierung PV 45

Tabelle 9: Kontengruppierung PV 45

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
01	Beitrag Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch	2000	Beiträge für abhängig Beschäftigte (ohne 208) und Landwirte
01	Beitrag Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch	2011	Beiträge aus sonstigen Entgeltersatzleistungen
02	Beitrag freiwillig Versicherte	2080	Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2020	Beiträge aus Renten
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2022	Beiträge der Rentenantragsteller
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2027	Beitragserrstattungen aus Renten
04	Beitrag ALG I	2012	Beiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III (Ausgleichsfonds und LKK)
04	Beitrag ALG I	2014	Pauschale Kinderlosenzuschläge für versicherte Leistungsempfänger nach SGB III (Ausgleichsfonds und LKK)
05	Beitrag Bürgergeld	2013	Beiträge für versicherte Bürgergeld-Beziehende (Ausgleichsfonds und LKK)
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2028	Beiträge nach § 60 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 255 Abs. 2 Satz 2 SGB V
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2030	Beiträge für Altenteiler
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2040	Beiträge für selbstständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2050	Beiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2060	Beiträge für nicht KV-Versicherte
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2061	Beiträge für nicht KV-Versicherte
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2070	Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte der KV mit Rentenbezug
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2071	Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte der KV ohne Rentenbezug
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2090	Beiträge für sonstige versicherungspflichtige Mitglieder
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2100	Beiträge aus der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2110	Beiträge aus der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2120	Beiträge von beigetretenen Mitgliedern
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2300	Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2800	Säumniszuschläge auf Beiträge der Pflegeversicherung
07	Einnahmen Bundesmittel	3200	Einnahmen aus Bundesmitteln
09	Einnahmen PPV MBP	3802	Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen
10	Einnahmen GKV MBP	3900	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3804	Finanzierungsanteile der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3910	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3911	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Prämien

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
12	Einnahmen für Energiehilfen	3660	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
12	Einnahmen für Energiehilfen	3661	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
12	Einnahmen für Energiehilfen	3662	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes zum Ausgleich erstattungsfähiger Kosten der Energiebe- ratung im Rahmen des Ausgleichs für steigende Energiekosten
13	Übrige Einnahmen	3010	Zinsen aus Geldanlagen
13	Übrige Einnahmen	3090	Sonstige Vermögenserträge
13	Übrige Einnahmen	3400	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
13	Übrige Einnahmen	3500	Bußgelder
13	Übrige Einnahmen	3501	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation
13	Übrige Einnahmen	3600	Gewinne der Aktiva
13	Übrige Einnahmen	3650	Gewinne der Passiva
13	Übrige Einnahmen	3800	Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Modellprojekte und die Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie des Ehrenamtes und der Selbsthilfe
13	Übrige Einnahmen	3801	Finanzierungsanteil der privaten Pflegeversicherung für Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
13	Übrige Einnahmen	3803	Erstattungsanteile der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 1 PfIBG
13	Übrige Einnahmen	3930	Verzugszinsen

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
13	Übrige Einnahmen	3932	Verzugszinsen von Krankenkassen
13	Übrige Einnahmen	3990	Übrige Einnahmen
21	Pflegesachleistung	4002	Pflegesachleistung - Pflegegrad 2 -
21	Pflegesachleistung	4012	Pflegesachleistung - Pflegegrad 3 -
21	Pflegesachleistung	4022	Pflegesachleistung - Pflegegrad 4 -
21	Pflegesachleistung	4032	Pflegesachleistung - Pflegegrad 5 -
22	Pflegегeld	4101	Pflegегeld - Pflegegrad 2 -
22	Pflegегeld	4111	Pflegегeld - Pflegegrad 3 -
22	Pflegегeld	4121	Pflegегeld - Pflegegrad 4 -
22	Pflegегeld	4131	Pflegегeld - Pflegegrad 5 -
23	Verhinderungspflege	4200	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
24	PWDB	4300	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
24	PWDB	4310	Pflegehilfsmittel/Aufwendungen für doppelfunktionale Hilfsmittel - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4311	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4312	Pflegehilfsmittel/Aufwendungen für doppelfunktionale Hilfsmittel - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4313	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung /Mobilität - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4320	Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4321	Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen - Pflegegrad 1 -

Vorabfassung wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
24	PWDB	4330	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4331	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 2 -
24	PWDB	4332	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 3 -
24	PWDB	4333	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 4 -
24	PWDB	4334	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 5 -
24	PWDB	4340	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4341	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 2 -
24	PWDB	4342	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 3 -
24	PWDB	4343	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 4 -
24	PWDB	4344	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 5 -
24	PWDB	4602	Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegegrad 2 bis 5
24	PWDB	4603	Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegegrad 1
24	PWDB	4900	Personalkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung
24	PWDB	4901	Personalkosten der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt
24	PWDB	4910	Sachkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung
24	PWDB	4911	Qualifizierung von Pflegeberatern
24	PWDB	4912	Sachkosten und Finanzierungsanteile der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt
24	PWDB	4920	Erstattungen an andere Pflegekassen

Vorabfassung wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
24	PWDB	4921	Erstattungen von anderen Pflegekassen
24	PWDB	4930	Erstattungen von anderen Pflegekassen
24	PWDB	4940	Erstattung an andere Stellen
24	PWDB	4941	Erstattung von anderen Stellen
24	PWDB	4950	Erstattungen von der privaten Pflegeversicherung
24	PWDB	4960	Finanzielle Beteiligungen an kommunalen Modellvorhaben nach §§ 123 und 124 SGB XI
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4400	Pflegekräfte
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4410	Direktzahlungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 1 PflBG
26	Leistungen Pflegepersonen	4500	Beiträge zur Rentenversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4501	Beiträge zur berufsständischen Versorgungseinrichtungen
26	Leistungen Pflegepersonen	4502	Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4503	Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4510	Pflegekurse
26	Leistungen Pflegepersonen	4520	Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4521	Beiträge zur Rentenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4522	Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4523	Beiträge zur Krankenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4524	Beitragszuschuss zur Krankenversicherung an Personen mit Pflegeunterstützungsgeld

Vorabfassung wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
26	Leistungen Pflegepersonen	4525	Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4526	Betriebshilfe
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	4710	Vollstationäre Vergütungszuschläge (§ 43b SGB XI)
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	5300	Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 8 Abs. 6 SGB XI
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	5301	Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 84 Abs. 9 SGB XI
28	Vergütungszuschlag Teilstationär	4711	Teilstationäre Vergütungszuschläge
29	Vergütungszuschlag KZP	4712	Vergütungszuschläge in Kurzzeitpflegeeinrichtungen
30	Entlastungsleistung ambulant	4730	Entlastungsleistungen - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4731	Entlastungsleistungen - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4732	Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag (ohne Pflegegrad 1)
30	Entlastungsleistung ambulant	4740	Entlastungsleistungen Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4741	Entlastungsleistungen Kurzzeitpflege - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4742	Entlastungsleistungen ambulante Pflegedienste - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4743	Entlastungsleistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4744	Entlastungsleistungen für anderweitige Hilfen - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4750	Entlastungsleistungen Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4751	Entlastungsleistungen Kurzzeitpflege - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4752	Entlastungsleistungen ambulante Pflegedienste - Pflegegrad 2 bis 5 -

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
30	Entlastungsleistung ambulant	4753	Entlastungsleistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4754	Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag - Pflegegrad 2 bis 5 -
31	Ausgaben Pandemie	4040	Pandemiebedingte Kostenerstattungen nach § 150 Abs. 5 SGB XI
31	Ausgaben Pandemie	4760	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – ambulante Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4761	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – ambulante Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4762	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4763	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4764	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – vollstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4765	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – vollstationäre Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4766	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – stationäre Hospize –
31	Ausgaben Pandemie	4767	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – stationäre Hospize –
31	Ausgaben Pandemie	4768	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen - Angebote zur Unterstützung im Alltag -
31	Ausgaben Pandemie	4769	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen - Angebote zur Unterstützung im Alltag -
31	Ausgaben Pandemie	4770	Besitzstandsschutz ambulant
31	Ausgaben Pandemie	4780	Corona-Prämien in ambulanten Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4781	Corona-Prämien in stationären Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4782	Corona-Prämien von anderen Arbeitgebern in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
31	Ausgaben Pandemie	4783	Corona-Prämien von anderen Arbeitgebern in stationären Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4784	Sonderleistungen nach § 150c SGB XI
31	Ausgaben Pandemie	4790	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – ambulante Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4791	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4792	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – vollstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4793	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – stationäre Hospize -
31	Ausgaben Pandemie	4794	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – Angebote zur Unterstützung im Alltag -
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4800	Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4801	Förderung des Ehrenamtes
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4802	Förderung der Selbsthilfe
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4810	Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4811	Förderung von Modellvorhaben im Bereich des Ehrenamtes
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4812	Förderung von Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4813	Weiterentwicklung neuer Wohnformen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4814	Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4815	Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4816	Pflegekurse und Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI im Rahmen kommunaler Modellvorhaben nach §§ 123 und 124 SGB XI

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4817	Finanzierung der unabhängigen Stelle nach § 113 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4818	Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4819	Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4820	Maßnahmen nach § 8 Abs. 3 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4821	Modellvorhaben nach § 125 SGB XI zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4822	Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3a SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4823	Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3b SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4824	Modellvorhaben nach § 125a SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4825	Modellvorhaben nach § 18e SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4830	Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Abs. 7 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4840	Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4850	Wohngruppenzuschlag
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4860	Förderung digitaler Anwendungen in Pflegeeinrichtungen nach § 8 Abs. 8 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4861	Zahlungen an den GKV-SV für Erstattungen nach § 106b SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4862	Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4870	Gemeinsame Modellvorhaben nach §§ 123, 124 SGB XI
33	Teilstationäre Pflege	5001	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 2 -
33	Teilstationäre Pflege	5011	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 3 -

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
33	Teilstationäre Pflege	5021	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 4 -
33	Teilstationäre Pflege	5031	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 5 -
34	KZP	5100	Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen
34	KZP	5101	Kurzzeitpflege in sonstigen Einrichtungen
34	KZP	5102	Kurzzeitpflege in Reha-Einrichtungen
34	KZP	5103	Kurzzeitpflege in Einrichtungen nach § 149 SGB XI
34	KZP	5104	Anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung in Einrichtungen nach § 149 SGB XI
34	KZP	5105	Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V und § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX
35	Vollstationäre Pflege	5201	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 1 -
35	Vollstationäre Pflege	5202	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 2 -
35	Vollstationäre Pflege	5211	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 3 -
35	Vollstationäre Pflege	5221	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 4 -
35	Vollstationäre Pflege	5231	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 5 -
35	Vollstationäre Pflege	5240	Bonuszahlungen nach § 87a Abs. 4 SGB XI bei Rückstufung
35	Vollstationäre Pflege	5250	Besitzstandsschutz vollstationär
36	Eigenanteilsbegrenzung	5260	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern bis zu 12 Monaten
36	Eigenanteilsbegrenzung	5261	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von über 12 bis 24 Monaten
36	Eigenanteilsbegrenzung	5262	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von über 24 bis 36 Monaten

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
36	Eigenanteilsbegrenzung	5263	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von mehr als 36 Monaten
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5401	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 2 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5411	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 3 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5421	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 4 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5431	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 5 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5440	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 1 -
38	Vollstationäre Pflege Behindertenhilfe	5500	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
39	Zuführung Vorsorgefonds	6100	Zuführung zum Pflegevorsorgefonds
40	Verwaltung	7000	Verwaltungskostenpauschale - Abschläge -
40	Verwaltung	7010	Verwaltungskostenpauschale - Spitzabrechnung -
40	Verwaltung	7020	Verwaltungskosten des Ausgleichsfonds
41	Begutachtung	7500	Medizinischer Dienst
41	Begutachtung	7501	Externe Gutachter
42	Energiehilfen	5270	Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
42	Energiehilfen	5271	Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
42	Energiehilfen	5272	Energieberatung nach § 154 Abs. 6 SGB XI
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4720	Leistungen zur Prävention nach § 5 SGB XI
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4721	Mittel nach § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5600	Persönliches Budget nach § 29 SGB IX
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5700	Ausgaben nach dem bis zum 31.12.2021 geltenden Recht
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5800	Pauschalbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5900	Gebärdensprachdolmetscher
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6010	Schuldzinsen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6090	Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66)
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6600	Verluste der Aktiva
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6650	Verluste der Passiva
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6920	Zahlung bei Überschreitung der Begutachtungsfristen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6930	Verzugszinsen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6990	Übrige Aufwendungen

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkung: PWDB = Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung; KZP = Kurzzeitpflege

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

A3 Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV

Tabelle 10: Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation	
			Leistungssektor	Leistungsart Pflegegrad
21	Pflegesachleistung	4002	Ambulant	Ambulante Sachleistung 2
21	Pflegesachleistung	4012	Ambulant	Ambulante Sachleistung 3
21	Pflegesachleistung	4022	Ambulant	Ambulante Sachleistung 4
21	Pflegesachleistung	4032	Ambulant	Ambulante Sachleistung 5
22	Pflegegeld	4101	Ambulant	Pflegegeld 2
22	Pflegegeld	4111	Ambulant	Pflegegeld 3
22	Pflegegeld	4121	Ambulant	Pflegegeld 4
22	Pflegegeld	4131	Ambulant	Pflegegeld 5
23	Verhinderungspflege	4200	Ambulant	Verhinderungspflege alle PG
24	PWDB	4312, 4313, 4321, 4603	Ambulant	alle Leistungsarten 1
24	PWDB	4310, 4311, 4320, 4602	Ambulant	alle Leistungsarten PG 2 bis 5
24	PWDB	4300, 4330, 4331, 4332, 4333, 4334, 4340, 4341, 4342, 4343, 4344, 4900, 4901, 4910, 4911, 4912, 4920, 4921, 4930, 4940, 4941, 4950, 4960	Ambulant	alle Leistungsarten alle PG
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4400, 4410	alle Sektoren	alle Leistungsarten alle PG

Vorabfassung wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation		
			Leistungssektor	Leistungsart	Pflegegrad
26	Leistungen Pflegepersonen	4500, 4501, 4502, 4503, 4510, 4520, 4521, 4522, 4523, 4524, 4525, 4526	Ambulant	Pflegegeld	alle PG
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	4710, 5300, 5301	Stationär	Vollstationäre Pflege	alle PG
28	Vergütungszuschlag Teilstationär	4711	Ambulant	Teilstationäre Pflege	alle PG
29	Vergütungszuschlag KZP	4712	Ambulant	KZP	alle PG
30	Entlastungsleistung ambulant	4730, 4740, 4741, 4742, 4743, 4744	Ambulant	alle Leistungsarten	1
30	Entlastungsleistung ambulant	4731, 4732, 4750, 4751, 4752, 4753, 4754	Ambulant	alle Leistungsarten	PG 2 bis 5
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4800, 4801, 4802, 4810, 4811, 4812, 4813, 4814, 4815, 4816, 4817, 4818, 4819, 4820, 4821, 4822, 4823, 4824, 4825, 4830, 4840, 4850, 4860, 4861, 4862, 4870	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG
33	Teilstationäre Pflege	5001	Ambulant	Teilstationäre Pflege	2
33	Teilstationäre Pflege	5011	Ambulant	Teilstationäre Pflege	3
33	Teilstationäre Pflege	5021	Ambulant	Teilstationäre Pflege	4
33	Teilstationäre Pflege	5031	Ambulant	Teilstationäre Pflege	5
34	KZP	5100, 5101, 5102, 5103, 5104, 5105	Ambulant	KZP	alle PG
35	Vollstationäre Pflege	5201	Stationär	Vollstationäre Pflege	1
35	Vollstationäre Pflege	5202	Stationär	Vollstationäre Pflege	2
35	Vollstationäre Pflege	5211	Stationär	Vollstationäre Pflege	3

„Zeitversion eteierter prim - funfassung“

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation		
			Leistungssektor	Leistungsart	Pflegegrad
35	Vollstationäre Pflege	5221	Stationär	Vollstationäre Pflege	4
35	Vollstationäre Pflege	5231	Stationär	Vollstationäre Pflege	5
35	Vollstationäre Pflege	5240, 5250	Stationär	Vollstationäre Pflege	alle PG
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5440	Stationär	Vollstationäre Pflege	1
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5401	Stationär	Vollstationäre Pflege	2
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5411	Stationär	Vollstationäre Pflege	3
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5421	Stationär	Vollstationäre Pflege	4
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5431	Stationär	Vollstationäre Pflege	5
38	Vollstationäre Pflege Behindertenhilfe	5500	Behindertenhilfe	Vollstationäre Pflege	alle PG
41	Begutachtung	7500, 7501	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4720, 4721, 5600, 5700, 5800, 5900, 6010, 6090, 6600, 6650, 6920, 6930, 6990	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkung: PW/DB = Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung; KZP = Kurzzeitpflege; PG = Pflegegrad;

Ohne die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds (Konto 6100) und ohne die Konten der Eigenanteilsbegrenzung (Konto 5260, 5261, 5262, 5263), der pandemiebedingten Ausgaben (Konto 4040, 4760, 4761, 4762, 4763, 4764, 4765, 4766, 4767, 4768, 4769, 4770, 4780, 4781, 4782, 4783, 4784, 4790, 4791, 4792, 4793, 4794) und Energiehilfen (Konto 5270, 5271, 5272);

Literaturverzeichnis

- Brucksch S & F Schultz (2018): Ageing in Japan. Domestic Healthcare Technologies. A Qualitative Interview Study on Care Robots, Monitoring Sensor Systems, and ICT-based Telehealth Systems. May 2018. Tokyo: Deutsches Institut für Japanstudien
- Bundesagentur für Arbeit [BA] (2023): Strukturen der Grundsicherung SGB II (Zeitreihe Monats- und Jahreszahlen ab 2005); Stand Februar 2023
- Bundesministerium der Finanzen [BMF] (2023): Entwurf des Bundeshaushaltes 2024, Kabinettsache Datenblatt-Nr.: 20/08088, S. 14
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Siebter Pflegebericht - Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2016-2019. Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (Hrsg.) (2022): Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin: 2022
- Büscher A, Peters L, Stelzig S, Lübben A & I Yalymova (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Osnabrück Februar 2023
- Destatis (2023): Qualitätsbericht Gesundheitsausgabenrechnung 2021
- Deutsches Zentrum für Altersfragen [DZA] (2013): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS): Älterwerden und der Einfluss von Kontexten. (4). Veränderungen der Gesundheit im Alter. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegeverständnisses (2021): Erläuterungen zur Entwurfsempfehlung zur konzeptionellen Ausrichtung von Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege auf der Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2021
- Güthlin C, Köhler S & M Dieckelmann (2020): Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main
- Hahnel E, Pörschmann-Schreiber U, Braeseke G, Lingott N & I Oehse (2022): Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. IGES Institut
- Hellwagner T, Söhnlein D & E Weber (2023): Modeling Migration Dynamics in Stochastic Labor Supply Forecasting. IAB-Discussion Paper 5/2023. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

- Igl G (2015): Japanische und deutsche Altenpflege im Vergleich. Teil A: Vergleich hinsichtlich allgemeiner struktureller Merkmale. August 2015. Hamburg
- Jäggi J & K Künzi (2015): Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Februar 2015. Bern: Bass AG [Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien]
- Nolting H-D, Beikirch E, Braeseke G & S Rieckhoff (2019): Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis. (Projekt TRANSFORM) Berlin 2019. In Internet unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 11.12.2023]
- Ochmann R & G Braeseke (2021, 2022, 2023): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen
- Organization for Cooperation and Development [OECD] (2022): Health at a Glance 2021
- Robert Bosch Stiftung (o. J.): 360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten - in der Praxis, <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-den-patienten-der-praxis> und <https://www.qualifikationsmix-pflege.de/> [Abruf am 11.12.2023]
- Robertson MC & AJ Campbell (2013): Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme, <https://www.livestronger.org.nz/assets/Uploads/acc1162-otago-exercise-manual.pdf> [abgerufen am 11.12.2023]
- Schwinger A & C Tsiasioti (2020): Zur Organisations- und Finanzierungszuständigkeit von häuslicher Krankenpflege (SGB V) und medizinischer Behandlungspflege (SGB XI). In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer, Berlin
- Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd CM, Xue QL, Guralnik J, Bishai D & LN Gitlin (2015): Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a center for medicare and medicaid services innovation project. In: Journal of the American Geriatrics Society 63, S. 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245
- Szanton SL & LN Gitlin (2016): Meeting the healthcare financing imperative through focusing on function: The CAPABLE Studies, Public Policy & Aging Report, 2016, Vol. 26, No. 3, 106 – 110
- Theobald H (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? August 2018. 383. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

- Wingenfeld K & A Büscher (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Bielefeld/Osnabrück, November 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf [abgerufen am 19.01.2024]
- World Health Organisation [WHO] (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. [Übersetzung] 8. Mai 2014. (0.810.1). Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948
- World Health Organisation [WHO] (2015): World Report on Ageing and Health. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=44BAC23C4C85B39C33C8AF3A931D04C9?sequence=1 [abgerufen am 11.12.2023]

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

STUDIEN
BERICHT

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen
verschiedener Stellschrauben auf die langfristige
Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Richard Ochmann
David Sonnenberger

Bericht

für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“
unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit

Berlin, Mai 2024

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Autoren

Dr. Richard Ochmann
David Sonnenberger
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	12
2.	Datengrundlagen und Methodik	13
2.1	Modul „Differenzierung Beitragseinnahmen“	15
2.2	Modul „PPV“	16
2.3	Modul „Modifikation Finanzsystematik SPV“	17
3.	Ergebnisberechnung	18
3.1	Ergebnisgrößen und Projektion	18
3.2	Basisszenario als Referenz	19
4.	Finanzwirkungen der Stellschrauben	20
4.1	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	21
4.1.1	Vorgehen und Annahmen	21
4.1.2	Ergebnisse	21
4.2	Verbeitragung weiterer Einkunftsarten	22
4.2.1	Vorgehen und Annahmen	22
4.2.2	Ergebnisse	23
4.3	Kombinationen aus Anhebung der BBG und Verbeitragung weiterer Einkunftsarten	23
4.3.1	Vorgehen und Annahmen	23
4.3.2	Ergebnisse	24
4.4	Progressiver Beitragssatz	25
4.4.1	Vorgehen und Annahmen	25
4.4.2	Ergebnisse	25
4.5	Pflegebürgerversicherung	27
4.5.1	Variante „Morning after“	28
4.5.2	Variante „Bestandsschutz“	28
4.6	Kombinationen zur Pflegebürgerversicherung	29
4.6.1	Vorgehen und Annahmen	29
4.6.2	Ergebnisse	30
4.7	Risikoausgleich zwischen SPV und PPV	33
4.7.1	Vorgehen und Annahmen	33
4.7.2	Ergebnisse	33
4.8	Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	34
4.8.1	Vorgehen und Annahmen	34
4.8.2	Ergebnisse	35
4.9	Beitragsfreie Familienversicherung	35
4.9.1	Vorgehen und Annahmen	35
4.9.2	Ergebnisse	36
4.10	Pflegeunterstützungsgeld	37
4.10.1	Vorgehen und Annahmen	37
4.10.2	Ergebnisse	37
4.11	Beitragsfreiheit von Elterngeld- und Mutterschaftsgeld	38
4.11.1	Elterngeld	38

4.11.2	Mutterschaftsgeld	39
4.12	Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds	40
4.12.1	Veränderte Einzahlungsphase	40
4.12.2	Erhaltung eines kollektiven Kapitalstocks	44
4.12.3	Erhaltung eines individuellen Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegetagegelds zur Abfederung der verbleibenden pflegebedingten Kosten	46
4.13	Verpflichtende private Zusatzversicherung	50
4.13.1	Bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung	51
4.13.2	Bei Vollversicherung	53
4.14	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger	56
4.14.1	Vorgehen und Annahmen	56
4.14.2	Ergebnisse	57
4.15	Verstärkte Präventionsleistungen	59
4.15.1	Vorgehen und Annahmen	60
4.15.2	Ergebnisse	60
4.16	Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen	61
4.16.1	Vorgehen und Annahmen	61
4.16.2	Ergebnisse	62
4.17	Abstaffelung der Eigenanteilsbegrenzung	63
4.17.1	Einkommensabhängige Abstaffelung	63
4.17.2	Einkommens- und ertragsabhängige Abstaffelung	65
4.18	Ungleiche Leistungsdynamisierung	66
4.18.1	Vorgehen und Annahmen	66
4.18.2	Ergebnisse	66
4.19	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung	68
4.19.1	Vorgehen und Annahmen	68
4.19.2	Ergebnisse	69
4.20	Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten	75
4.20.1	Vorgehen und Annahmen	75
4.20.2	Ergebnisse	76
4.21	Selbst regulierendes System	85
4.21.1	Vorgehen und Annahmen	85
4.21.2	Ergebnisse	85
4.22	Vollversicherung	86
4.22.1	Vorgehen und Annahmen	86
4.22.2	Ergebnisse	87
4.23	Kombinationen zur Vollversicherung	90
4.23.1	Vorgehen und Annahmen	90
4.23.2	Ergebnisse	90
4.24	Sockel-Spitze-Tausch	100
4.24.1	Vorgehen und Annahmen	100
4.24.2	Ergebnisse	100
5.	Weitere Ergebnisse	104
5.1	Mehr- oder Minderaufkommen Einkommensteuer	104

5.1.1	Vorgehen und Annahmen	104
5.1.2	Ergebnisse	104
5.2	Verwaltungsaufwand	106
5.2.1	Vorgehen und Annahmen	106
5.2.2	Ergebnisse	106
5.3	Wechselwirkungen zu anderen Bereichen	107
5.4	Herausforderungen bei technischer Umsetzung	109
6.	Zusammenfassung	111
7.	Anhang	113
A1	Effekt auf Einkommensteueraufkommen nach Stellschrauben	114
	Literaturverzeichnis	115
	Abbildungen	6
	Tabellen	6
	Abkürzungsverzeichnis	10

Abbildungen

Abbildung 1:	Überblick Modellaufbau mit zusätzlichen Modulen	14
--------------	---	----

Tabellen

Tabelle 1:	Anhebung BBG auf VPG (Stellschraube 1.1)	21
Tabelle 2:	Anhebung BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 1.2)	22
Tabelle 3:	Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 2)	23
Tabelle 4:	Anhebung BBG auf VPG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 3.1)	24
Tabelle 5:	Anhebung BBG auf GRV-BBG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 3.2)	24
Tabelle 6:	Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen im Status Quo (Stellschraube 7.1)	26
Tabelle 7:	Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 7.2)	26
Tabelle 8:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ (Stellschraube 4.1)	28
Tabelle 9:	Pflegebürgerversicherung „Bestandsschutz“ (Stellschraube 4.2)	29
Tabelle 10:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG (Stellschraube 5.1)	30
Tabelle 11:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 5.2)	31
Tabelle 12:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.3)	31
Tabelle 13:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.4)	32
Tabelle 14:	Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.5)	32
Tabelle 15:	Risikoausgleich zwischen SPV und PPV (Stellschraube 6)	34
Tabelle 16:	Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen (Stellschraube 8)	35
Tabelle 17:	Beitragsfreie Familienversicherung (Stellschraube 9.1)	36
Tabelle 18:	Pflegeunterstützungsgeld (Stellschraube 9.2)	37
Tabelle 19:	Beitragsfreiheit von Elterngeld (Stellschraube 9.3)	38
Tabelle 20:	Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld (Stellschraube 9.4)	39

Tabelle 21:	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,1 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.1)	42
Tabelle 22:	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,2 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.2)	42
Tabelle 23:	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,3 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.3)	43
Tabelle 24:	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,4 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.4)	43
Tabelle 25:	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,5 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.5)	44
Tabelle 26:	Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Ertragsausschüttung an SPV (Stellschraube 10.2)	45
Tabelle 27:	Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pfl egetagegeldes bei fixierten Einzahlungen (Stellschraube 10.3.1)	48
Tabelle 28:	Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pfl egetagegeldes vom Umfang einer Vollversicherung (Stellschraube 10.3.2)	49
Tabelle 29:	Private Zusatzversicherung bei kaufkr afterhaltender Leistungsdynamisierung (Stellschraube 11.1)	52
Tabelle 30:	Prämienbetrag einer privaten Zusatzversicherung bei kaufkr afterhaltender Leistungsdynamisierung pro Jahr nach Alter (Stellschraube 11.1)	53
Tabelle 31:	Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung (Stellschraube 11.2)	54
Tabelle 32:	Prämien einer privaten Zusatzversicherung bei Vollversicherung nach Alter (Stellschraube 11.2)	55
Tabelle 33:	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50 % ihres Einkommens (Stellschraube 12.1)	57
Tabelle 34:	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 30 % ihres Einkommens (Stellschraube 12.2)	59
Tabelle 35:	Verstärkte Präventionsleistungen (Stellschraube 13.1)	61
Tabelle 36:	Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen (Stellschraube 13.2)	62
Tabelle 37:	Einkommensabhängige EAB (Stellschraube 13.3.1)	64
Tabelle 38:	Einkommens- und ertragsabhängige EAB (Stellschraube 13.3.2)	65

Tabelle 39:	Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen (Stellschraube 13.4.1)	67
Tabelle 40:	Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen (Stellschraube 13.4.2)	68
Tabelle 41:	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz (Stellschraube 13.5)	70
Tabelle 42:	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (Stellschraube 13.6.1)	71
Tabelle 43:	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs (Stellschraube 13.6.2)	72
Tabelle 44:	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (Stellschraube 13.6.3)	73
Tabelle 45:	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (Stellschraube 13.6.4)	74
Tabelle 46:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten (Stellschraube 16)	77
Tabelle 47:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (Stellschraube 14.1)	78
Tabelle 48:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit Steuerung Zugang Pflegeleistungen (Stellschraube 14.2)	79
Tabelle 49:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (Stellschraube 14.3)	80
Tabelle 50:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (Stellschraube 14.4)	81
Tabelle 51:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen (Stellschraube 14.5)	82
Tabelle 52:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen (Stellschraube 14.6)	83

Tabelle 53:	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung (Stellschraube 14.7)	84
Tabelle 54:	„Selbst regulierendes“ System (Stellschraube 15)	86
Tabelle 55:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld (Stellschraube 17.1.1)	88
Tabelle 56:	Vollversicherung inkl. Pflegegeld (Stellschraube 17.1.2)	89
Tabelle 57:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf VPG (Stellschraube 17.2)	91
Tabelle 58:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 17.3)	92
Tabelle 59:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Risikoausgleich SPV-PPV (Stellschraube 17.4)	93
Tabelle 60:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen (Stellschraube 17.5)	94
Tabelle 61:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit beitragsfreier Familienversicherung (Stellschraube 17.6)	95
Tabelle 62:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Pflegeunterstützungsgeld (Stellschraube 17.7)	96
Tabelle 63:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Elterngeld (Stellschraube 17.8)	97
Tabelle 64:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Mutterschaftsgeld (Stellschraube 17.9)	98
Tabelle 65:	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Ausgestaltung Pflegevorsorgefonds über Kapitalstock (Stellschraube 17.10)	99
Tabelle 66:	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null (Stellschraube 18.1)	101
Tabelle 67:	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEs (Stellschraube 18.2)	102
Tabelle 68:	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEs (Stellschraube 18.3)	103
Tabelle 69:	Effekt Einkommensteueraufkommen je Stellschraube in Jahren 2026, 2030, 2040, 2050, 2060 (in Mio. € diskontiert auf Basisjahr 114)	

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
bpE	Beitragspflichtige Einnahmen
EAB	Eigenanteilsbegrenzung
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HKP	Häusliche Krankenpflege
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
KZP	Kurzzeitpflege
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen
MBP	Medizinische Behandlungspflege
OECD	Organization for Cooperation and Development
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Abkürzung	Erläuterung
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht in Anbetracht der demografischen Entwicklung vor erheblichen Herausforderungen, die insbesondere ihre langfristige Finanzentwicklung unmittelbar betreffen werden. Die Bundesregierung wurde beauftragt, bis zum 31.05.2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorzulegen.

Vor diesem Hintergrund wurde in einer ersten Beauftragung der AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“ unter Leitung des BMG im Jahr 2023 ein Projektionsmodell zur Darstellung von Szenarien zur langfristigen Finanzentwicklung der SPV durch das IGES Institut entwickelt. Mit diesem Modell wurden bereits ausgewählte Szenarien zur möglichen Finanzentwicklung auf Grundlage des geltenden Rechts berechnet (Ochmann et al., 2024). Dabei wurde ein zentrales Szenario als Basisszenario bestimmt. Über die Finanzentwicklung der SPV hinaus können mit diesem Modell unter anderem Aussagen zur finanziellen Belastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen sowie der Sozialhilfeträger (hier Hilfe zur Pflege) getroffen werden.

Im Februar 2024 wurde ein zweiter Auftrag durch die AG unter Leitung des BMG ausgeschrieben. Nunmehr sollten Stellschrauben betrachtet werden, die ein Potenzial für Finanzwirkungen bei den genannten Kostenträgern aufweisen und vom geltenden Recht abstrahieren. Gegenstand und Ziel des Auftrags waren die modellmäßige Abbildung von konkreten Stellschrauben und die Quantifizierung der mit diesen verbundenen langfristigen, finanziellen Auswirkungen vorrangig auf die SPV (inkl. Beitragssatzeffekte). Die Ergebnisse waren schriftlich zu berichten sowie der Arbeitsgruppe „Zukunftssichere Finanzen der SPV“ vorzustellen und mit ihr zu diskutieren. Die verwendeten Programmskripte und das Berechnungstool werden der AG im Nachgang zugänglich gemacht. Es war zu gewährleisten, dass der AG für die Weiterarbeit alle Arbeits- und Rechenschritte transparent offengelegt werden, damit auch künftig eine Fortschreibung der Modellgrundlagen grundsätzlich vorgenommen werden kann.

Die Betrachtung dieser Stellschrauben und die Quantifizierung ihrer Finanzwirkungen impliziert indes nicht, dass die Auftraggeber oder die Gutachter die tatsächliche Umsetzung der Stellschrauben befürworten oder beabsichtigen. Es handelt sich zunächst nur um eine Betrachtung theoretisch verfügbarer Stellschrauben und die Bemessung ihrer Effektstärke im Hinblick auf die Stabilisierung der langfristigen Finanzentwicklung der SPV sowie auf die finanzielle Belastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen und ihren Leistungsbezug im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Bei einigen betrachteten Stellschrauben wurden zudem auch die finanziellen Belastungen der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in die Betrachtung einbezogen.

2. Datengrundlagen und Methodik

Folgende Stellschrauben waren zu betrachten:

1. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)
2. Verbeitragung aller Einkunftsarten
3. Kombinationen aus 1. und 2.
4. Pflegebürgerversicherung
5. Kombinationen zur Pflegebürgerversicherung
6. Risikoausgleich zwischen SPV und PPV
7. Progressiver Beitragssatz
8. Erstattung Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen
9. Erstattung von Ausgaben im Zusammenhang mit der beitragsfreien Familienversicherung, dem Pflegeunterstützungsgeld, der Beitragsfreiheit von Elterngeld und der Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld
10. Weiterentwicklung bzw. Ergänzung des Pflegevorsorgefonds
11. Verpflichtende private Zusatzversicherung
12. Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger
13. Berücksichtigung von Effizienzpotenzialen im Zusammenhang mit verstärkten Präventionsleistungen, mit verstärkter Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen, mit einkommensabhängigen Eigenanteilsbegrenzungen (EAB), mit einkommens- und ertragsabhängigen EAB, mit einer zwischen den Sektoren ungleichen Dynamisierung der Leistungen; darüber hinaus Betrachtung einer rein inflationsorientierten Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz sowie von Kombinationen einer rein inflationsorientierten Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz mit den Effizienzpotenzialen
14. Kombinationen zur Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten
15. „Selbst regulierendes“ System
16. Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten
17. Vollversicherung und Kombinationen zur Vollversicherung
18. Sockel-Spitze-Tausch

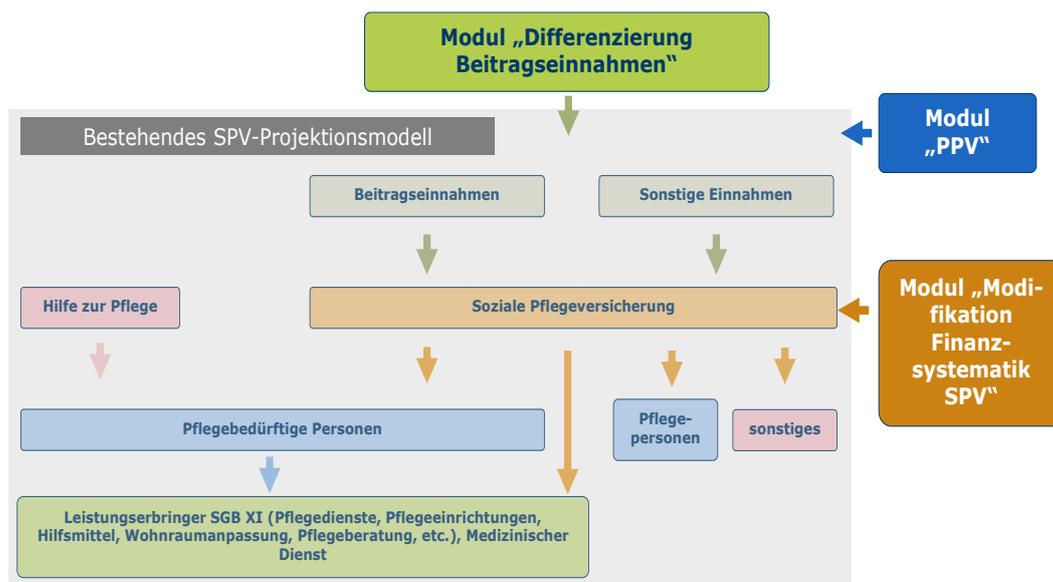
Das methodische Vorgehen setzt auf dem bereits im ersten Arbeitsschritt entwickelten Projektionsmodell zur (langfristigen) Finanzentwicklung der SPV („SPV-Projektionsmodell“) auf. Dieses SPV-Projektionsmodell musste für eine Abbildung der in der Leistungsbeschreibung vorgesehenen (hypothetischen) Stellschrauben mit Finanzwirkungspotenzial erweitert werden. In diesem Abschnitt werden die erforderlichen Erweiterungen kurz beschrieben.

In Bezug auf die Modellerweiterung wurde modular vorgegangen, das heißt, es wurden folgende drei Module entwickelt, die den bestehenden Modellaufbau ergänzen:

- ◆ Ein Modul „Differenzierung Beitragseinnahmen“ adressiert die einnahmenseitigen Stellschrauben Nr. 1, 2, 3, 7 (siehe Abschnitte 4.1, 4.2, 4.3 und 4.4),
- ◆ ein Modul „PPV“ (Versicherte, Pflegeprävalenz, Leistungsausgaben, Ausgaben der Beihilfe) die systemübergreifenden Stellschrauben Nr. 4, 5, 6 (siehe Abschnitte 4.5, 4.6 und 4.7) und
- ◆ ein Modul „Modifikation Finanzsystematik SPV“, in dem die primär ausgabenseitigen Stellschrauben Nr. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 (siehe Abschnitte 4.8, 4.9, 4.10, 4.11, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.22, 4.23 und 4.24) abgebildet werden.

Diese Module wurden entlang der Anforderungen, die sich aus der Konzipierung der Stellschrauben ergeben, entwickelt und mit dem vorliegenden Projektionsmodell verknüpft (siehe Abbildung 1). Sie werden im Folgenden beschrieben.

Abbildung 1: Überblick Modellaufbau mit zusätzlichen Modulen



Quelle: IGES

2.1 Modul „Differenzierung Beitragseinnahmen“

In dem bereits entwickelten Modell zur Projektion der Finanzentwicklung der SPV konnten die Beitragseinnahmen in Form von durchschnittlichen Beträgen zweckgemäß abgebildet werden. Für einen Teil der zu untersuchenden Stellschrauben wurden darüber hinaus Informationen zur Einkommensstruktur bzw. -verteilung der Mitglieder benötigt. Daher war ein zusätzliches Programm-Modul „Differenzierung Beitragseinnahmen“ zu entwickeln.

In diesem Programm-Modul sind drei Analysekomponenten enthalten, die jeweils auf die konkret zu betrachteten Stellschrauben zugeschnitten wurden:

- ♦ die Schätzung der Verteilung der Zahl der SPV-Mitglieder und der Privatpflegeversicherten nach Klassen der gesamten beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) nach geltendem Recht,
- ♦ die Schätzung der Verteilung der Zahl der SPV-Mitglieder und PPV-Mitglieder nach Klassen der gesamten weiteren Einkunftsarten nach § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 7 EStG (insbesondere Einkünfte aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung) und
- ♦ auf Basis der bpE-Verteilung die Abbildung einer Bemessung der SPV-Beiträge nach Stufen mit unterschiedlichen Beitragssatzpunkten, sodass eine insgesamt progressive Beitragswirkung entsteht (höhere durchschnittliche Beitragslast bei größeren bpE).

Das Programm-Modul basiert im Wesentlichen auf einem bereits entwickelten Mikrosimulationsmodell (MSIM-Modell) des IGES Instituts. Die Datengrundlage des Modells bilden Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Bei diesem Simulationsmodell wurde zunächst die Datengrundlage auf das Erhebungsjahr 2020 und somit das Einkommensjahr 2019 (SOEP-Distribution v37) aktualisiert. Anschließend wurde eine pauschale Fortschreibung des durchschnittlichen Einkommensniveaus bis zum Jahr 2022 vorgenommen (das Basisjahr des SPV-Projektionsmodells).

In dem Mikrosimulationsmodell ist das relevante Beitragsrecht des jeweiligen Einkommensjahres gemäß dem SGB V hinterlegt. Die Regelungen zur Beitragsbemessung nach SGB V gelten im Wesentlichen auch für die Beitragsbemessung nach SGB XI, sodass sie hier näherungsweise zugrunde gelegt wurden. Die Zuordnung der einzelnen Befragungsteilnehmer zu der Gruppe der GKV-Mitglieder bzw. der PKV-Mitglieder wurde anhand des Merkmals in den SOEP-Daten, das den Krankenversicherungsstatus der Befragungsteilnehmer enthält, vorgenommen. Zudem erfolgte eine Zuordnung zu den Gruppen der Pflichtversicherten und der freiwillig Versicherten, wobei das differenzierte Beitragsrecht für die beiden Gruppen (mit entsprechend unterschiedlichen beitragspflichtigen Einkommensarten)

berücksichtigt wurde. Auf dieser Basis wurde eine Zuordnung der Mitglieder zur SPV bzw. zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) abgeleitet.¹

Für die Bestimmung der Anzahl der SPV-Mitglieder bzw. PPV-Mitglieder nach den Einkommensklassen wurde eine Hochrechnung der Anzahl der Teilnehmer in der Stichprobe auf die Grundgesamtheit der Mitglieder anhand der Gewichtungsfaktoren, die in den SOEP-Daten enthalten sind, vorgenommen (Personenhochrechnungsfaktoren).

Im Rahmen des Mikrosimulationsmodells wurden alle beitragspflichtigen Einkommen abgebildet, die in den SOEP-Daten differenziert nach Einkommensarten und auf der Ebene der einzelnen Mitglieder erhoben wurden. Sie wurden entsprechend dem Beitragsrecht herangezogen und je Mitglied zu den beitragspflichtigen Einnahmen aufsummiert.

2.2 Modul „PPV“

Um Stellschrauben abbilden zu können, die nicht nur auf die Finanzsystematik der SPV abzielen, sondern darüber hinaus auch die private Pflegepflichtversicherung (PPV) mit in die Betrachtung aufnehmen, war das SPV-Projektionsmodell um ein Modul „PPV“ zu ergänzen. Dieses Programm-Modul musste zunächst entwickelt werden. Es besteht aus den folgenden Analysekomponenten:

- ◆ die Anzahl der Versicherten der PPV nach Altersgruppen,
- ◆ die Anzahl der Versicherten der PPV nach Einkommensklassen (wobei auf Einkommen abzustellen ist, das im Rahmen einer hypothetischen Pflichtversicherung in der SPV beitragspflichtig wäre, was wiederum von der Ausgestaltung der jeweiligen Stellschraube abhängt),
- ◆ die Anzahl der Versicherten der PPV mit Bezug von Leistungen der PPV nach Altersgruppen (Pflegeprävalenz) und
- ◆ aggregierte Daten zur Finanzentwicklung der PPV (Einnahmen, Leistungsausgaben) sowie eine pauschale Schätzung des Anteils der von der Beihilfe getragenen Ausgaben (gemäß Leistungsbeschreibung pauschal 2/3 der Gesamtausgaben).

Zu diesen Komponenten liegen Daten veröffentlicht vom PKV-Verband (PKV-Zahlenportal), dem BMG (Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung bzw. Geschäftsstatistik der Pflegekassen) und der BaFin (Wahrscheinlichkeitstabellen mit

¹ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der privat Krankenvollversicherten um ca. 480 Tsd. unter der Zahl der PPV-Versicherten liegt. Zum einen bestand bei Einführung der Pflegeversicherung für freiwillig versicherte GKV-Mitglieder eine Wahloption zwischen sozialer und privater Pflegepflichtversicherung und zum anderen sind ca. 100 Tsd. Versicherte der freien Heilfürsorge, der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenkasse der Bundesbahnbeamten, die als verbundene Unternehmen außerhalb der PKV geführt werden, in der PPV versichert.

Altersstrukturinformationen zu den PPV-Versicherten) vor. Auf Grundlage dieser Daten wurden die Analysekomponenten dieses Moduls abgebildet.

Darüber hinaus wurden an dieser Stelle auch Ergebnisse zur Schätzung der Verteilung der bpE der PPV-Mitglieder aus dem Modul „Differenzierung Beitragseinnahmen“ einbezogen (bspw. zur Abbildung der bpE-Verteilung).

2.3 Modul „Modifikation Finanzsystematik SPV“

In einem dritten Programm-Modul wurden weitere, zumeist ausgabenseitige Aspekte einer Modifikation der Finanzsystematik der SPV, die aus den konkret zu betrachteten Stellschrauben abgeleitet wurden, abgebildet. Dabei wurden die folgenden drei Analysekomponenten entwickelt:

- ◆ eine Umverteilung der Ausgabenlast,
- ◆ eine Ausgabendämpfung und
- ◆ eine alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds.

Dieses Programm-Modul wurde methodisch sehr eng an dem bereits vorliegenden SPV-Projektionsmodell orientiert, da die Analysekomponenten einen starken Bezug zu bestimmten Teilen dieses Modells aufweisen (bspw. Leistungsausgaben, Pflegevorsorgefonds).

3. Ergebnisberechnung

3.1 Ergebnisgrößen und Projektion

Die Stellschrauben wurden jeweils über einen Projektionszeitraum bis zum Jahr 2060 simuliert. Als Startjahr wurde das Jahr 2026 gewählt, die Stellschrauben wurden also – mit vereinzelt Ausnahmen unter der Annahme betrachtet, dass ihre Regelungen ab dem 01.01.2026 gelten. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass entsprechende rechtliche Regelungen ggfs. nur mit einer gewissen Vorlaufzeit umgesetzt werden könnten. Als Basisjahr in dem bereits angefertigten SPV-Projektionsmodell wurde das Jahr 2022 beibehalten.

Es handelt sich um statische Simulationen, die potenzielle Verhaltensanpassungen bzw. Ausweichreaktionen der Versicherten bzw. Mitglieder ausblenden. Folgende Ergebnisse wurden im Rahmen der Projektion je Stellschraube berechnet und anschließend dargestellt:

- ◆ Beitragssatzeffekte² und
- ◆ Finanzwirkungen für die SPV in Mrd. Euro, zum einen in Preisen des jeweiligen Jahres und zum anderen als kumulierte Summe über den gesamten Projektionszeitraum, diskontiert mit dem Lohnwachstum zu einem Gegenwartswert im Basisjahr, sowie
- ◆ Effekte auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) der Pflegebedürftigen im vollstationären Bereich, ebenfalls diskontiert mit dem Lohnwachstum zu einem Gegenwartswert im Basisjahr, und
- ◆ Effekte auf die Empfängerquote von Leistungen der Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich.

Beitragssatzeffekte wurden primär für das Zieljahr 2060 und zudem für die Jahre 2026, 2030, 2040 und 2050 dargestellt (vgl. Abschnitt 4). Finanzwirkungen für die SPV in Mrd. Euro wurden aus den Beitragssatzeffekten und der Summe der bpE – ebenfalls primär für die genannten Jahre – abgeleitet. In dem Projektionsmodell wurde die Prämisse beibehalten, dass ein Finanzbedarf der SPV in jedem Projektionsjahr durch eine entsprechende Beitragssatzanhebung zu decken ist (Berechnung eines ausgabendeckenden Beitragssatzes).

² Der jeweilige Finanzbedarf der Szenarien aus der ersten IGES-Studie wurde in Beitragssatzpunkten abgebildet, wobei diese Angaben keine Prognose der tatsächlichen Beitragssatzentwicklung darstellten, sondern eine sich auf Basis bestimmter Annahmen langfristig ergebende Finanzierungslücke bezifferten, die entstehen würde, wenn keine weiteren Maßnahmen ergriffen würden. Es wurde ein durchschnittlicher Beitragssatz unter Berücksichtigung der Finanzwirkungen angegeben, die sich aus der Differenzierung des tatsächlichen Beitragssatzes nach der Zahl der Kinder ergeben. In dieser zweiten Studie werden nunmehr die Größenordnungen in Beitragssatzpunkten angegeben, um die die jeweilige Stellschraube den Finanzbedarf senken bzw. erhöhen könnte.

Als Wechselwirkungen zu anderen Sozialversicherungsträgern wurden in dem SPV-Projektionsmodell primär die Effekte auf die Empfängerquote von Leistungen der Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich abgebildet. Solche Effekte ergeben sich indirekt, wenn sich die Belastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen (EEE, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Ausbildungskosten und Investitionskosten) verändert. Die Finanzwirkung, die infolge der Beitragssatzeffekte bei den Pflegebedürftigen entsteht, wurde hingegen *nicht* bei den finanziellen Belastungen der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen berücksichtigt. Darüber hinaus wird in dem Modell die Kostenübernahme durch die GKV im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege und die Erstattung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen dargestellt, allerdings lediglich nachrichtlich (vgl. Abschnitt 5.3).

Grob überschlagen wurden darüber hinaus Mehr- oder Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer als direkte Folge von etwaigen Beitragssatzerhöhungen (vgl. Abschnitt 5.1). Mindereinnahmen beim Einkommensteueraufkommen von Bund und Ländern zusammen ergeben sich als direkte Folge von etwaigen Beitragssatzerhöhungen über den Abzug der Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen der Sonderausgaben von der Bemessungsgrundlage bei der Ermittlung des zu versteuernden Einkommens. Diese Mindereinnahmen (bzw. Mehreinnahmen bei Beitragssatzsenkungen) konnten nur sehr grob und pauschal für die durchschnittlichen bpE überschlagen werden. Schwellenwerteffekte (insbes. Maximalbeträge beim Abzug) konnten dabei nicht berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wurde der mit einer Umsetzung der Stellschrauben verbundene Verwaltungsaufwand ebenfalls überschlagsartig geschätzt (vgl. Abschnitt 5.2). Sofern absehbar ist, dass die technische Umsetzung der Stellschrauben mit Herausforderungen verbunden sein dürfte, wurde zudem auf diese eingegangen (vgl. Abschnitt 5.4).

3.2 Basisszenario als Referenz

Die geschätzten Wirkungen aller Stellschrauben werden jeweils mit einem Basisszenario verglichen, in dem an keinen Stellschrauben „gedreht“ wird (grundsätzlich geltendes Recht, allerdings mit einer werterhaltenden Dynamisierung als Annahme für die Langfristbetrachtung, die über den rechtlichen Status Quo nach dem Jahr 2028 hinausgeht).³

³ Der rechtliche Status Quo sieht vor, dass zum 1. Januar 2025 die Geld- und Sachleistungen um 4,5 % und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum (§ 30 Abs. 1 SGB XI) regelhaft dynamisiert werden.

Als Basisszenario wurde das Szenario 4 gemäß IGES-Bericht zur langfristigen Finanzentwicklung der SPV festgelegt (Ochmann et al., 2024). Das Basisszenario ist neben dem geltenden Recht durch folgende Annahmen gekennzeichnet:

- ♦ ein mittleres Lohnwachstum (3,0 % p. a.),
- ♦ eine Leistungsdynamisierung ab dem Jahr 2029 der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate (3,0 %) und zu 1/3 mit der Inflationsrate (1,5 %) bzw. der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate,
- ♦ eine mittlere Länge des Übergangszeitraums mit steigender altersspezifischer Pflegeprävalenz (10 Jahre) sowie
- ♦ eine Steigerung der Pflegekosten zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und 1/3 mit der Inflationsrate.

Durch diese Annahmen zur Leistungsdynamisierung fallen die Ausgaben der SPV im Basisszenario annahmegemäß langfristig höher aus, als nach dem rechtlichen Status quo oder dessen hypothetischer Fortschreibung zu erwarten ist. Außerdem steigen im Basisszenario die Pflegekosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen annahmegemäß mit der gleichen Zuwachsrate wie die Pflegesachleistungen. Somit wächst der „effektive“ einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) mit der Pflegekostensteigerungsrate. Da die Löhne im Basisszenario stärker steigen als die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation), nimmt auch der Anrechnungsbetrag auf private Einkommen und Vermögen stärker zu als der „effektive“ EEE. Unter den Annahmen des Basisszenarios 4 mit werterhaltender Dynamisierung können die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen die privat zu finanzierenden Ausgaben öfter aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren und sind seltener auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (HzP) angewiesen. Zudem wirkt die Entwicklung der Investitionskosten (Fortschreibung mit der Inflationsrate) senkend auf die HzP-Quote, da die Inflationsrate geringer ist als die Lohnentwicklung. Die Pflegebedürftigen können zu einem zunehmenden Teil die Investitionskosten aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren.

4. Finanzwirkungen der Stellschrauben

Zunächst werden solche Stellschrauben betrachtet, die sich auf eine Ausweitung der Beitragsgrundlage und damit unter anderem auch auf eine (hypothetische) Einbeziehung von PPV-Versicherten beziehen (siehe Abschnitte 4.1 bis 4.7). Anschließend werden Stellschrauben dargestellt, die generell auf eine Modifikation der Finanzsystematik der SPV, meist unter Einbeziehung der Ausgabenseite, abzielen (Abschnitte 4.8 bis 4.24).

4.1 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

4.1.1 Vorgehen und Annahmen

Von den einnahmenseitigen Stellschrauben wird zunächst eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der SPV vom gegenwärtig (Basisjahr) gültigen Niveau auf ein alternatives Niveau in zwei Varianten betrachtet (Stellschraube Nr. 1 gemäß Leistungsbeschreibung des Auftrags), und zwar eine Anhebung auf

- ◆ den gegenwärtig (ebenfalls im Basisjahr) gültigen Betrag der Versichertenpflichtgrenze (VPG) (Variante 1) und
- ◆ das derzeit in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gültige Niveau der BBG (GRV-BBG) (Variante 2).

Dabei wurde eine simultane Anhebung der BBG und der VPG unterstellt. In diesem Zusammenhang wurde des Weiteren angenommen, dass es oberhalb der VPG zu keinen zusätzlichen Abwanderungen von Versicherten von der SPV in die PPV kommt, die auf die Veränderung dieser Stellschraube zurückzuführen sind. Es handelt sich insofern um eine statische Simulation (siehe auch Abschnitt 3.1). Die Anhebung der BBG wurde ausschließlich für die SPV betrachtet, nicht für die GKV.

4.1.2 Ergebnisse

Bei einer Anhebung der BBG auf das Niveau der VPG könnte der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 gegenüber dem Basisszenario um 0,07 %-Punkte auf 3,60 % abgesenkt werden (Tabelle 1). Dies entspricht einer Finanzwirkung für die SPV in Höhe von 1,3 Mrd. € in Preisen des Jahres 2026.

Tabelle 1: Anhebung BBG auf VPG (Stellschraube 1.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,99%	4,16%	4,57%	4,50%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,08%	-0,08%	-0,09%	-0,09%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+1,6	+2,2	+3,2	+4,1
kumuliert und diskontiert					+44,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Der Beitragssatzeffekt dieser Stellschraube nimmt über den Projektionszeitraum nur geringfügig zu und erreicht im Zieljahr 2060 einen Betrag von 0,09 %-Punkten bzw. 4,1 Mrd. € in Preisen des Zieljahres.

Kumuliert über den gesamten Projektionszeitraum und diskontiert mit dem Lohnwachstum für einen Gegenwartswert ergeben sich Finanzwirkungen für die SPV in Höhe von insgesamt 44,7 Mrd. € in gegenwärtigen Preisen.

In allen Ergebnistabellen wurde die Bezeichnung „in Preisen des jew. Jahres“ gewählt. Dies impliziert jedoch keine Diskontierung der kumulierten Summe der Finanzwirkungen mit der Inflationsrate. Vielmehr wurden alle in Gegenwartswerten dargestellten Geldbeträge stets mit dem Lohnwachstum diskontiert.

Würde die BBG der SPV stattdessen auf die GRV-BBG angehoben werden, fiel die mögliche Beitragssatzsenkung etwas größer aus (0,18 %-Punkte im Jahr 2026 und 0,22 %-Punkte im Jahr 2060) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anhebung BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 1.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,49%	3,88%	4,04%	4,44%	4,37%
Delta (ST – BS)	-0,18%	-0,19%	-0,21%	-0,23%	-0,22%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+3,4	+4,1	+5,7	+8,3	+10,5
kumuliert und diskontiert					+113,9

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.2 Verbeitragung weiterer Einkunftsarten

4.2.1 Vorgehen und Annahmen

Diese Stellschraube sieht eine Ausweitung der beitragspflichtigen Einkünfte in der SPV auf alle weiteren Einkunftsarten nach § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 7 EStG, insbesondere Einkünfte aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung, vor (Stellschraube Nr. 2 gemäß Leistungsbeschreibung). Die Werte für die BBG und die VPG bleiben an dieser Stelle (zunächst) unverändert zum geltenden Recht.

Auch für diese Informationen zur Verteilung der weiteren Einkunftsarten in der Gruppe der SPV-Mitglieder wurden das Mikrosimulationsmodell und die dort zugrunde liegenden SOEP-Daten verwendet (siehe Abschnitt 2.1). In Bezug auf die

Einkünfte aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung muss dabei einschränkend darauf hingewiesen werden, dass diese in den SOEP-Daten insbesondere bei den höheren Einkommen vermutlich nur unvollständig abgebildet sind.

Bei der Umsetzung des Beitragsregelwerks dieser Stellschraube im Modell wurde davon abgesehen, einen Freibetrag bzw. eine Freigrenze für die weiteren Einkunftsarten vorzusehen. Grundsätzlich – abgesehen von der BBG – sind somit die Kapitaleinkünfte „ab dem ersten Euro“ zu verbeitragen.

4.2.2 Ergebnisse

Im Ergebnis zeigen sich Beitragssatzeffekte, die etwas größer ausfallen als bei Anhebung der BBG auf die VPG. Im Jahr 2026 könnte der ausgabendeckende Beitragssatz bei Verbeitragung aller Einkunftsarten um 0,09 %-Punkte gesenkt werden, im Jahr 2060 um 0,11 %-Punkte (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,58%	3,98%	4,14%	4,55%	4,47%
Delta (ST – BS)	-0,09%	-0,09%	-0,10%	-0,11%	-0,11%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,6	+2,0	+2,9	+4,2	+5,5
kumuliert und diskontiert					+57,3

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.3 Kombinationen aus Anhebung der BBG und Verbeitragung weiterer Einkunftsarten

4.3.1 Vorgehen und Annahmen

Darüber hinaus wurden Kombinationen aus der Anhebung der BBG und einer Verbeitragung weiterer Einkunftsarten betrachtet (Stellschraube Nr. 3 gemäß Leistungsbeschreibung). Es ergeben sich zwei weitere Stellschrauben:

- ◆ Anhebung der BBG auf die VPG bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube Nr. 3.1)
- ◆ Anhebung der BBG auf die BBG-GRV bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube Nr. 3.2)

4.3.2 Ergebnisse

Bei einer Anhebung der BBG auf die VPG und gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkunftsarten könnte der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um 0,16 %-Punkte gesenkt werden (Tabelle 4). Das Potenzial der Beitragssatzsenkung steigt mit dem ausgabendeckenden Beitragssatz bis zum Jahr 2060 auf 0,20 %-Punkte an.

Tabelle 4: Anhebung BBG auf VPG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 3.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,51%	3,90%	4,05%	4,46%	4,38%
Delta (ST – BS)	-0,16%	-0,17%	-0,19%	-0,21%	-0,20%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+3,0	+3,7	+5,2	+7,5	+9,8
kumuliert und diskontiert					+103,6

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Bei Anhebung der BBG auf die GRV-BBG ergäbe sich erneut ein etwas größeres Senkungspotenzial bezüglich des ausgabendeckenden Beitragssatzes (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anhebung BBG auf GRV-BBG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 3.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,39%	3,77%	3,92%	4,31%	4,24%
Delta (ST – BS)	-0,27%	-0,30%	-0,32%	-0,35%	-0,34%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+5,2	+6,3	+8,9	+12,8	+16,5
kumuliert und diskontiert					+176,8

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.4 Progressiver Beitragssatz

Eine weitere einnahmenseitige Stellschraube betrachtet eine Änderung bei der Ausgestaltung des Beitragssatzes derart, dass ein progressiver Beitragssatz entsteht, sodass die durchschnittliche, relative Beitragsbelastung mit den bpE ansteigt (Stellschraube Nr. 7 gemäß Leistungsbeschreibung).

Es wurden zwei Varianten hinsichtlich der Beitragsgrundlage betrachtet:

- ◆ zum einen bei Verbeitragung der bpE gemäß geltendem Recht (SQ) (Stellschraube Nr. 7.1) und
- ◆ zum anderen bei Verbeitragung weiterer Einkunftsarten (Stellschraube Nr. 7.2).

4.4.1 Vorgehen und Annahmen

In dieser Variante wurde die Einführung eines progressiven Beitragssatzes in der SPV als Stufentarif ähnlich zum Einkommensteuertarif betrachtet. Die Normierung der Stufen erfolgte dabei anhand der BBG. Die Aufschläge auf den Beitragssatz wurden in Beitragssatzpunkten bemessen und in der Modellierung (Projektion) fixiert. Folgende Regelung zum Beitragssatz wurde zugrunde gelegt:

- ◆ Einkommen unterhalb 50 % der BBG: regulärer Beitragssatz (gem. Basisszenario)
- ◆ Einkommen oberhalb 50 % und unterhalb 65 % der BBG: regulärer Beitragssatz + 1,0 Beitragssatzpunkte
- ◆ Einkommen oberhalb 65 % und unterhalb 80 % der BBG: regulärer Beitragssatz + 2,0 Beitragssatzpunkte
- ◆ Einkommen oberhalb 80 % der BBG: regulärer Beitragssatz + 3,0 Beitragssatzpunkte

Durch die Koppelung der Beitragssatzstufen an die BBG wurde erreicht, dass die Beitragssatzstaffelung mit der BBG wächst. Die BBG wurde mit der Wachstumsrate der durchschnittlichen bpE fortgeschrieben.

4.4.2 Ergebnisse

Die Einführung eines progressiven Beitragssatzes mit fixen Aufschlägen hätte grundsätzlich kräftige Beitragssatzeffekte zur Folge. Bei Zugrundelegung der bpE gemäß Status Quo könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um rund 1,5 %-Punkte gesenkt werden. Dieser Effekt zeigt sich in etwa konstant über den Projektionszeitraum (Tabelle 6).

Würden alle Einkunftsarten verbeitragt werden, fiel das Potenzial der Beitragssatzsenkung mit 1,7 %-Punkten noch etwas größer aus (Tabelle 7).

Tabelle 6: Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen im Status Quo (Stellschraube 7.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	2,13%	2,51%	2,70%	3,12%	3,06%
Delta (ST – BS)	-1,54%	-1,56%	-1,54%	-1,54%	-1,53%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+29,4	+33,2	+42,9	+56,3	+73,2
kumuliert und diskontiert					+838,6

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Tabelle 7: Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 7.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	1,99%	2,37%	2,55%	2,96%	2,90%
Delta (ST – BS)	-1,67%	-1,70%	-1,69%	-1,70%	-1,69%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+31,9	+36,3	+47,2	+62,3	+81,2
kumuliert und diskontiert					+922,9

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Würde man alternativ die Beitragssatzaufschläge (für die bpE im SQ) endogen bestimmen und so festlegen, dass der resultierende Effekt des progressiven Beitragssatzes gerade ausreicht, um den ausgabendeckenden Beitragssatz in jedem Projektionsjahr konstant auf dem Ausgangsniveau im Jahr vor Start der Stellschraube (Jahr 2025, somit 3,60 %) zu halten, wären Aufschläge nach den drei bpE-Stufen (s. o.) in Höhe von 0,05 %-Punkten, 0,10 %-Punkten und 0,15 %-Punkten im Jahr 2026 ausreichend. Im Jahr 2060 müssten die Aufschläge höher ausfallen, um den Beitragssatz bei 3,6 % zu halten. Sie müssten 0,73 %-Punkte, 1,46 %-Punkte und 2,19 %-Punkte betragen (ohne tabellarische Darstellung).

4.5 Pflegebürgerversicherung

Diese Stellschraube betrachtet eine hypothetische Einbeziehung der Versicherten der PPV in die SPV (Stellschraube Nr. 4 gemäß Leistungsbeschreibung). Dabei wurde davon ausgegangen, dass die zu simulierende „Pflegebürgerversicherung“ einer Integration der privat Pflegeversicherten als Pflichtversicherte in die SPV entspricht.

Der Einbezug von Versicherten der PPV in die SPV wurde zum einen auf Basis der Datengrundlagen des Moduls „PPV“ (Anzahl, Altersstruktur und Leistungsanspruchnahme der Versicherten) simuliert (vgl. Abschnitt 2.2). Zum anderen wurde das MSIM-Modell des IGES zur Simulation der hypothetischen bpE der PPV-Versicherten bei Pflichtversicherung in der SPV verwendet (vgl. Abschnitt 2.1).

Für die Abschätzung der hypothetischen Leistungsausgaben der PPV-Versicherten in der SPV wurde auf der gegenwärtigen tatsächlichen altersgruppenspezifischen Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten aufgesetzt. Es wurde somit – vor dem Hintergrund der Identität des Leistungskatalogs von SPV und PPV – davon ausgegangen, dass die PPV-Versicherten in der SPV die gleichen Leistungen beziehen würden, die sie gegenwärtig tatsächlich beziehen. Berücksichtigt wurde dabei, dass die PPV-Versicherten generell eine geringere altersspezifische Pflegeprävalenz aufweisen als die SPV-Versicherten.

Bei der Projektion wurde analog zur Fortschreibung der Pflegeprävalenz der SPV-Versicherten gemäß Basisszenario vorgegangen (langfristig konstant). Das heißt, die Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten setzt im Basisjahr auf dem tatsächlichen Wert auf und wurde mit den gleichen Zuwachsraten wie bei den SPV-Versicherten fortgeschrieben. Die Fortschreibung erfolgte gemäß Basisszenario und somit differenziert nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungsart. Aufgrund einer von der SPV abweichenden Altersstruktur der PPV-Versicherten ergäben sich dennoch Abweichungen zum Basisszenario bei der Altersstruktur der Pflegebedürftigen in einer hypothetischen Bürgerversicherung.

Über die sich damit bei Einbezug der PPV-Versicherten ergebenden zusätzlichen Leistungsausgaben der SPV hinaus war noch der Anteil der Ausgaben, der gegenwärtig von den Beihilfeträgern übernommen wird, hinzuzurechnen. Dieser Betrag würde bei Einbezug annahmegemäß von der SPV anstatt der Beihilfe getragen werden. Gemäß Leistungsbeschreibung waren dafür $\frac{2}{3}$ der Gesamtausgaben der Gruppe der PPV-Versicherten mit Beihilfeberechtigung anzusetzen.

Der Einbezug der PPV-Versicherten wurde in zwei Varianten betrachtet:

- ♦ Alle gegenwärtigen Versicherten der PPV werden in die SPV einbezogen, die PPV wird zukünftig keine Versicherten mehr haben („Morning after“).
- ♦ Alle zukünftig neu gemäß SGB XI versicherungspflichtig werdenden Personen werden in die SPV einbezogen, die PPV behält ihren gegenwärtigen Bestand an Versicherten.

4.5.1 Variante „Morning after“

4.5.1.1 Vorgehen und Annahmen

Es wurde der gesamte PPV-Bestand überführt und angenommen, dass alle aktuell PPV-Versicherten unmittelbar zu Pflichtversicherten in der SPV werden, ebenso wie ihr zukünftiger Nachwuchs in der SPV pflichtversichert sein wird. Wechsel von der SPV in die PPV würden zukünftig nicht mehr möglich sein.

4.5.1.2 Ergebnisse

Bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“ könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um knapp 0,3 %-Punkte im Jahr 2026 und knapp 0,4 %-Punkte im Jahr 2060 gesenkt werden (Tabelle 8).

Tabelle 8: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ (Stellschraube 4.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,37%	3,76%	3,91%	4,28%	4,20%
Delta (ST – BS)	-0,29%	-0,31%	-0,33%	-0,38%	-0,39%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+5,6	+6,6	+9,2	+14,1	+18,8
kumuliert und diskontiert					+189,0

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.5.2 Variante „Bestandsschutz“

4.5.2.1 Vorgehen und Annahmen

In der Variante „Bestandsschutz“ der Stellschraube „Pflegebürgerversicherung“ würden die Bestandsversicherten der PPV auch zukünftig privat pflegeversichert bleiben, die PPV würde also (vorübergehend) weitergeführt werden (Stellschraube Nr. 4.2). Alle zukünftig neu gemäß SGB XI versicherungspflichtig werdenden Personen (siehe drittes Kapitel SGB XI) würden hingegen in die SPV einbezogen werden. Diese Form des Einbezugs wurde wie folgt modelliert:

- ◆ Zunächst wurden gemäß SGB XI die zentralen Kriterien ausgewählt, anhand derer der Eintritt einer dauerhaften Versicherungspflicht in der SPV festgestellt wird. Hierbei handelt es sich um das Alter in Verbindung mit

dem beruflichen Status (Volljährigkeit und Erwerbstätigkeit, andernfalls erst ab 23 Jahren, falls noch in Ausbildung, erst ab 25 Jahren).

- ◆ Anschließend wurde für jedes Jahr des Projektionszeitraums durch Fortschreibung der PPV-Population geschätzt, wie viele Personen unter die anhand der o. a. Kriterien eintretende Versicherungspflicht fallen würden.

Darüber hinaus wurde unterstellt, dass es mit Beginn des sukzessiven Einbezugs der zukünftig versicherungspflichtig werdenden PPV-Versicherten in die SPV keine Wechsel von der SPV in die PPV mehr geben würde.

4.5.2.2 Ergebnisse

Bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung in der Variante „Bestandsschutz“ könnte der Beitragssatz erst verzögert merklich gesenkt werden, um 0,25 %-Punkte im Jahr 2060 (Tabelle 9).

Tabelle 9: Pflegebürgerversicherung „Bestandsschutz“ (Stellschraube 4.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,66%	4,06%	4,15%	4,51%	4,34%
Delta (ST – BS)	-0,00%	-0,01%	-0,09%	-0,16%	-0,25%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+0,0	+0,3	+2,6	+5,7	+12,1
kumuliert und diskontiert					+56,0

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.6 Kombinationen zur Pflegebürgerversicherung

4.6.1 Vorgehen und Annahmen

Die Pflegebürgerversicherung (PBV) wurde darüber hinaus in der Variante „Morning after“ mit weiteren Stellschrauben kombiniert betrachtet (Stellschraube Nr. 5 gemäß Leistungsbeschreibung):

- ◆ PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG (Stellschraube 5.1)
- ◆ PBV bei Anhebung der BBG auf die GRV-BBG (Stellschraube 5.2)
- ◆ PBV bei Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.3)

- ◆ PBV bei Anhebung der BBG auf die VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.4)
- ◆ PBV bei Anhebung der BBG auf die BBG-GRV und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.5)

Bei Kombination der Pflegebürgerversicherung in der Variante „Bestandsschutz“ mit den aufgeführten weiteren Stellschrauben hingegen würden sich gegenüber der Pflegebürgerversicherung als isolierter Stellschraube keine wesentlich größeren Finanzwirkungen zeigen. Es gäbe in diesem Fall also keine zusätzlichen Finanzwirkungen in nennenswerter Größenordnung durch die Kombination. Die Ursache dafür ist, dass die Finanzwirkungen der PBV in der Variante „Bestandsschutz“ erst mit erheblicher Verzögerung entstehen würden, an sich nicht besonders groß ausfielen und die Gruppe der neu versicherungspflichtig werdenden Personen im Fall dieser Variante oftmals aufgrund ihres jungen Alters zunächst noch nicht über so hohe Einkommen verfügen dürften, dass durch die hier vorgesehenen Kombinationen ein merklicher Zusatzeffekt entstehen würde. Auf die Darstellung der Ergebnisse dieser Kombinationen wurde daher verzichtet.

4.6.2 Ergebnisse

Würde man eine Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“ in Kombination mit einer Anhebung der BBG auf die VPG umsetzen, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um knapp 0,4 %-Punkte im Jahr 2026 und knapp 0,5 %-Punkte im Jahr 2060 gesenkt werden (Tabelle 10).

Tabelle 10: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG (Stellschraube 5.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,29%	3,68%	3,82%	4,18%	4,10%
Delta (ST – BS)	-0,37%	-0,39%	-0,42%	-0,48%	-0,49%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+7,1	+8,4	+11,7	+17,7	+23,4
kumuliert und diskontiert					+239,3

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Etwas größer fiele das Potenzial einer Beitragssatzsenkung aus, wenn die Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“ in Kombination mit einer Anhebung der BBG auf die GRV-BBG umgesetzt werden würde. Dann könnte der

ausgabendeckende Beitragssatz bereits im Jahr 2026 um rund 0,5 %-Punkte und im Jahr 2060 um 0,65 %-Punkte reduziert werden (Tabelle 11).

Tabelle 11: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 5.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,16%	3,53%	3,67%	4,01%	3,94%
Delta (ST – BS)	-0,51%	-0,54%	-0,58%	-0,65%	-0,65%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+9,7	+11,5	+16,1	+23,9	+31,2
kumuliert und diskontiert					+324,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Bei Kombination der Pflegebürgerversicherung mit einer Verbeitragung aller Einkunftsarten fiele das Potenzial einer Beitragssatzsenkung in eine ähnliche Größenordnung wie bei Stellschraube Nr. 5.1 (Tabelle 12).

Tabelle 12: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,29%	3,67%	3,81%	4,17%	4,09%
Delta (ST – BS)	-0,37%	-0,40%	-0,43%	-0,49%	-0,50%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+7,1	+8,5	+11,9	+18,0	+23,9
kumuliert und diskontiert					+242,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Und bei Kombination der Pflegebürgerversicherung sowohl mit einer Anhebung der BBG auf VPG als auch mit einer gleichzeitigen Verbeitragung aller

Einkunftsarten würde man ein Senkungspotenzial in annähernd der Größenordnung wie bei Stellschraube Nr. 5.2 erreichen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,21%	3,59%	3,72%	4,07%	3,99%
Delta (ST – BS)	-0,45%	-0,48%	-0,52%	-0,59%	-0,60%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+8,7	+10,3	+14,5	+21,7	+28,6
kumuliert und diskontiert					+293,8

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Das größte Beitragssatzsenkungspotenzial der betrachteten Kombinationen ließe sich erzielen, wenn die Pflegebürgerversicherung sowohl mit einer Anhebung der BBG auf GRV-BBG als auch mit einer gleichzeitigen Verbeitragung aller Einkunftsarten kombiniert wird (Tabelle 14).

Tabelle 14: Pflegebürgerversicherung „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG und Verbeitragung aller Einkunftsarten (Stellschraube 5.5)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,08%	3,44%	3,56%	3,90%	3,83%
Delta (ST – BS)	-0,59%	-0,63%	-0,68%	-0,76%	-0,76%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+11,3	+13,5	+18,9	+28,0	+36,6
kumuliert und diskontiert					+380,6

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

In einer ähnlichen Größenordnung wurden die Beitragssatzeffekte dieser Stellschraube von Rothgang & Domhoff (2019) geschätzt (0,5 %-Prozentpunkte im Jahr 2017). Unter Berücksichtigung des zwischen den Jahren 2017 und 2026 zunehmenden Beitragssatzniveaus fallen damit die Schätzungen der vorliegenden Studie nur etwas geringer aus.

4.7 Risikoausgleich zwischen SPV und PPV

4.7.1 Vorgehen und Annahmen

Für diese Stellschraube wurde ein ausgabenseitiger Risikoausgleich simuliert, der die Differenz zwischen den Leistungsausgaben je Versicherten der SPV und der PPV ausgleichen würde (Stellschraube Nr. 6 gemäß Leistungsbeschreibung). Im Gegensatz zur Pflegebürgerversicherung blieben bei dieser Stellschraube die beiden Versicherungssysteme in ihrer gegenwärtigen Form bestehen, eine Integration der PPV-Versicherten in die SPV würde hier nicht vorgenommen werden.

Aufgesetzt wurde für die Modellierung auf den Leistungsausgaben je Versicherten der SPV und der PPV im Basisjahr 2022, wie sie sich aus den Veröffentlichungen des BMG auf Basis der Geschäftsstatistik der Pflegekassen ergeben, und diese wurden bis zum Startjahr der Stellschraube (2026) fortgeschrieben. Dabei wurde der Anteil der Beihilfeträger an den Gesamtausgaben in Bezug auf die Gruppe der beihilfeberechtigten PPV-Versicherten (52 % aller PPV-Versicherten) pauschal mit 2/3 unterstellt und dem veröffentlichten Betrag der Leistungsausgaben der PPV hinzugerechnet.

Auf dieser Grundlage wurde eine Projektion der Versichertenpopulation und der Ausgabenentwicklung der PPV vorgenommen. Dies erfolgte anhand einer Fortschreibung der altersgruppenspezifischen Pflegeprävalenzen analog zum Basisszenario in der SPV (zehn Jahre ansteigend, langfristig konstant) und unter Annahme einer entsprechenden Leistungsdynamisierung. Für die SPV wurde die entsprechende Projektion der Pflegeprävalenz bzw. der Leistungsdynamisierung gemäß Basisszenario zugrunde gelegt. Unterschiede in der Altersstruktur der beiden Systeme wurden dabei berücksichtigt. Ebenfalls wurde berücksichtigt, dass die PPV-Versicherten generell eine geringere altersspezifische Pflegeprävalenz aufweisen als die SPV-Versicherten.

Anschließend wurden die projizierten Leistungsausgaben je Versicherten in den beiden Systemen für jedes Projektionsjahr verglichen und die Differenz in den Pro-Kopf-Ausgaben je Versicherten durch eine Ausgleichzahlung zu Gunsten des Systems mit den höheren Ausgaben und zu Lasten des Systems mit den geringeren Ausgaben ausgeglichen.

4.7.2 Ergebnisse

Aufgrund geringerer Pro-Kopf-Ausgaben der PPV im Vergleich zur SPV im Basisjahr würde bei dieser Stellschraube die PPV im Jahr 2026 einen Risikoausgleichsbetrag

in Höhe von rund 2 Mrd. € an die SPV zahlen. In der SPV wiederum könnte dadurch der ausgabendeckende Beitragssatz um etwa 0,1 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario gesenkt werden. Das Senkungspotenzial nimmt bis zum Jahr 2060 mit generell steigendem Beitragssatz auf knapp 0,2 %-Punkte zu (Tabelle 15).

Tabelle 15: Risikoausgleich zwischen SPV und PPV (Stellschraube 6)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,56%	3,95%	4,11%	4,49%	4,40%
Delta (ST – BS)	-0,11%	-0,12%	-0,13%	-0,18%	-0,18%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+2,1	+2,6	+3,7	+6,5	+8,8
kumuliert und diskontiert					+80,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.8 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Die folgenden Stellschrauben wurden überwiegend im Rahmen des Programm-Moduls „Modifikation Finanzsystematik SPV“ abgebildet (vgl. Abschnitt 2.3). Sie zielen auf eine Finanzentlastung der SPV durch eine Umverteilung der Ausgabenlast ab. Eine solche könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass bestimmte Ausgaben der SPV durch Dritte erstattet bzw. getragen werden.

4.8.1 Vorgehen und Annahmen

Eine Leistung, die hypothetisch anstatt von der SPV durch Dritte getragen werden könnte, sind die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (Stellschraube Nr. 8 gemäß Leistungsbeschreibung). Für diese hat die SPV im Jahr 2022 gemäß PV45-Finanzstatistik (Kto. 4500, 4501, 4521, 4522) insgesamt 3,2 Mrd. € (knapp 6 % der gesamten Leistungsausgaben) ausgegeben.

Für die Projektion wurde dieser Betrag fortgeschrieben. Für die „Preiskomponente“ wurde dabei das Lohnwachstum gemäß Basisszenario (3,0 % p. a.) unterstellt. Für die „Mengenkomponente“ wurde eine Fortschreibung der Zahl der Pflegepersonen vorgenommen. Es wurde von einer konstanten Betreuungsquote durch Pflegepersonen im ambulanten Bereich ausgegangen. Die Zahl der Pflegepersonen wurde daher mit der Änderungsrate der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen (ambulante Sachleistungen oder Pflegegeld) fortgeschrieben.

Schließlich wurde der ermittelte Betrag in jedem Projektionsjahr als Erstattungszahlung auf der Einnahmenseite der SPV berücksichtigt und die damit verbundene Beitragsentlastung quantifiziert.

4.8.2 Ergebnisse

Würde der Betrag für die Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen der SPV erstattet werden bzw. von einer dritten Stelle übernommen werden, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um 0,25 %-Punkte gesenkt werden. Dieses Delta im Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario steigt bis zum Jahr 2060 auf knapp 0,4 %-Punkte an (Tabelle 16).

Tabelle 16: Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen (Stellschraube 8)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,41%	3,78%	3,91%	4,29%	4,21%
Delta (ST – BS)	-0,25%	-0,29%	-0,34%	-0,37%	-0,38%
Finanzwirkung SPV, zu Lasten Dritter (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+4,8	+6,2	+9,4	+13,7	+18,1
kumuliert und diskontiert					+184,3

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Dies entspricht einer Finanzwirkung für die SPV in Höhe von 4,8 Mrd. € im Jahr 2026, die mit gleichem Betrag zu Lasten Dritter entstünde. Kumuliert über den gesamten Projektionszeitraum und diskontiert mit dem Lohnwachstum für einen Gegenwartswert ergeben sich Finanzwirkungen für die SPV in Höhe von 184,3 Mrd. € in gegenwärtigen Preisen, ebenfalls zu Lasten Dritter.

4.9 Beitragsfreie Familienversicherung

4.9.1 Vorgehen und Annahmen

Im Rahmen dieser Stellschraube wurde eine Erstattung von SPV-Ausgaben im Zusammenhang mit der beitragsfreien Versicherung von Ehepartnern und Kindern (Familienversicherung) simuliert (eine der Stellschrauben unter Nr. 9 gemäß Leistungsbeschreibung).

Dazu wurde eine Schätzung der Leistungsausgaben und Verwaltungsausgaben, die der SPV im Zusammenhang mit der beitragsfreien Familienversicherung

entstehen, vorgenommen. Die Summe der Leistungsausgaben der beitragsfrei versicherten Ehepartner und Kinder wurden auf der Grundlage von zwei Datenquellen geschätzt:

- ◆ der Anzahl der Familienversicherten in der SPV nach Altersgruppen und Geschlecht (näherungsweise über KM 6-Mitgliederstatistik der GKV) und
- ◆ den durchschnittlichen Leistungsausgaben der SPV-Versicherten pro Versichertentag nach Einzelalter und Geschlecht (gemäß Basisszenario).

Dabei wurde angenommen, dass die Familienversicherten in der SPV die gleichen alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben je Versichertentag verursachen wie die selbst als Mitglieder Versicherten. Die Verwaltungsausgaben wurden pauschal mit einem durchschnittlichen Pro-Versichertenbetrag in der SPV unterstellt und den Leistungsausgaben hinzugerechnet. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der SPV-Versicherten ergab sich eine Schätzung für einen Entlastungsbetrag, der in dieser Stellschraube annahmegemäß der SPV durch Dritte erstattet wird.

In der Projektion wurde darüber hinaus eine Fortschreibung der Leistungsausgaben und der Zahl der Familienversicherten gemäß Basisszenario vorgenommen. Schließlich wurde der ermittelte Betrag als Entlastungszahlung bei den SPV-Einnahmen berücksichtigt und die damit verbundene Beitragsentlastung ermittelt.

4.9.2 Ergebnisse

Bei einer Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung in der SPV bzw. einer Erstattung zu Lasten Dritter von Ausgaben, die der SPV im Zusammenhang mit dieser entstehen, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um rund 0,3 %-Punkte gesenkt werden. Dieser Effekt zeigt sich in etwa konstant über den Projektionszeitraum.

Tabelle 17: Beitragsfreie Familienversicherung (Stellschraube 9.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,36%	3,73%	3,91%	4,34%	4,28%
Delta (ST – BS)	-0,30%	-0,34%	-0,33%	-0,32%	-0,31%
Finanzwirkung SPV, zu Lasten Dritter (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+5,8	+7,3	+9,2	+11,7	+14,8
kumuliert und diskontiert					+177,4

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.10 Pflegeunterstützungsgeld

4.10.1 Vorgehen und Annahmen

Eine weitere Leistung der SPV, zu der eine hypothetische Entlastungswirkung berechnet wurde, ist das Pflegeunterstützungsgeld (eine der Stellschrauben unter Nr. 9 gemäß Leistungsbeschreibung).

Das Pflegeunterstützungsgeld ist eine Lohnersatzleistung, die für bis zu zehn Arbeitstage im Jahr an pflegende Angehörige im Fall „kurzzeitiger Arbeitsverhinderung“ gezahlt wird (§ 44a SGB XI). Ab 01.01.2024 kann das Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden und ist damit nicht mehr beschränkt auf insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person. In der PV45-Statistik wurde dafür im Jahr 2022 lediglich ein Betrag von 10 Mio. € ausgewiesen, zzgl. 3,1 Mio. € an Sozialversicherungsbeiträgen (Kto. 4520).

In der Projektion wurde ähnlich verfahren wie im Zusammenhang mit den Rentenversicherungsbeiträgen der Pflegepersonen (vgl. Abschnitt 4.8.1). Für die „Preiskomponente“ wurde das Lohnwachstum unterstellt und für die „Mengenkomponente“ die Fortschreibung der Zahl der Pflegepersonen, letztere approximiert über die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen (Empfänger von ambulanten Sachleistungen und Empfänger von Pflegegeld).

4.10.2 Ergebnisse

Eine Erstattung der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Pflegeunterstützungsgeld zu Lasten Dritter hätte für die SPV keine Finanzwirkungen in nennenswerter Größenordnung (Tabelle 18).

Tabelle 18: Pflegeunterstützungsgeld (Stellschraube 9.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Delta (ST – BS)	-0,00%	-0,00%	-0,00%	-0,00%	-0,00%
Finanzwirkung SPV, zu Lasten Dritter (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	<+0,1	<+0,1	<+0,1	+0,1	+0,1
kumuliert und diskontiert					+0,8

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.11 Beitragsfreiheit von Elterngeld- und Mutterschaftsgeld

4.11.1 Elterngeld

4.11.1.1 Vorgehen und Annahmen

Diese Stellschraube umfasst eine Erstattung durch Dritte von entgangenen Einnahmen der SPV im Zusammenhang mit der Beitragsfreiheit von Elterngeld (eine der Stellschrauben unter Nr. 9 gemäß Leistungsbeschreibung). Hierzu wurde die zusätzliche Summe an Beitragseinnahmen geschätzt, die die SPV erzielen würde, wenn Leistungen im Zusammenhang mit dem Elterngeld bpE darstellen und wie Lohnleistungen einer Verbeitragung unterliegen würden. Ausgegangen wurde dabei von 7,734 Mrd. € an Elterngeldleistungen im Jahr 2022 auf Grundlage der Planausgaben gemäß Bundeshaushalt. Von dieser Leistungssumme wurde ein Pauschalabzug für PPV-Versicherte in Höhe des Versichertenanteils (11 %) vorgenommen. Es wurde davon ausgegangen, dass die resultierende Summe vollständig verbeitragt werden würde.⁴ In der Projektion erfolgte eine Fortschreibung der Leistungssumme mit dem Lohnwachstum. Die Zahl der Elterngeldbeziehenden wurde vereinfachend als konstant über den Projektionszeitraum unterstellt.

4.11.1.2 Ergebnisse

Das Beitragssatzsenkungspotenzial fiele aufgrund des begrenzten Umfangs der Gruppe der Elterngeldbeziehenden sehr begrenzt aus (Tabelle 19).

Tabelle 19: Beitragsfreiheit von Elterngeld (Stellschraube 9.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,65%	4,05%	4,22%	4,64%	4,57%
Delta (ST – BS)	-0,02%	-0,02%	-0,02%	-0,02%	-0,02%
Finanzwirkung SPV, zu Lasten Dritter (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+0,3	+0,4	+0,5	+0,8	+1,0
kumuliert und diskontiert					+10,5

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

⁴ Da es sich beim Elterngeld um eine Lohnersatzleistung handelt, kann davon ausgegangen werden, dass bei den Beziehenden keine Lohneinkommen in relevanter Größenordnung vorliegen und somit die BBG hier im Regelfall keine Wirkung erzielt, da sie von der überwiegenden Zahl der Beziehenden nicht erreicht wird.

4.11.2 Mutterschaftsgeld

4.11.2.1 Vorgehen und Annahmen

Ähnlich wie beim Elterngeld wurde auch eine Erstattung durch Dritte von entgangenen Einnahmen der SPV im Zusammenhang mit der Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld (eine der Stellschrauben unter Nr. 9 gemäß Leistungsbeschreibung) betrachtet.

Das Mutterschaftsgeld ist eine Leistung der GKV für werdende Mütter innerhalb des Zeitraums des Mutterschutzes (sechs Wochen vor Entbindung und acht Wochen danach), die insbesondere an solche werdenden Mütter gezahlt wird, die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen (§ 24i SGB V). In der KJ1-Statistik der GKV gibt es für diese Leistung ein Konto: „Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld“ (Kto. 05560). Im Jahr 2022 hat die GKV demnach insgesamt knapp 705 Mio. € in diesem Zusammenhang geleistet.

Analog zum Vorgehen bei der Stellschraube zum Elterngeld (vgl. Abschnitt 4.11.1.1) wurde davon ausgegangen, dass diese Summe für die Simulation einer hypothetischen Beitragspflicht vollständig der Verbeitragung unterliegen würde. Es wurde ebenfalls eine Fortschreibung mit dem Lohnwachstum vorgenommen, und auch die Zahl der Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld wurde vereinfachend als konstant über den Projektionszeitraum unterstellt.

4.11.2.2 Ergebnisse

Auch hier fiel das Beitragssatzsenkungspotenzial aufgrund des begrenzten Umfangs der Gruppe der Beziehenden sowie der zudem vergleichsweise geringen Leistungsbeträge sehr begrenzt aus (Tabelle 20).

Tabelle 20: Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld (Stellschraube 9.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Delta (ST – BS)	-0,00%	-0,00%	-0,00%	-0,00%	-0,00%
Finanzwirkung SPV, zu Lasten Dritter (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	<+0,1	<+0,1	+0,1	+0,1	+0,1
kumuliert und diskontiert					+1,1

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.12 Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds

Diese Stellschraube betrachtet eine vom geltenden Recht abweichende Ausgestaltung bzw. Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds (fünfzehntes Kapitel SGB XI).

Die gesetzliche Grundlage für die Zuführungen in und Mittelabrufe aus dem Pflegevorsorgefonds sieht gegenwärtig einen Einzahlungszeitraum bis 31.12.2033 (§ 135 Abs. 2 SGB XI) und einen im Jahr 2035 beginnenden Auszahlungszeitraum vor (§ 136 SGB XI). Der Auszahlungszeitraum endet, wenn das Vermögen des Fonds aufgezehrt ist (§ 139 SGB XI). Die Höhe der jährlichen Einzahlungen entspricht 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der SPV aus dem Vorjahr (§ 135 Abs. 1 SGB XI). Abweichungen von dieser Regelung sind für die Einzahlungen in den Jahren 2023 bis einschließlich 2027 vorgesehen. Die Zahlungen für das Jahr 2023 werden im Folgejahr nachgezahlt. Zudem werden für die Jahre 2024 bis 2027 vor dem Hintergrund der Kompensation des Aussetzens des Bundeszuschusses nur 700 Mio. € pro Jahr zugeführt (§ 135 Abs. 4 SGB XI). Zum Ende des Jahres 2034 wird der Vermögensbestand des Pflegevorsorgefonds bestimmt. Der zwanzigste Teil dieses Vermögensstandes bildet die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe aus dem Vorsorgefonds innerhalb des Auszahlungszeitraums (§ 136 SGB XI).

Diese Regelungen wurden im SPV-Projektionsmodell abgebildet. Einzahlungen werden entsprechend vorgesehen, und Auszahlungen ergeben sich über den Projektionszeitraum modellendogen in Abhängigkeit von der Beitragssatzentwicklung.

Abweichend von diesen Regelungen wurden darüber hinaus drei mögliche Weiterentwicklungen bzw. Ergänzungen des Pflegevorsorgefonds in dem Modell abgebildet und simuliert (Stellschraube Nr. 10 gemäß Leistungsbeschreibung). Als eine Stellschraube wurde eine veränderte Einzahlungsphase unterstellt (Stellschraube 10.1) und als weitere Stellschraube eine Ergänzung und somit Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds mit dem Aufbau eines Kapitalstocks und Auszahlung der Erträge an die SPV (Stellschraube 10.2) sowie alternativ der Auszahlung eines Pflegegeldes aus den Erträgen dieses Kapitalstocks an die Pflegebedürftigen zur Reduzierung ihrer Eigenanteile (Stellschraube 10.3, in zwei Varianten).

4.12.1 Veränderte Einzahlungsphase

4.12.1.1 Vorgehen und Annahmen

Die erste dieser Stellschrauben betrachtet Änderungen bei der Einzahlungssystematik im Zusammenhang mit dem Pflegevorsorgefonds (Stellschraube 10.1).

Die betrachteten Änderungen sehen eine Abkehr von der grundsätzlichen Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds in eine Einzahlungsphase und eine sich anschließende Auszahlungsphase vor. Vielmehr würden sich Einzahlungs- und Auszahlungsphase über einen Zeitraum von 15 Jahren überlappen, also Auszahlungen grundsätzlich bereits möglich sein, während noch Einzahlungen getätigt werden.

Die Auszahlungsphase würde unverändert (frühestens) im Jahr 2035 beginnen, und bei Bedarf soll ein bestimmter Teil des Vermögens bis zum Jahr 2060 zur Beitragssatzstabilisierung verwendet werden. Die Änderung, die diese Stellschraube vorsieht, bezieht sich auf die Einzahlungsphase. Zum einen würde diese bis zum Jahr 2050 verlängert werden. Zum anderen wären die Zuführungen ab dem Jahr 2027 anzuheben, und zwar in fünf Varianten von gegenwärtig 0,1 % der bpE-Summe um weitere:

- ◆ 0,1 %-Punkte
- ◆ 0,2 %-Punkte
- ◆ 0,3 %-Punkte
- ◆ 0,4 %-Punkte
- ◆ 0,5 %-Punkte

Bestimmt wurde die Beitragssatzglättungswirkung dieser Stellschraube bis zum Jahr 2060, wobei die Erhöhung der Einzahlungen und die Ausweitung der Einzahlungsphase simultan betrachtet wurden. Damit sich eine Glättungswirkung ergeben kann, wurde zudem die Vorgabe, dass der zwanzigste Teil des Vermögensstandes im Jahr 2034 die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe aus dem Versorgungsfonds innerhalb des Auszahlungszeitraums bildet (§ 136 SGB XI), angehoben. Hier wurde für diese Stellschraube von einer Obergrenze in Höhe von dem zehnten Teil des Vermögensstandes im Jahr 2034 ausgegangen.

4.12.1.2 Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse zeigt sich zumindest im Ansatz eine Beitragssatzglättungswirkung einer Erhöhung der Einzahlungen in den Pflegeversorgungsfonds bei gleichzeitiger Verlängerung der Einzahlungsphase.

In den ersten drei Varianten mit Erhöhungen um 0,1 %-Punkte bis 0,3 %-Punkte würde der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2060 auf dem gleichen Niveau landen wie im Basisszenario (4,59 %) bei Ausgestaltung des Pflegeversorgungsfonds nach geltendem Recht (Tabelle 21, Tabelle 22, Tabelle 23). Zunächst müsste der Beitragssatz bis Mitte der 2030er Jahre angehoben werden, um die höheren Zuführungen an den Fonds zu finanzieren. In den Folgejahren könnte er zumindest in der Variante mit Zuführungserhöhung um 0,1 %-Punkte (Stellschraube 10.1.1) geringfügig gesenkt werden (um 0,06 %-Punkte im Jahr 2040 und um 0,03 %-Punkte im Jahr 2050). In diesem Zeitraum und darüber hinaus bis zum Jahr 2060 könnte also eine Beitragssatzstabilisierung durch diese Stellschraube erreicht werden.

Eine vergleichbare Stabilisierungswirkung zeigt sich bei noch stärkerer Erhöhung der Fondszuführungen um 0,4 %-Punkte und 0,5 %-Punkte (Stellschrauben 10.1.4 und 10.1.5) nur in den Jahren 2050 bis 2060, wenn der Beitragssatz gegenüber Basisszenario um bis zu knapp 0,2 %-Punkte abgesenkt werden könnte (Tabelle 24 und Tabelle 25). Im Jahr 2060 würde man bei diesen beiden Varianten der Zuführungsanhebung sogar einen etwas geringeren Beitragssatz erzielen als im

Basisszenario (-0,01 %-Punkte mit Stellschraube 10.1.4 bzw. -0,11 %-Punkte mit Stellschraube 10.1.5).

Zudem verbliebe bei einem Teil dieser Varianten im Zieljahr ein mitunter beträchtlicher Restbetrag bestehen. Lediglich bei Stellschraube 10.1.1 würde der Pflegevorsorgefonds vollständig geleert werden. Bei Stellschraube 10.1.2 verblieben im Jahr 2060 nominal knapp 67 Mrd. € Restbestand (diskontiert 21 Mrd. €). Bei Stellschraube 10.1.3 würden knapp 135 Mrd. € bestehen bleiben (42 Mrd. €), bei Stellschraube 10.1.4 rund 113 Mrd. € (35 Mrd. €) und bei Stellschraube 10.1.5 rund 257 Mrd. € (80 Mrd. €). Im Basisszenario verblieben nur rund 5 Mrd. € (2 Mrd. €).

Tabelle 21: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,1 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,17%	4,18%	4,63%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	+0,10%	-0,06%	-0,03%	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-2,1	+1,6	+1,2	-
kumuliert und diskontiert					-0,9

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Tabelle 22: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,2 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,27%	4,28%	4,67%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	+0,20%	+0,04%	+0,01%	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-4,2	-1,2	-0,4	-
kumuliert und diskontiert					-26,0

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Eine Beitragssatzglättung kann mit dieser Stellschraube also generell erreicht werden, allerdings nimmt die Effektstärke der Glättung aufgrund der Zahlungssystematik des Pflegevorsorgefonds nicht proportional mit den Einzahlungsbeträgen zu.

Tabelle 23: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,3 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,37%	4,38%	4,71%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	+0,30%	+0,14%	+0,05%	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-6,3	-3,9	-1,8	-
kumuliert und diskontiert					-51,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Tabelle 24: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,4 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,47%	4,48%	4,48%	4,48%
Delta (ST – BS)	-	+0,40%	+0,24%	-0,18%	-0,11%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-8,5	-6,7	+6,6	+5,1
kumuliert und diskontiert					-48,7

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Tabelle 25: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,5 %-Punkte erhöhten Einzahlungen (Stellschraube 10.1.5)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,56%	4,58%	4,58%	4,58%
Delta (ST – BS)	-	+0,49%	+0,34%	-0,08%	-0,01%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-10,6	-9,4	+3,0	+0,4
kumuliert und diskontiert					-99,3

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.12.2 Erhaltung eines kollektiven Kapitalstocks

4.12.2.1 Vorgehen und Annahmen

Im Zusammenhang mit dieser Stellschraube war ergänzend zum Pflegevorsorgefonds ein grundlegend anders ausgestaltetes Kapitaldeckungselement abzubilden. Dafür wurde der Aufbau eines Kapitalstocks betrachtet, der am internationalen Kapitalmarkt investiert werden würde und aus dessen Erträgen im Anschluss an eine Einzahlungsphase Zahlungen an die SPV generiert würden, die dort die Finanzierung des Leistungsgeschehens stützen würden.

Es wurde davon ausgegangen, dass der Kapitalstock wie folgt aufzubauen wäre. Im Jahr 2025 wäre einmalig ein Betrag in Höhe von 5,5 Mrd. € einzuzahlen. Zudem wäre ab dem Jahr 2025 jährlich ein Betrag in Höhe von 6,5 Mrd. € einzuzahlen. Letzterer würde bis zum Jahr 2034 jährlich um 3 % erhöht werden. Ab dem Jahr 2035 bliebe die Einzahlung auf dem Niveau des Jahres 2034 konstant. Ebenfalls ab dem Jahr 2035 würden die laufenden Erträge aus dem aufgebauten Kapitalstock zugunsten der Einnahmen der SPV ausgeschüttet, ohne weitere Bedingung z. B. in Bezug auf die Beitragssatzentwicklung. Auch wurde keine Obergrenze für die jährlichen Auszahlungen unterstellt. Angenommen wurde, dass mit dem Kapitalstock über Investitionen am internationalen Kapitalmarkt (global diversifizierte Anlagestrategie) eine Rendite von durchschnittlich 6 % pro Jahr erzielt werden könnte. Bei diesem kollektiven Kapitalstock würden nur die Erträge an die SPV ausgeschüttet, der Kapitalstock bliebe mit allen Einzahlungen vollständig erhalten.

4.12.2.2 Ergebnisse

Würde man ergänzend zum Pflegevorsorgefonds einen Kapitalstock aufbauen und erhalten sowie dessen Erträge an die SPV auszahlen, ließe sich eine moderate Beitragssatzglättung über den Projektionszeitraum erzielen (Tabelle 26).

Tabelle 26: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Ertragsausschüttung an SPV (Stellschraube 10.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	3,83%	4,28%	4,19%
Delta (ST – BS)	-	-	-0,41%	-0,38%	-0,39%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-	+11,5	+13,8	+18,8
kumuliert und diskontiert					+140,0
Kapitalstock (Mrd. €)					
Einzahlungen kumuliert und diskontiert	16	38	90	129	159

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;
Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Einzahlungen kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

Bis zum Jahr 2034 würde ein Kapitalstock von rund 100 Mrd. € aufgebaut. Anschließend würden die laufenden Erträge jährlich an die SPV ausgeschüttet werden. Anfangs wird in diesem Zusammenhang knapp eine Milliarde Euro an die SPV ausgeschüttet. Der ertragsbasierte Auszahlungsbetrag steigt über die Zeit bis auf knapp 19 Mrd. € im Jahr 2060 an.

Die Einzahlungen in den Kapitalstock (exkl. generierter Erträge) beliefen sich kumuliert und auf das Basisjahr diskontiert auf folgende Beträge: bis zum Jahr 2026 rund 16 Mrd. €, bis zum Jahr 2030 rund 38 Mrd. €, bis zum Jahr 2040 knapp 90 Mrd. €, bis zum Jahr 2050 rund 129 Mrd. € und bis zum Jahr 2060 knapp 159 Mrd. €.

Da für den ergänzenden Kapitalstock keine Obergrenze für die jährlichen Auszahlungen wie beim Pflegevorsorgefonds unterstellt wurden, sind vergleichsweise höhere Auszahlungen aus dem Kapitalstock möglich, und der Beitragssatz kann zumindest ansatzweise stabilisiert werden. Entsprechend ergäbe sich ein Beitragssatzsenkungspotenzial. Dieses beträgt in etwa gleichbleibend 0,4 %-Punkte ab dem Jahr 2035, sobald Erträge aus dem Kapitalstock an die SPV ausgezahlt werden.

4.12.3 Erhaltung eines individuellen Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes zur Abfederung der verbleibenden pflegebedingten Kosten

4.12.3.1 Vorgehen und Annahmen

In einer Abwandlung von der Ergänzung des Pflegevorsorgefonds in Form eines kollektiven Kapitalstocks in der vorherigen Stellschraube Nr. 10.2 wurde hier die Zahlung eines Pflegegeldes aus den Erträgen des individuellen Kapitalstocks betrachtet (Stellschraube Nr. 10.3). Dabei wurde angenommen, dass die Zahlung des Pflegegeldes unabhängig von der Leistungsart erfolgen würde.

Die Idee dabei ist, dass den Empfängern von Pflegeleistungen im ambulanten und im stationären Bereich aus den Erträgen des Kapitalstocks zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung ein Pflegegeld zur Abfederung der verbleibenden pflegebedingten Kosten ausgezahlt wird. Dieses wird endogen dynamisiert mit der jährlichen Zuwachsrate der absoluten Erträge des Kapitalstocks, die sich aus den jährlichen Einzahlungen in den Kapitalstock bei annahmegemäß konstanter Rendite ergeben. Der Aufbau des Kapitalstocks wurde mit den gleichen Annahmen wie bei der vorherigen Stellschraube 10.2 unterstellt (Einzahlungsbeträge, -zeitraum und Rendite). Zur Gewährleistung einer Anfangsliquidität setzt der Auszahlungsanspruch erst nach zehn Jahren ein (Einzahlungen in den Fonds starten im Jahr 2025 und Auszahlungen im Jahr 2035). Es gibt weder eine zeitliche Befristung der Einzahlungen noch eine Obergrenze für die jährlichen Auszahlungen. Eine Aufstockung der Beträge seitens der Leistungsempfänger ist anspruchsteigernd grundsätzlich möglich. Für die Modellierung wurde vereinfachend von einer Aufstockung abstrahiert, also davon ausgegangen, dass die Leistungsempfänger (zunächst) keine Aufstockung vornehmen.

Im Unterschied zu der vorherigen Stellschraube Nr. 10.2 wurden hier die Auszahlungen der Erträge nicht an die SPV gerichtet, sondern an die Pflegebedürftigen. Die Zuordnung der Zahlungsbeträge zu den Versicherten, die sich in der Pflegebedürftigkeit befinden, wurde im Modell näherungsweise und in Bezug zur gesamten Versichertenpopulation wie folgt umgesetzt. In dem Jahr mit der höchsten absoluten Zahl der Pflegebedürftigen (2052) wurde der volle Betrag der laufenden Erträge des Kapitalstocks in diesem Jahr (100 %) in einem Pro-Kopf-Betrag eines Pflegegeldes ausgezahlt und gleichmäßig auf alle Pflegebedürftigen verteilt. In allen anderen Jahren wurde ein proportional zur Zahl der Pflegebedürftigen entsprechend etwas geringerer Anteil (<100 %) der Erträge in der gleichen Systematik an die Pflegebedürftigen ausgezahlt. Die jeweils verbleibenden Erträge wurden im Fonds kumuliert und konnten somit zur Generierung zusätzlicher Erträge in den Folgejahren beitragen (Zinseffekt).

Zudem wurde für die Stellschraube 10.3 (abweichend von der 10.2) umgesetzt, dass neben den Erträgen auch die Einzahlungen in den Kapitalstock ab dem Jahr 2035 für die Bemessung des Pflegegeldes herangezogen werden. Die Umsetzung folgte der Idee, dass der Umfang des in jedem Jahr verbleibenden Kapitalstocks so bemessen wird, dass aus diesem näherungsweise Alterungsrück-

stellungen für die Versicherten gebildet würden, aus denen im Fall des Eintritts der Pflegebedürftigkeit individualisierte Leistungszahlungen erfolgen würden. Die zuvor für die Erträge beschriebene „Abstaffelung“ der Auszahlungen über die Jahre wurde auch auf die zur Auszahlung vorgesehenen Einzahlungen angewandt.

Zur Stellschraube mit individueller Ausgestaltung des Kapitalstocks (Nr. 10.3) wurden zwei Varianten betrachtet: In einer Variante wurde der Betrag des Pflagegelds endogen bestimmt auf Basis der vorgegebenen, fixierten Einzahlungsbeträge in den Kapitalstock (Stellschraube Nr. 10.3.1), und in einer anderen Variante wurden die Einzahlungsbeträge in den Kapitalstock endogen bestimmt, sodass sie gerade ausreichen, um mit dem Pflagegeld die finanzielle Lücke zu einer Vollversicherung zu schließen (Stellschraube Nr. 10.3.2). Als Referenz für die Vollversicherung wurde dabei die Stellschraube Nr. 17.1.1 herangezogen, wo die Vollversicherung den Eigenanteil (exkl. EAB) umfasst (hingegen Unterkunft und Verpflegung, Investitions- sowie Ausbildungskosten nicht) und die Vollversicherung auf den stationären Bereich sowie die Empfänger ambulanter Sachleistungen (exkl. Pflagegeld) bezogen wurde.

4.12.3.2 Ergebnisse

Mit einer Ergänzung des Pflegevorsorgefonds um einen Kapitalstock, aus dessen Erträgen ein Pflagegeld gezahlt wird, wären für die SPV keine Finanzwirkungen verbunden. Einzahlungen in und Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds liefen parallel gegenüber dem Basisszenario unverändert weiter, und die Einzahlungen in den Kapitalstock würden durch Dritte erfolgen. Insofern würde sich die gleiche Beitragssatzentwicklung zeigen wie im Basisszenario.

Für die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ergäben sich Entlastungswirkungen durch die Zahlung des Pflagegelds. Bei Bemessung des Pflagegelds anhand der fixierten Einzahlungen (Stellschraube Nr. 10.3.1) wäre die Zahlung eines durchschnittlichen Pflagegelds ab dem Jahr 2035 in Höhe von anfangs 1.071 € im Jahr 2035 (in Preisen des Basisjahrs) finanzierbar. Im Realwert würde das Pflagegeld über den weiteren Projektionszeitraum zurückgehen, zunächst auf 959 € im Jahr 2040, anschließend auf 732 € im Jahr 2050 und zuletzt auf 547 € im Jahr 2060, jeweils als Gegenwartswert (Tabelle 27). Damit erhielten die privaten Haushalte eine finanzielle Unterstützung zur Deckung ihrer Eigenanteile an den Pflegekosten. Allerdings fiel diese finanzielle Unterstützung durch das Pflagegeld vergleichsweise gering aus. Das hängt auch damit zusammen, dass hier ein Pflagegeld annahmegemäß für alle Pflegebedürftigen (auch im ambulanten Bereich) gezahlt wird und somit der Pro-Kopf-Betrag – gegeben die Einzahlungsbeträge – nur einen begrenzten Umfang annehmen kann.

Die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hätten weiterhin den „effektiven“ EEE zu tragen. Somit fielen ihre Gesamtausgaben bei dieser Stellschraube nur etwas geringer aus als im Basisszenario, sie beliefen sich diskontiert auf 19.103 € im Jahr 2060 (gegenüber 19.678 € im Basisszenario). Die HzP-Quote würde entsprechend etwas geringer ausfallen als im Basisszenario.

Tabelle 27: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflege-
tagegeldes bei fixierten Einzahlungen (Stellschraube 10.3.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	-	-	-	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-	-	-	-
kumuliert und diskontiert					-
Kapitalstock (Mrd. €)					
Einzahlungen kumuliert und diskontiert	16	38	90	129	159
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Pflege- tagegeld (Ø, ST, dis- kontiert)	-	-	959 €	732 €	547 €
Gesamtausgaben nach Ab- zug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Ab- zug EAB (Ø, ST, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	21.082 €	20.088 €	19.130 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,5%	28,4%	24,1%	21,1%	20,0%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Die Einzahlungen in den Kapitalstock (exkl. generierter Erträge) beliefen sich kumuliert und auf das Basisjahr diskontiert auch bei dieser Variante des Kapitalstocks auf die folgenden Beträge: bis zum Jahr 2026 rund 16 Mrd. €, bis zum Jahr 2030 rund 38 Mrd. €, bis zum Jahr 2040 knapp 90 Mrd. €, bis zum Jahr 2050 rund 129 Mrd. € und bis zum Jahr 2060 knapp 159 Mrd. €.

Bei Bemessung des Pflege-
tagegeldes im Umfang einer Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) ergäben sich naturgemäß wesentlich größere Beträge für das Pflege-
tagegeld. Diskontiert würde dieses durchschnittlich 6.328 € im Jahr 2040 betragen und mit 6.185 € nur geringfügig weniger im Jahr 2060 (Tabelle 28).

Tabelle 28: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegegeldes vom Umfang einer Vollversicherung (Stellschraube 10.3.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	-	-	-	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-	-	-	-
kumuliert und diskontiert					-
Kapitalstock (Mrd. €)					
Einzahlungen kumuliert und diskontiert	16	38	128	259	400
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Pflegegeld (Ø, ST, diskontiert)	-	-	6.328 €	6.597 €	6.185 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	15.713 €	14.223 €	13.492 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,5%	28,4%	14,9%	12,1%	11,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, Einzahlungen kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Für die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ergäben sich entsprechend deutlich kräftigere Entlastungswirkungen. Diese sind nicht exakt identisch zur Stellschraube der Vollversicherung (Abschnitt 4.22.2), da hier zusätzlich gewährleistet wurde, dass der Kapitalstock auf Dauer erhalten bliebe. Die Einzahlungen in den Kapitalstock (exkl. generierter Erträge) würden ab dem Jahr 2035 deutlich größer ausfallen als bei der vorherigen Stellschraube 10.3.1. Kumuliert und diskontiert wären bis zum Jahr 2060 insgesamt 400 Mrd. € einzuzahlen

4.13 Verpflichtende private Zusatzversicherung

Betrachtet wurde für diese Stellschraube eine verpflichtende private Zusatzversicherung, die die Lücke zwischen den bei fixiertem Beitragssatz finanzierbaren Leistungsbeträgen und entweder einer kaufkrafterhaltenden Leistungsdynamisierung oder einer Vollversicherung schließt (Stellschraube Nr. 11 gemäß Leistungsbeschreibung).

Bei dieser Stellschraube würden zukünftig keine Beitragssatzerhöhungen erfolgen, der Beitragssatz würde auf dem Betrag im Basisjahr fixiert werden und die bei Konstanz des Beitragssatzes auf diesem Niveau finanzierbaren Leistungsbeträge zugrunde gelegt werden. Finanzielle Auswirkungen ergäben sich für die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen – insbesondere über Prämienzahlungen an die Zusatzversicherung – und die Sozialhilfeträger bei ihren Ausgaben für die Hilfe zur Pflege. Für den vollstationären Bereich wurden diese hier quantifiziert.

Darüber hinaus wurden für beide Varianten die Versicherungsprämien einer Zusatzversicherung mit einem stark vereinfachenden Ansatz berechnet. Dabei wurde dem Grunde nach dem Ansatz eines Umlagesystems gefolgt; eine Kapitaldeckung mit Anlage der Prämien am Kapitalmarkt hingegen wurde nicht vorgesehen. Zudem war eine exakte versicherungsmathematische Berechnung der Prämien nach Eintrittsalter der Versicherten im Rahmen dieses Auftrags nicht möglich. Eine solche würde verlangen, dass über den Leistungsbedarf des Versichertenkollektivs hinaus Regelungen zur Bildung und Verwendung von Alterungsrückstellungen, zum Storno (Austritt einzelner Versicherter), Entwicklungen zur individuellen Sterblichkeit auf Basis von Sterbetafeln, die Höhe der Verwaltungskosten der Versicherungsunternehmen sowie der Diskontierung zukünftiger Zahlungen abgebildet werden. Das würde den vorliegenden Rahmen mangels Verfügbarkeit entsprechender Daten übersteigen.

Folgendes Vorgehen wurde für eine näherungsweise Modellberechnung der Prämien nach Alter umgesetzt. In einem ersten Schritt wurde je Variante der summierte Finanzbedarf des Kollektivs der privaten Zusatzversicherung in jedem Projektionsjahr bestimmt. Dieser besteht aus der zu deckenden Leistungslücke und pauschal angenommenen Verwaltungskosten (Gesamtkosten). In einem zweiten Schritt wurden die Prämien in Abhängigkeit vom Alter der Versicherten ermittelt. In Summe decken sie – vereinfachend in jedem Projektionsjahr – den im ersten Schritt bestimmten Finanzbedarf. Die Differenzierung der Prämien nach Alter erfolgte anhand eines Schlüssels, mit dem der kollektive Finanzbedarf jedes Jahr auf die Altersgruppen der Versicherten verteilt wurde. Dabei wurde angenommen, dass alle Versicherten einer Altersgruppe den gleichen Prämienbetrag zahlen müssen. Das Risiko für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit wurde dabei also anhand des Alters bemessen. Der Ausgabenbetrag der einzelnen Altersgruppen wurde in jedem Jahr auf die Zahl der Versicherten in der Altersgruppe gleichmäßig verteilt. Es resultiert der altersspezifische Prämienbetrag für jedes Projektionsjahr.

Schließlich wurde der altersdurchschnittliche Prämienbetrag bei der finanziellen Belastung der privaten Haushalte in jedem Projektionsjahr als Mehrbelastung berücksichtigt und für die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen dargestellt.

4.13.1 Bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung

4.13.1.1 Vorgehen und Annahmen

Für die erste Variante wurde als „kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung“ der Umfang der Leistungsdynamisierung unterstellt, wie er im Basisszenario zugrunde gelegt wurde (Stellschraube Nr. 11.1). In der Projektion wurde der Finanzbedarf der SPV, der sich bei fixiertem Beitragssatz in jedem Projektionsjahr ergibt, durch eine Zusatzversicherung, die die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen abschließen, gedeckt. In diesem Fall würden die privaten Haushalte wie im geltenden Recht weiterhin die verbleibende Finanzlücke zwischen den Leistungsbeträgen und den tatsächlichen Pflegekosten in Form des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) schließen müssen.

In der Umsetzung wurde in jedem Jahr die Summe der SPV-Ausgaben bei abgesenkter Leistungsdynamisierung mit fixiertem Beitragssatz verglichen mit der Summe der SPV-Ausgaben im Basisszenario. Das Differenzial in den Ausgabensummen stellt den Finanzierungsbedarf der Zusatzversicherung dar. Dieser wurde auf alle SPV-Versicherten nach ihrem Alter verteilt (siehe oben).

4.13.1.2 Ergebnisse

Für die SPV ergäben sich bei Einführung einer verpflichtenden privaten Zusatzversicherung finanzielle Entlastungswirkungen. Annahmegemäß wurde hier die Leistungsdynamisierung in einem Umfang reduziert, dass der ausgabendeckende Beitragssatz über den gesamten Projektionszeitraum auf dem Niveau des Vorjahres des Stellschraubenstarts (2025) konstant gehalten werden könnte (Tabelle 29).

Für die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen würden durch die Leistungskürzungen zunächst die Eigenanteile an den Pflegekosten steigen. Allerdings würden die privaten Haushalte für diesen Anstieg durch die Leistungen der Zusatzversicherung vollständig kompensiert werden, denn die Lücke würde annahmegemäß gerade durch die Zusatzversicherung gedeckt. Zudem hätten die privaten Haushalte den altersspezifischen Prämienbetrag für die Zusatzversicherung zu zahlen.

Der Prämienbetrag für die Zusatzversicherung würde über den Projektionszeitraum kräftig ansteigen, weil der ausgabendeckende Beitragssatz im Basisszenario sukzessive ansteigt und die Prämie gerade diesen Anstieg finanzieren würde. Im Jahr 2026 würde die Prämie im Durchschnitt über alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen lediglich 14 € im Gegenwartswert betragen. Sie müsste dann nur den Beitragssatzanstieg von 3,60 % auf 3,67 % finanzieren. Bis zum Jahr 2060 würde die Prämie auf 4.738 € in Preisen des Basisjahres ansteigen, damit sie dann das Beitragssatzdifferenzial zwischen 3,60 % und 4,59 % finanzieren könnte.

Die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würden um den Prämienbetrag der privaten Zusatzversicherung gegenüber dem Basisszenario höher ausfallen. In der Folge würde die HzP-Quote im vollstationären Bereich ansteigen, bis auf 30,6 % im Jahr 2060 (gegenüber 20,9 % im Basisszenario).

Tabelle 29: Private Zusatzversicherung bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung (Stellschraube 11.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Prämienzahlung (Ø, BS, diskontiert)	-	-	-	-	-
Prämienzahlung (Ø, ST, diskontiert)	14 €	292 €	1.291 €	2.967 €	4.738 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	23.921 €	23.638 €	23.332 €	23.787 €	24.416 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,5%	29,0%	28,7%	28,6%	30,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, Prämienzahlung sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

In der Differenzierung nach Altersgruppen wird deutlich, dass die grob kalkulierten Prämien einer solchen Zusatzversicherung vor allem in den pflegeintensiven höheren Altersgruppen überdurchschnittlich hoch ausfallen würden. In der Variante mit kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung wäre in den Altersgruppen „85 bis unter 90 Jahre“ und „90 Jahre und älter“ im Jahr 2060 ein vierstelliger Prämienbetrag (in gegenwärtigen Preisen) zu zahlen (Tabelle 30).

Aufgrund des sehr vereinfachenden Ansatzes zur Kalkulation dieser Prämien (vgl. Abschnitt 4.13.1.1) ist grundsätzlich Vorsicht bei ihrer Interpretation geboten und die Vergleichbarkeit zu aufwändigeren Berechnungen solcher Prämien stark eingeschränkt. Würde man bei Berechnung der Prämien beispielsweise die Bildung von Alterungsrückstellungen im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens auf individueller Ebene der Versicherten berücksichtigen, würde sich eine stärkere Glättung des Prämienbetrags im Zeitverlauf ergeben als hier dargestellt.

Tabelle 30: Prämienbetrag einer privaten Zusatzversicherung bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung pro Jahr nach Alter (Stellschraube 11.1)

Altersgruppe der Versicherten	2026	2060
bis unter 15	3 €	28 €
15 bis unter 20	2 €	25 €
20 bis unter 25	2 €	16 €
25 bis unter 30	1 €	10 €
30 bis unter 35	1 €	8 €
35 bis unter 40	1 €	10 €
40 bis unter 45	1 €	12 €
45 bis unter 50	2 €	17 €
50 bis unter 55	3 €	29 €
55 bis unter 60	4 €	43 €
60 bis unter 65	7 €	73 €
65 bis unter 70	12 €	120 €
70 bis unter 75	19 €	192 €
75 bis unter 80	34 €	341 €
80 bis unter 85	69 €	697 €
85 bis unter 90	122 €	1.169 €
90 und darüber	247 €	2.382 €

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Prämienzahlung als Gegenwartswert im Basisjahr

4.13.2 Bei Vollversicherung

4.13.2.1 Vorgehen und Annahmen

Bei der zweiten Variante einer privaten Zusatzversicherung wurde der Leistungsumfang der Zusatzversicherung ausgeweitet. Diese würde nun die Differenz zwischen den Leistungsbeträgen bei fixiertem Beitragssatz und solchen bei einer Vollversicherung decken (Stellschraube Nr. 11.2). Das bedeutet, die Zusatzversicherung übernimmt zusätzlich zur ersten Variante weitere Kosten, und die privaten Haushalte würden über den fixierten Beitragssatz hinaus wieder die Prämien

an die Zusatzversicherung zahlen. Bei der Abgrenzung des Leistungsumfangs wurde den Annahmen der Hauptstellschraube zur Vollversicherung (vgl. Abschnitt 4.15) gefolgt. Die Vollversicherung umfasst den vollstationären Bereich und ambulante Sachleistungen, das Pflegegeld hingegen würde nicht einbezogen.

In der Umsetzung wurde in jedem Jahr die Summe der SPV-Ausgaben bei abge- senkter Leistungsdynamisierung mit fixiertem Beitragssatz verglichen mit der Summe der SPV-Ausgaben bei einer Vollversicherung. Das Differenzial in den Ausgabensummen stellt den Finanzierungsbedarf der Zusatzversicherung dar. Dieser wurde auf alle SPV-Versicherten nach ihrem Alter verteilt (siehe oben).

4.13.2.2 Ergebnisse

In der Variante mit Vollversicherung müssten die Prämien der Zusatzversicherung größer ausfallen, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 31).

Tabelle 31: Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung (Stellschraube 11.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Prämien (Ø, ST, diskontiert)	164 €	1.045 €	3.486 €	6.676 €	9.935 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.558 €	17.093 €	18.575 €	20.874 €	23.305 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	16,0%	16,9%	19,4%	22,6%	28,1%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, Prämienzahlung sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Die Prämien würden ebenfalls über den Projektionszeitraum deutlich wachsen, um den Beitragssatz langfristig konstant zu halten. Im Jahr 2060 würden die Prämien im Durchschnitt der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen knapp 10.000 € in gegenwärtigen Preisen betragen. Gleichzeitig würden die privaten Haushalte allerdings über die Vollversicherung bei ihrer Eigenbeteiligung an den Pflegekosten entlastet werden. Und die Entlastung überkompensiert die Zusatzbelastung durch die Prämienzahlung in den ersten Jahren, da im Rahmen der privaten Zusatzversicherung das gesamte Versicherungskollektiv über Prämienzahlungen den jährlichen Finanzbedarf der Vollversicherung deckt und insofern die vollstationären Leistungsempfänger bei der Finanzierung ihrer Pflegekosten „unterstützt“. Im Jahr 2060 wären die Prämien so hoch, dass die Gesamtausgaben der Pflegebedürftigen höher ausfielen als im Basisszenario. Die HzP-Quote im vollstationären Bereich würde sich entsprechend entwickeln.

Auch in der Variante mit Vollversicherung würden die grob kalkulierten Prämien einer solchen Zusatzversicherung vor allem in den pflegeintensiven höheren Altersgruppen überdurchschnittlich hoch ausfallen (Tabelle 32). Hier gilt ebenfalls, dass sich eine stärkere Glättung des Prämienbetrags im Zeitverlauf ergeben würde, wenn man die Bildung von Alterungsrückstellungen berücksichtigen würde.

Tabelle 32: Prämien einer privaten Zusatzversicherung bei Vollversicherung nach Alter (Stellschraube 11.2)

Altersgruppe der Versicherten	2026	2060
bis unter 15	30 €	54 €
15 bis unter 20	27 €	48 €
20 bis unter 25	17 €	30 €
25 bis unter 30	11 €	19 €
30 bis unter 35	10 €	16 €
35 bis unter 40	12 €	20 €
40 bis unter 45	14 €	23 €
45 bis unter 50	20 €	34 €
50 bis unter 55	33 €	56 €
55 bis unter 60	50 €	84 €
60 bis unter 65	83 €	141 €
65 bis unter 70	135 €	233 €
70 bis unter 75	218 €	373 €
75 bis unter 80	392 €	661 €
80 bis unter 85	785 €	1.351 €
85 bis unter 90	1.385 €	2.266 €
90 und darüber	2.818 €	4.618 €

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Prämienzahlung als Gegenwartswert im Basisjahr

Aufgrund des höheren Finanzierungsbedarfs einer Vollversicherung (gegenüber der kaufkrafterhaltenden Dynamisierung) würden hier die Prämien in den Altersgruppen „85 bis unter 90 Jahre“ und „90 Jahre und älter“ bereits im Jahr 2026 einen vierstelligen Betrag annehmen. Im Jahr 2060 würden sie nochmal deutlich größer ausfallen.

4.14 Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger

4.14.1 Vorgehen und Annahmen

Diese Stellschraube sieht die Einführung einer Selbstbeteiligung der Pflegeleistungsempfänger anstelle der gegenwärtig geltenden Regelungen zur Eigenbeteiligung der privaten Haushalte vor (Stellschraube Nr. 12 gemäß Leistungsbeschreibung).

Bei dieser Stellschraube entfielen der EEE sowie die Kosten der privaten Haushalte für Ausbildung und Investitionen, ebenso wie die entsprechenden Beteiligungen der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich, während Kosten für Unterkunft und Verpflegung weiterhin von den stationär versorgten Pflegebedürftigen getragen werden. Stattdessen leisten die stationär versorgten Pflegebedürftigen und die Empfänger ambulanter Sachleistungen eine Selbstbeteiligung in Höhe von in einer Variante 50 % (Stellschraube 12.1) bzw. in einer weiteren Variante 30 % (Stellschraube 12.2) ihres Einkommens. Die verbleibende Differenz aus den tatsächlichen Pflegekosten und der Selbstbeteiligung würde die SPV tragen (inkl. EEE sowie Kosten für Ausbildung und Investitionen). Gleichzeitig würde die Eigenanteilsbegrenzung (EAB gem. § 43c SGB XI) entfallen.

Da für den ambulanten Bereich keine entsprechenden Kosten der Pflegebedürftigen im Modell hinterlegt sind, wurden näherungsweise die sich bei vollständiger Tragung der pflegebedingten Aufwendungen durchschnittlich ergebenden vollstationären Leistungsbeträge (exkl. Unterkunft und Verpflegung) mit gleichem durchschnittlichem Betrag auf die ambulanten Sachleistungen übertragen.

Die durchschnittlichen Einkommen der Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen bzw. ambulanter Sachleistungen wurden geschätzt, da es dazu keine veröffentlichten Daten gibt. Dazu wurde das Mikrosimulationsmodell auf Basis der SOEP-Daten verwendet.⁵ Das Einkommen der stationär versorgten Pflegebedürftigen wurde über das Einkommen der Personen in der Altersgruppe „80 Jahre oder älter“ und das Einkommen der Empfänger ambulanter Sachleistungen über das Einkommen der Personen in der Altersgruppe „75 Jahre oder älter“ approximiert.⁶ Auf Basis der SOEP-Daten ergibt sich für das Jahr 2022 ein durchschnittliches Einkommen

⁵ Einschränkung ist darauf hinzuweisen, dass die Einrichtungsbevölkerung in Haushaltssurveys wie dem SOEP grundsätzlich nicht repräsentativ erfasst wird und somit auch nicht die Gruppe der stationär versorgten Pflegebedürftigen.

⁶ Auf diese Altersgruppen entfielen im Jahr 2022 etwa zwei Drittel der Leistungsempfänger im stationären bzw. ambulanten Bereich.

der Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen in Höhe von 22.878 € und der Empfänger ambulanter Sachleistungen in Höhe von 23.144 €. Als Einkommen wurden jeweils die beitragspflichtigen Einkommen in der SPV (zzgl. weiterer Einkunftsarten nach § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 7 EStG, insbesondere Einkünfte aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung) herangezogen. Die Einkommensbeträge wurden mit dem Lohnwachstum fortgeschrieben.

4.14.2 Ergebnisse

Würden die ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen eine Selbstbeteiligung an ihren Pflegekosten in Höhe von 50 % ihres Einkommens leisten (Stellschraube 12.1), müsste die SPV eine verbleibende Lücke der Pflegekosten füllen, die größer ausfiele als die Leistungsbeträge im Basisszenario. Somit entstünde ein Finanzbedarf, der durch eine Anhebung des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Umfang von rund 0,2 %-Punkten im Jahr 2026 bzw. nur noch 0,03 %-Punkten im Jahr 2060 gedeckt werden könnte (Tabelle 33).

Tabelle 33: Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50 % ihres Einkommens (Stellschraube 12.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,88%	4,29%	4,41%	4,78%	4,62%
Delta (ST – BS)	+0,22%	+0,22%	+0,17%	+0,11%	+0,03%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-4,1	-4,8	-4,8	-4,1	-1,4
kumuliert und diskontiert					-83,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	21.406 €	21.241 €	20.775 €	20.332 €	19.909 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	24,3%	24,1%	23,4%	21,6%	21,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Die Pflegebedürftigen würden eine Selbstbeteiligung in Höhe von 11.439 € (vollstationär) bzw. 11.572 € (ambulante Sachleistungen) pro Jahr zahlen. Diskontiert auf einen Gegenwartswert bliebe dieser Betrag – aufgrund Fortschreibung mit dem Lohnwachstum – über den gesamten Projektionszeitraum konstant. Zudem würden die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen weiterhin die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung zahlen, wohingegen die Ausbildungskosten und die Investitionskosten von ihnen nicht mehr getragen würden. Es verblieben Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (nach Abzug der EAB) in Höhe von 21.406 € im Jahr 2026 und in Höhe von 19.909 € im Jahr 2060 (Gegenwartswert).

Während dies im Jahr 2026 weniger wäre als im Basisszenario, überstiegen die Gesamtausgaben im Jahr 2060 den entsprechenden Wert im Basisszenario geringfügig. Das ist darauf zurückzuführen, dass der Betrag der Selbstbeteiligung mit dem Lohnwachstum fortgeschrieben wurde, während sich der EEE mit den Pflegekosten über die Zeit entwickelt (mit 2/3 Lohnwachstum und 1/3 Inflation) und somit geringer als das Lohnwachstum. Die HzP-Quote würde infolge der Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen gegenüber dem Basisszenario zurückgehen.

Würden die Pflegebedürftigen eine Selbstbeteiligung an ihren Pflegekosten in Höhe von nur 30 % ihres Einkommens leisten (Stellschraube 12.2), würde der Finanzbedarf der SPV deutlich größer ausfallen. Es wäre eine Anhebung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um rund 0,6 %-Punkten, im Jahr 2050 knapp 0,7 %-Punkte notwendig (Tabelle 34).

Die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würden gegenüber dem Basisszenario deutlich geringer ausfallen. Auch im Jahr 2060 würden die Gesamtausgaben (nach EAB-Abzug) diskontiert nun geringer ausfallen als im Basisszenario. Entsprechend wäre auch eine gegenüber dem Basisszenario wesentlich geringere HzP-Quote bei dieser Gruppe zu erwarten.

Tabelle 34: Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 30 % ihres Einkommens (Stellschraube 12.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,26%	4,72%	4,90%	5,35%	5,21%
Delta (ST – BS)	+0,60%	+0,65%	+0,66%	+0,69%	+0,62%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-11,4	-13,9	-18,5	-25,3	-30,0
kumuliert und diskontiert					-360,5
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.830 €	16.665 €	16.200 €	15.756 €	15.334 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	16,4%	16,2%	15,6%	14,1%	14,0%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

4.15 Verstärkte Präventionsleistungen

Mit den folgenden Stellschrauben wurden verschiedene Effizienzpotenziale in Bezug auf diverse Aspekte im Zusammenhang mit der SPV untersucht, die bereits im IGES-Bericht zur langfristigen Finanzentwicklung der SPV (Ochmann et al., 2024) angesprochen wurden (Stellschrauben unter Nr. 13 gemäß Leistungsbeschreibung).

Geprüft wurde in diesem Zusammenhang auch, inwiefern eine Stellschraube betrachtet werden könnte, die spezifisch weitere basiswirksame Steuerungsinstrumente zur Hebung von Effizienzreserven bei der Koordinierung der ambulanten Pflege (beispielsweise Kosteneinsparungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung, den Verwaltungsverfahren oder der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven) vorsehen würde. Die Prüfung ergab, dass zu Effizienzsteigerungspotenzialen für lediglich diesen spezifischen Kontext der Koordinierung der ambulanten Pflege keine belastbaren Schätzungen bezüglich quantitativer Kosteneinsparungen

vorliegen, auf denen eine Stellschraube zur Bemessung von langfristigen Finanzwirkungen für die SPV basiert werden könnte. Ein Überschlag solcher Kosteneinsparungen wäre zudem ad hoc auch nicht ohne wesentliche Einschränkungen ziel führend möglich. Vor diesem Hintergrund wurde lediglich zu diesem einen Teilaspekt der Effizienzpotenziale keine Stellschraube betrachtet. Zu weiteren Teilaspekten der Effizienzpotenziale hingegen wurden die im Folgenden dargestellten Stellschrauben betrachtet.

4.15.1 Vorgehen und Annahmen

Eine Stellschraube, die auf Effizienzpotenziale im Zusammenhang mit der SPV abzielt, setzt an einer Reduktion des Pflegerisikos an (Stellschraube 13.1). Eine solche kann grundsätzlich durch verstärkte Präventionsleistungen erreicht werden, beispielsweise eine frühzeitige Prävention zur Vorbeugung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit.

Für die Abbildung dieser Stellschraube im Modellrahmen wurde beispielhaft von einer zehnpromzentigen Abschwächung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit (im Vergleich zum Basisszenario) als Folge von verstärkten Präventionsleistungen ausgegangen. Bei dieser zehnpromzentigen Abschwächung handelt es sich betraglich um eine Setzung, die verdeutlichen soll, in welchem Umfang sich Finanzeffekte ergeben würden, wenn sich ein Effizienzpotenzial durch verstärkte Präventionsleistungen tatsächlich ergeben würde, das zu einem entsprechenden Rückgang der Pflegeprävalenz führen würde. Ob diese Effektstärke in Bezug auf den Prävalenzrückgang realistisch ist, wurde hier nicht untersucht. Im Modell umgesetzt wurde eine solche Prävalenzabschwächung über eine Reduktion der Anzahl der Pflegebedürftigen (in Bezug auf alle Leistungsarten, Sektoren, Pflegegrade, Alter und Geschlechter) pauschal und einmalig um 10 %.

Abweichend von anderen Stellschrauben wurde davon ausgegangen, dass die Pflegeprävalenzreduktion ab dem Jahr 2029 wirksam wäre.

4.15.2 Ergebnisse

Durch verstärkte Präventionsleistungen, die eine Reduktion der Pflegeprävalenz um pauschal 10 % zur Folge hätten, ließe sich der Beitragssatz in merklichem Umfang senken. Wenn die Stellschraube ab dem Jahr 2029 wirksam würde, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2030 um rund 0,4 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario abgesenkt werden (Tabelle 35). Das Absenkungspotenzial würde bis zum Jahr 2060 geringfügig auf knapp 0,5 %-Punkte zunehmen.

Unmittelbare Wirkungen auf die durchschnittlichen finanziellen Belastungen der privaten Haushalte würden sich nicht ergeben, da der durchschnittliche Umfang der Leistungen und die durchschnittlichen Pflegekosten bei dieser Stellschraube annahmegemäß von einer Prävalenzreduktion nicht betroffen wären. Entsprechend bliebe auch die HzP-Quote gegenüber dem Basisszenario unverändert.

Tabelle 35: Verstärkte Präventionsleistungen (Stellschraube 13.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,66%	3,80%	4,18%	4,12%
Delta (ST – BS)	-	-0,41%	-0,44%	-0,48%	-0,46%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+8,7	+12,2	+17,5	+22,2
kumuliert und diskontiert					+222,1

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten;

Finanzwirkung kumuliert und diskontiert als Gegenwartswert im Basisjahr

4.16 Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen

Eine weitere Stellschraube, die auf Effizienzpotenziale abzielt, setzt an einer verstärkten Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen an (Stellschraube 13.2).

4.16.1 Vorgehen und Annahmen

Ausgehend von dem Ziel langfristig konstanter Pflegeprävalenzen wurde für diese Stellschraube davon ausgegangen, dass eine Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen durch Veränderungen der Schwellenwerte zum nächsthöheren Pflegegrad erreicht werden kann. Mit einer Steuerung des Zugangs zu höheren Pflegegraden können grundsätzlich Kosteneinsparungen verbunden sein.

Für die Abbildung dieser Stellschraube im Modellrahmen wurde beispielhaft von einer Reduktion des Zugangs zum jeweils nächsthöheren Pflegegrad um pauschal 10 % ausgegangen. Umgesetzt wurde eine solche Reduktion, indem in jedem Projektionsjahr hypothetisch 10 % der Pflegebedürftigen eines Pflegegrads in den unmittelbar darunterliegenden Pflegegrad „verschoben“ wurden. Die Ausnahme bildet der Pflegegrad 1, für den diese Verschiebung „nach unten“ nicht umgesetzt wurde. Die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 würde hier also größer werden, da Pflegebedürftige nur „von oben“ aus Pflegegrad 2 verschoben würden. Allerdings wurde darüber hinaus für diese Stellschraube davon ausgegangen, dass vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die von Pflegegrad 2 in Pflegegrad 1 verschoben würden, nicht im vollstationären Bereich bleiben, sondern stattdessen eine Leistungsart im ambulanten Bereich wählen würden.

Es wurde davon ausgegangen, dass eine solche verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen ab dem Jahr 2027 Wirkungen erzielen könnte.

4.16.2 Ergebnisse

Eine verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen hätte Finanzwirkungen für die SPV insofern, dass der Beitragssatz sinken könnte (Tabelle 36).

Tabelle 36: Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen (Stellschraube 13.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,93%	4,10%	4,51%	4,44%
Delta (ST – BS)	-	-0,14%	-0,15%	-0,15%	-0,15%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+2,9	+4,0	+5,6	+7,0
kumuliert und diskontiert					+76,7
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (∅, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (∅, ST, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE effektiv (∅, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (∅, ST, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Der ausgabendeckende Beitragssatz könnte im Jahr 2030 um etwa 0,15 %-Punkte gesenkt werden. Das Absenkungspotenzial in Prozentpunkten bleibt in etwa konstant bis zum Jahr 2060.

Keine Änderungen zeigen sich bei der durchschnittlichen finanziellen Belastung der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen und entsprechend auch keine Änderungen bei der HzP-Quote. Das ist darauf zurückzuführen, dass der durchschnittliche EEE für alle Pflegegrade den gleichen Betrag annimmt und somit von Verschiebungen zwischen den Besetzungen nach Pflegegrad unberührt bliebe.

4.17 Abstufung der Eigenanteilsbegrenzung

Als eine weitere Stellschraube wurde eine Abstufung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zur Begrenzung der Eigenanteile (EAB) betrachtet (eine der Stellschrauben unter Nr. 13 gemäß Leistungsbeschreibung). Diese Abstufung wurde hier beispielhaft bedingt auf die Einkommen der Pflegebedürftigen berechnet. Als zugrundeliegendes Einkommenskonzept wurden dazu in einer Variante die bpE gemäß geltendem Recht gewählt (Stellschraube 13.3.1) und in einer weiteren Variante die bpE, die sich ergäben, wenn alle Einkunftsarten beitragspflichtig wären (vgl. auch Abschnitt 4.2) (Stellschraube 13.3.2).

4.17.1 Einkommensabhängige Abstufung

4.17.1.1 Vorgehen und Annahmen

Bei der Variante mit einkommensabhängiger Ausgestaltung des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI wurde folgende Begrenzung der EAB in Abhängigkeit der bpE und der BBG gemäß geltendem Recht unterstellt (Stellschraube 13.3.1):

◆ bpE < 30% der BBG:	100 % der EAB
◆ bpE zw. 30% und 40% der BBG:	80 % der EAB
◆ bpE zw. 40% und 50% der BBG:	60 % der EAB
◆ bpE zw. 50% und 60% der BBG:	50 % der EAB
◆ bpE zw. 60% und 70% der BBG:	40 % der EAB
◆ bpE zw. 70% und 80% der BBG:	30 % der EAB
◆ bpE zw. 80% und 90% der BBG:	20 % der EAB
◆ bpE zw. 90% und 100% der BBG:	10 % der EAB
◆ bpE \geq 100% der BBG:	0% EAB

Die Verteilung der bpE der stationär versorgten Pflegebedürftigen in der SPV wurde approximativ anhand der Einkommen der SPV-Versicherten im Alter von 80 Jahren oder älter auf Basis des Mikrosimulationsmodells und der dort zugrundeliegenden SOEP-Daten bestimmt (vgl. Abschnitt 2.1).

4.17.1.2 Ergebnisse

Eine einkommensabhängige Ausgestaltung der EAB wäre mit einem Potenzial zur Beitragssenkung verbunden. Der ausgabendeckende Beitragssatz könnte im Jahr 2026 um knapp 0,10 %-Punkte reduziert werden. Das Delta aus Beitragssatz bei dieser Stellschraube und im Basisszenario nimmt über den Projektionszeitraum nur geringfügig zu (Tabelle 37).

Tabelle 37: Einkommensabhängige EAB (Stellschraube 13.3.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,59%	3,99%	4,16%	4,56%	4,49%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,08%	-0,08%	-0,10%	-0,10%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,4	+1,6	+2,3	+3,6	+4,7
kumuliert und diskontiert					+48,0
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	9.011 €	8.755 €	8.339 €	7.943 €	7.566 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	32,8%	31,5%	28,9%	25,1%	23,3%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Während der EEE unverändert bliebe, würde der „effektive EEE“ aufgrund der abgestaffelten EAB gegenüber dem Basisszenario ansteigen. In der Folge fiel auch die HzP-Quote im vollstationären Bereich größer aus als im Basisszenario. An dieser Stelle sind im Projektionsmodell nur die durchschnittlichen finanziellen Belastungen der privaten Haushalte abgebildet. Hätte man die Möglichkeit, hier auch Informationen über die Verteilung der Belastung nach den Haushalten darzustellen, die ursprünglich über die Datengrundlage zu bpE-Verteilung einbezogen wurden (siehe Abschnitt 4.17.1.1), würde das Ergebnis zur finanziellen Belastung aus Sicht der privaten Haushalte aufgrund einer ungleichen Verteilung der bpE vermutlich günstiger ausfallen.

4.17.2 Einkommens- und ertragsabhängige Abstufung

4.17.2.1 Vorgehen und Annahmen

Die Variante einer einkommens- und ertragsabhängigen Abstufung der EAB (Stellschraube 13.3.2) wurde mit der gleichen Abstufungsregel betrachtet, die auch bei der ausschließlich einkommensabhängigen Abstufung zur Anwendung kam (vgl. Abschnitt 4.17.1). Der einzige Unterschied ist, dass hier beim Einkommenskonzept alle Einkunftsarten als beitragspflichtig unterstellt wurden.

4.17.2.2 Ergebnisse

Das Potenzial zur Beitragssenkung fiel bei einer einkommens- und ertragsabhängigen Ausgestaltung der EAB nur geringfügig größer aus als bei einer rein einkommensabhängigen. Auch hier könnte der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um knapp 0,10 %-Punkte reduziert werden, und das Beitragssatz-Delta bei dieser Stellschraube würde über die Zeit geringfügig zunehmen (Tabelle 38).

Tabelle 38: Einkommens- und ertragsabhängige EAB (Stellschraube 13.3.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,58%	3,98%	4,15%	4,55%	4,48%
Delta (ST – BS)	-0,08%	-0,09%	-0,10%	-0,11%	-0,11%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,6	+1,9	+2,7	+4,1	+5,4
kumuliert und diskontiert					+54,5
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	9.216 €	8.953 €	8.528 €	8.123 €	7.737 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	33,2%	32,0%	29,3%	25,5%	23,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Infolge der abgestaffelten EAB würde auch hier der „effektive EEE“ gegenüber dem Basisszenario steigen und die HzP-Quote im vollstationären Bereich fiele größer aus.

4.18 Ungleiche Leistungsdynamisierung

4.18.1 Vorgehen und Annahmen

Für diese Stellschraube wurde betrachtet, welche Finanzwirkungen sich ergäben, wenn die Prämisse einer zwischen den Sektoren einheitlichen Dynamisierung der Sachleistungen gelockert werden würde und die Leistungen zwischen den Sektoren ungleich dynamisiert werden würden (eine der Stellschrauben unter Nr. 13 gemäß Leistungsbeschreibung). Dazu wurden zwei Varianten betrachtet.

In der ersten Variante (Stellschraube 13.4.1) wurden die Leistungen im stationären Sektor geringer dynamisiert als im Basisszenario. Sowohl Sach- als auch Geldleistungen im stationären Sektor wurden beispielhaft zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate dynamisiert (entspricht zusammen effektiv 2,0 % p. a.). Hingegen wurde im ambulanten Sektor eine gegenüber dem Basisszenario unveränderte Dynamisierung unterstellt (Sachleistungen zu 2/3 mit Lohnsteigerungsrate und 1/3 mit Inflationsrate, entspricht zusammen 2,5 % p. a.; und Geldleistungen umgekehrt, entspricht 2,0 %).

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den beiden Varianten zu gewährleisten, wurde die Dynamisierung in Variante „spiegelbildlich“ umgesetzt. In Variante 2 (Stellschraube 13.4.2) wurden die Leistungen des ambulanten Sektors geringer als im Basisszenario dynamisiert, und zwar einheitlich zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate. Hingegen wurden Leistungen im stationären Bereich gemäß Basisszenario dynamisiert.

Analog zum Basisszenario wurde bei dieser Stellschraube in beiden Varianten davon ausgegangen, dass die „ungleiche“ Dynamisierung erst ab dem Jahr 2029 umgesetzt werden würde.

4.18.2 Ergebnisse

Würde man die Leistungen im stationären Bereich geringer dynamisieren als im ambulanten Bereich und damit geringer als im Basisszenario (Stellschraube 13.4.1), ergäbe sich ein Potenzial für eine Beitragssenkung, das über den Projektionszeitraum zunimmt. Der ausgabendeckende Beitragssatz könnte im Jahr 2030 nur geringfügig gegenüber dem Basisszenario abgesenkt werden, da die „ungleiche“ Dynamisierung erst ab dem Jahr 2029 betrachtet wurde (Tabelle 39). Im Jahr 2060 könnte der Beitragssatz um 0,15 %-Punkte reduziert werden.

Infolge der geringeren Leistungsdynamisierung im stationären Bereich würden die EEE und die HzP-Quote bei dieser Stellschraube gegenüber dem Basisszenario größer ausfallen.

Tabelle 39: Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen (Stellschraube 13.4.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,06%	4,19%	4,56%	4,44%
Delta (ST – BS)	-	-0,01%	-0,05%	-0,10%	-0,15%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+0,2	+1,4	+3,8	+7,1
kumuliert und diskontiert					+35,8
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.325 €	14.088 €	14.215 €	14.261 €	14.238 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	7.513 €	7.389 €	7.455 €	7.479 €	7.467 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,5%	28,6%	27,0%	24,2%	23,1%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Würde man hingegen die ambulanten Leistungen geringer dynamisieren als die stationären, fiel das Potenzial zur Beitragssenkung etwas geringer aus. Im Zieljahr 2060 könnte der ausgabendeckende Beitragssatz nur um 0,05 %-Punkte gesenkt werden (Tabelle 40).

Bei der finanziellen Belastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ergäbe sich bei dieser Variante der Stellschraube 13.4 keine Änderung gegenüber dem Basisszenario, da die Dynamisierung der Leistungen im stationären Bereich hier unverändert bleiben würde. Entsprechend bliebe auch die HzP-Quote im vollstationären Bereich gegenüber dem Basisszenario unverändert.

Tabelle 40: Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen (Stellschraube 13.4.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,22%	4,63%	4,54%
Delta (ST – BS)	-	-0,00%	-0,02%	-0,04%	-0,05%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+0,1	+0,5	+1,3	+2,4
kumuliert und diskontiert					+12,2

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

4.19 Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung

4.19.1 Vorgehen und Annahmen

Bei dieser Stellschraube wurde von einer gegenüber dem Basisszenario grundsätzlich abweichenden Leistungsdynamisierung ausgegangen (eine der Stellschrauben unter Nr. 13 gemäß Leistungsbeschreibung). Anstatt einer mit Lohnentwicklung und Inflation gemischten Dynamisierung wurde hier von einer rein inflationsorientierten Dynamisierung ausgegangen. Der Ausgangspunkt war also eine für Sach- und Geldleistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich einheitliche Dynamisierung mit der Inflation, das heißt mit 2,0 % p. a. in den Jahren 2026 bis 2028 und mit 1,5 % p. a. ab dem Jahr 2029. Die Leistungsdynamisierung fällt hier somit insgesamt geringer aus als im Basisszenario.

Ausgehend von dieser alternativen Dynamisierung wurde diese dann weiter reduziert. Dazu wurden zwei Varianten betrachtet:

- ◆ In der ersten Variante wurde die inflationsorientierte Leistungsdynamisierung so weit abgesenkt, dass der Beitragssatz konstant auf dem Niveau des Ausgangsjahrs (Jahr vor dem Start, also 2025) gehalten werden könnte (Stellschraube 13.5).
- ◆ In der zweiten Variante wurde die inflationsorientierte Leistungsdynamisierung so weit abgesenkt, dass der Beitragssatz konstant auf dem Niveau des Ausgangsjahrs (Jahr vor dem Start, also 2025) gehalten werden könnte, wenn gleichzeitig Effizienzpotenziale gemäß der Stellschrauben, die in den Abschnitten 4.15, 4.16 und 4.17 dargestellt werden, realisiert

werden könnten (Stellschraube 13.6, in den Ausprägungen 13.6.1 bis 13.6.4)

Die Absenkung der Dynamisierung wurde in beiden Varianten proportional vorgenommen. Die Dynamisierungsrate wurde also für jede Leistung um prozentual den gleichen Faktor abgesenkt.

In der ersten Variante unterscheidet sich diese Stellschraube (13.5) damit von der Stellschraube des „selbst regulierenden Systems“ (vgl. Abschnitt 4.21) insofern, dass hier von einer abweichenden Dynamisierung (inflationorientiert) ausgegangen wurde.

Für die zweite Variante wurden Kombinationen der rein inflationorientierten Leistungsdynamisierung mit folgenden Stellschrauben im Zusammenhang mit Effizienzpotenzialen betrachtet:

- ◆ Verstärkte Präventionsleistungen kombiniert mit inflationorientierter Dynamisierung (Stellschraube 13.6.1)
- ◆ Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen kombiniert mit inflationorientierter Dynamisierung (Stellschraube 13.6.2)
- ◆ Einkommensabhängiger Leistungszuschlag kombiniert mit inflationorientierter Dynamisierung (Stellschraube 13.6.3)
- ◆ Einkommens- und ertragsabhängiger Leistungszuschlag kombiniert mit inflationorientierter Dynamisierung (Stellschraube 13.6.4)

4.19.2 Ergebnisse

Im Zusammenhang mit dieser Stellschraube wurde ein Teilergebnis berechnet, das sich zwar nicht unmittelbar aus den Annahmen und mit dem Vorgehen an dieser Stelle ergibt, allerdings ein sehr ähnliches Szenario betrachtet und somit auch zu einem vergleichbaren Ergebnis führt. Dieses Teilergebnis lautet: Mit einer für alle Leistungen einheitlichen Dynamisierungsrate in Höhe von 1,1 % pro Jahr im Durchschnitt über die Jahre 2029 bis 2060 könnte eine langfristige Stabilisierung des ausgabendeckenden Beitragssatzes erreicht werden. Dieser würde in den 2040er Jahren vorübergehend auf 4,0 % ansteigen, anschließend allerdings wieder zurückgehen. Im Jahr 2060 würde er im Fall dieser Dynamisierung (bei ansonsten gleichen Entwicklungen gemäß Basisszenario) wieder auf dem Niveau des Jahres 2025 landen (3,60 %).

Würde man die einheitliche Dynamisierungsrate auf noch etwas weiter unterhalb von 1,1 % pro Jahr⁷ im Durchschnitt über die Jahre 2029 bis 2060 absenken, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz über den gesamten Zeitraum bei exakt 3,60 % konstant gehalten werden. In diesem Fall würden die vollstationär versorgten

⁷ Der exakte Wert der einheitlichen Dynamisierungsrate, der einen konstanten Beitragssatz über den gesamten Projektionszeitraum erzeugen würde, wird hier modellendogen bestimmt und ist den Modellergebnissen nicht unmittelbar zu entnehmen.

Pflegebedürftigen infolge der abgesenkten Dynamisierung mit entsprechend höheren EEE belastet. Auch der „effektive EEE“ fiel größer aus als im Basisszenario und würde im Jahr 2060 in Preisen des Basisjahres bei 8.806 € liegen, im Basisszenario hingegen nur bei 6.307 €. Dieser Anstieg hätte unmittelbare Wirkung auf den Leistungsbezug im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Die HzP-Quote im vollstationären Bereich würde im Jahr 2026 auf 30,0 % ansteigen (gegenüber 29,5 % im Basisszenario). Bis zum Jahr 2060 fiel der Rückgang auf 25,6 % insgesamt schwächer aus als im Basisszenario (auf 20,9 %) (Tabelle 41).

Tabelle 41: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz (Stellschraube 13.5)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.604 €	16.719 €	16.677 €	17.686 €	16.713 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	7.569 €	8.726 €	8.746 €	9.276 €	8.806 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	30,0%	31,7%	29,8%	27,9%	25,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Die rein inflationsorientierte Dynamisierung – insoweit abgesenkt, dass der ausgabendeckende Beitragssatz konstant gehalten werden könnte – wurde darüber hinaus in Kombination mit Effizienzpotenzialen betrachtet. Würde man diese Effizienzpotenziale gleichzeitig realisieren, könnte man die eingesparten Ausgaben dazu verwenden, die Leistungen, ausgehend von der rein inflationsorientierten,

abgesenkten Dynamisierung (knapp 1,1 % p. a.) entsprechend wieder etwas stärker zu dynamisieren.

Würde man dies umsetzen, ergäbe sich gegenüber der alleinigen rein inflationsorientierten Dynamisierung ohne Kombination ein geringerer Anstieg des EEE, da die Absenkung der Dynamisierung nicht so kräftig ausfallen müsste (Tabelle 42). Insofern wäre die Dynamisierung bei einer entsprechenden Kombination letztlich nicht mehr „rein inflationsorientiert“, sondern könnte wegen des generierten Effizienzpotenzials höher ausfallen, es würde allerdings weiterhin eine einheitliche Dynamisierung aller Leistungen erfolgen. Der „effektive EEE“ würde zwar immer noch größer ausfallen als im Basisszenario, läge im Jahr 2060 aber nur noch bei 7.839 € (in Preisen des Basisjahres).

Tabelle 42: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (Stellschraube 13.6.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.604 €	14.270 €	14.481 €	15.768 €	14.859 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	7.569 €	7.438 €	7.595 €	8.270 €	7.839 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	30,0%	28,9%	27,3%	25,8%	23,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Eine Kombination aus rein inflationsorientierter Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz und einer verstärkten Steuerung des Leistungszugangs wäre im Vergleich zur vorherigen Kombination (13.6.1) mit deutlich höheren Ausgaben für die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen verbunden. Der „effektive EEE“ würde gegenüber dem Basisszenario stärker ansteigen, im Jahr 2060 auf 8.478 € in Preisen des Basisjahrs (Tabelle 43). Dieser vergleichsweise höhere Anstieg ist darauf zurückzuführen, dass mit dem Effizienzpotenzial der verstärkten Steuerung des Leistungszugangs geringere Ausgabeneinsparungen verbunden wären als mit verstärkten Präventionsleistungen. Entsprechend stiege auch die HzP-Quote gegenüber der vorherigen Stellschraube 13.6.1 kräftiger an, im Jahr 2060 auf 24,5 %.

Tabelle 43: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs (Stellschraube 13.6.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (∅, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (∅, ST, diskontiert)	14.604 €	15.936 €	15.953 €	17.038 €	16.088 €
EEE effektiv (∅, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (∅, ST, disk.)	7.569 €	8.316 €	8.367 €	8.936 €	8.478 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	30,0%	30,3%	28,4%	26,7%	24,5%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Mit noch einmal deutlich höheren Ausgaben für die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wäre eine Kombination aus rein inflationsorientierter Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz und einer einkommensabhängigen EAB verbunden. Bei dieser Stellschraube würde der EEE im Jahr 2060 auf 16.109 € ansteigen (Tabelle 44). Noch stärker würde sich der Anstieg beim „effektiven EEE“ bemerkbar machen. Dieser würde im Jahr 2060 einen durchschnittlichen Betrag von 10.952 € im Gegenwartswert erreichen. Dies steht im Zusammenhang mit der hier kombinierten EAB-Abstufung. Entsprechend würde sich eine stark erhöhte HzP-Quote im vollstationären Bereich zeigen, die im Jahr 2026 fast ein Drittel erreichen würde (32,7 %) und im Jahr 2030 noch etwas mehr (34,9 %).

Tabelle 44: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (Stellschraube 13.6.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (∅, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (∅, ST, diskontiert)	14.300 €	16.173 €	16.183 €	17.096 €	16.109 €
EEE effektiv (∅, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (∅, ST, disk.)	8.854 €	10.102 €	10.587 €	10.826 €	10.952 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	32,7%	34,9%	33,0%	31,1%	28,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Eine Kombination aus rein inflationsorientierter Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz mit einer einkommens- und ertragsabhängigen EAB würde diesen Ausgabensteigerungseffekt seitens der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen verstärken. Die EAB würden hier noch stärker abgestaffelt werden als bei rein einkommensabhängiger EAB. In der Folge stiege der „effektive EEE“. Er würde bereits im Jahr 2026 oberhalb von 9.000 € liegen und bis zum Jahr 2060 auf über 11.000 € in Preisen des Basisjahrs zunehmen (Tabelle 45).

Tabelle 45: Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (Stellschraube 13.6.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.261 €	16.101 €	16.118 €	17.019 €	16.030 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	9.042 €	10.287 €	10.786 €	11.036 €	11.169 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	33,1%	35,3%	33,4%	31,6%	28,8%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

4.20 Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten

4.20.1 Vorgehen und Annahmen

An dieser Stelle betrachtet wurde eine Entlastung der Pflegebedürftigen in Bezug auf die gegenwärtig von ihnen zu tragenden Investitionskosten im ambulanten sowie im stationären Bereich (Stellschraube Nr. 16 gemäß Leistungsbeschreibung).

In welchem Umfang Pflegeeinrichtungen ihre Investitionskosten auf die Pflegebedürftigen umlegen können, hängt u. a. vom Umfang der Förderung durch die Länder ab (§ 82 SGB XI) und variiert entsprechend über die Länder. Während Angaben zum Umfang der Investitionskosten, die Pflegeeinrichtungen auf die Pflegebedürftigen umlegen, für den stationären Bereich (vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege) zum Teil über die Pflegekassen veröffentlicht vorliegen (z. B. vdek), sind entsprechende Daten zu ambulanten Pflegediensten und den von ihnen umgelegten Investitionskosten nicht veröffentlicht.

Die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen durch umgelegte Investitionskosten wurde im SPV-Projektionsmodell zur Finanzentwicklung nur für vollstationär versorgte Pflegebedürftige systematisch in Form von durchschnittlichen Investitionskosten abgebildet (die über den EEE, Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung und Ausbildungskosten hinaus von den Pflegebedürftigen zu tragen sind). Für den vollstationären Bereich erfolgte die Abbildung der Investitionskosten mit unmittelbarer Wirkung auf die HzP-Quote im vollstationären Bereich. Somit konnten Effekte von Veränderungen bei den Ausgaben der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf die HzP-Quote dieser Gruppe im Modellrahmen quantifiziert werden.

Hingegen waren zu den von den Pflegebedürftigen zu tragenden Investitionskosten im ambulanten Bereich keine veröffentlichten Daten verfügbar. Auch im SPV-Projektionsmodell wurden diese Investitionskosten für den ambulanten Bereich daher nicht modellendogen abgebildet. Das Modell betrachtet keine HzP-Quote im ambulanten Bereich, entsprechend konnte auch kein Zusammenhang zwischen den Investitionskosten und der HzP-Quote für den ambulanten Bereich abgebildet werden.

Stattdessen wurden die Investitionskosten im ambulanten Bereich für diese Stellschraube näherungsweise und außerhalb des Modellkontextes betrachtet. Dafür wurden die durchschnittlichen Investitionskosten im Bereich der teilstationären Pflege als Approximation für den ambulanten Bereich herangezogen. Für den teilstationären Bereich lagen Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten veröffentlicht vor. Gemäß eines Berichts des IGES Instituts (Ochmann & Braeseke, 2023) betragen die durchschnittlichen umlagefähigen Investitionskosten pro Pflegeplatz und Tag auf Basis von Daten des vdek im Jahr 2022 in der vollstationären Dauerpflege 15,65 € und in der teilstationären Pflege 9,13 €. Auf Basis des letzteren Betrags wurden die Investitionskosten im ambulanten Bereich näherungsweise bestimmt.

Bezüglich des Mengengerüsts wurde eine Entlastung von den Investitionskosten sowohl für Bezieher ambulanter Sachleistungen als auch für Bezieher von Pflegegeld unterstellt. Es wurde für diese Stellschaube angenommen, dass die Investitionskosten alternativ von einem dritten, unbestimmten Träger übernommen werden.

Darüber hinaus wurde die Entlastung der privaten Haushalte von den Investitionskosten in Kombination mit folgenden Stellschrauben vor allem aus dem Bereich der Effizienzpotenziale betrachtet (Stellschraube Nr. 14 der Leistungsbeschreibung):

- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (14.1)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit verstärkter Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen (14.2)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (14.3)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (14.4)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen (14.5)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen (14.6)
- ◆ Investitionskostenentlastung kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung (14.7)

4.20.2 Ergebnisse

Da annahmegemäß die Investitionskosten bei dieser Stellschaube von einem dritten Träger übernommen werden, entstünden der SPV keine Finanzwirkungen. Eine Beitragssatzerhöhung gegenüber dem Basisszenario wäre nicht notwendig (Tabelle 46).

Die knapp 0,8 Mio. vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würden im Jahr 2026 in Bezug auf Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 5.487 € (diskontiert auf das Basisjahr) entlastet werden. Dieser Entlastungsbetrag sinkt aufgrund der Diskontierung mit dem Lohnwachstum bis zum Jahr 2060 auf 3.960 €. Aus diesem Grund fielen die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Abzug der EAB um diesen Betrag gegenüber dem Basisszenario geringer aus. Die HzP-Quote im vollstationären Bereich würde zurückgehen, auf 18,9 % im Jahr 2026 (gegenüber 29,5 % Basisszenario) und auf 14,5 % im Jahr 2060 (20,9 % im Basisszenario).

Die rund 4,0 Mio. ambulant versorgten Pflegebedürftigen würden im Jahr 2026 in Bezug auf Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 3.242 € entlastet, im Jahr 2060 wären es 2.340 €, jeweils in Preisen des Basisjahres (ohne tabellarische Darstellung).

Tabelle 46: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten (Stellschraube 16)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Delta (ST – BS)	-	-	-	-	-
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	-	-	-	-
kumuliert und diskontiert					-
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.419 €	18.040 €	17.228 €	16.454 €	15.717 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	18,9%	18,4%	17,2%	15,1%	14,5%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Würde man die Entlastung der privaten Haushalte bei den Investitionskosten mit verstärkten Präventionsleistungen kombinieren, ergäbe sich durch letztere Stellschraube ein Beitragssatzsenkungspotenzial im Umfang von 0,4 bis 0,5 %-Punkten (Tabelle 47). Für die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ergäben sich finanzielle Entlastungen bei den Investitionskosten in gleichem Umfang wie ohne Kombination.

Tabelle 47: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (Stellschraube 14.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,66%	3,80%	4,18%	4,12%
Delta (ST – BS)	-	-0,41%	-0,44%	-0,48%	-0,46%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+8,7	+12,2	+17,5	+22,2
kumuliert und diskontiert					+222,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.419 €	18.040 €	17.228 €	16.454 €	15.717 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	18,9%	18,4%	17,2%	15,1%	14,5%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Bei Kombination der Entlastung bei den Investitionskosten mit einer verstärkten Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen fiel das Beitragssatzsenkungspotenzial geringer aus (Tabelle 48). Die Entlastungswirkung für die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen fiel gegenüber der vorherigen Stellschraube (14.1) nur unwesentlich anders aus.

Tabelle 48: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit Steuerung Zugang Pflegeleistungen (Stellschraube 14.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,93%	4,10%	4,51%	4,44%
Delta (ST – BS)	-	-0,14%	-0,15%	-0,15%	-0,15%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+2,9	+4,0	+5,6	+7,0
kumuliert und diskontiert					+76,7
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.419 €	18.042 €	17.229 €	16.456 €	15.719 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	18,9%	18,1%	16,9%	14,9%	14,3%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Kombiniert man die Entlastung bei den Investitionskosten mit einer einkommensabhängigen EAB, ergäbe sich ein Beitragssatzsenkungspotenzial in begrenztem Umfang (knapp 0,1 %-Punkte). Durch die Abstufung des EAB hätten die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen durchschnittlich einen höheren „effektiven EEE“ zu tragen. Ihre Gesamtkosten nach Abzug der EEE lägen dennoch niedriger als im Basisszenario, weil die Entlastungswirkung bei den Investitionskosten den Anstieg der EAB überkompensiert (Tabelle 49).

Tabelle 49: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (Stellschraube 14.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,99%	4,16%	4,56%	4,49%
Delta (ST – BS)	-	-0,08%	-0,08%	-0,10%	-0,10%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+1,6	+2,3	+3,6	+4,7
kumuliert und diskontiert					+48,0
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	19.918 €	19.496 €	18.615 €	17.775 €	16.976 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	21,5%	20,9%	19,4%	17,2%	16,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Gegenüber der Kombination mit einkommensabhängiger EAB (Stellschraube 14.3) ein nur geringfügig größeres Beitragssatzsteigerungspotenzial würde man bei einer Kombination der Investitionskostenentlastung mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB erzielen. Die EAB würden gleichzeitig im Durchschnitt etwas geringer ausfallen und somit die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Abzug des EEE im Vergleich dieser beiden Stellschrauben etwas größer (Tabelle 50).

Tabelle 50: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (Stellschraube 14.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	3,98%	4,15%	4,55%	4,48%
Delta (ST – BS)	-	-0,09%	-0,09%	-0,11%	-0,11%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+1,9	+2,7	+4,1	+5,4
kumuliert und diskontiert					+54,5
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	20.122 €	19.695 €	18.804 €	17.955 €	17.147 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	21,9%	21,2%	19,8%	17,4%	16,6%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Eine Kombination der Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten mit einer geringeren Dynamisierung stationärer Leistungen ergäbe ein über die Zeit zunehmendes Beitragssatzsenkungspotenzial von bis zu 0,15 %-Punkten. Die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hätten einerseits infolge der Leistungskürzung einen höheren EEE zu tragen und würden andererseits bei den Investitionskosten entlastet werden. In der Summe könnten ihre Gesamtausgaben nach Abzug der EAB dennoch deutlich gegenüber dem Basisszenario sinken (Tabelle 51). Entsprechend würde ebenfalls die HzP-Quote im vollstationären Bereich geringer ausfallen.

Tabelle 51: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen (Stellschraube 14.5)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,06%	4,19%	4,56%	4,44%
Delta (ST – BS)	-	-0,01%	-0,05%	-0,10%	-0,15%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+0,2	+1,4	+3,8	+7,1
kumuliert und diskontiert					+35,8
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.325 €	14.088 €	14.215 €	14.261 €	14.238 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.419 €	18.130 €	17.731 €	17.312 €	16.877 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	18,9%	18,5%	18,0%	16,4%	16,2%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, EEE sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Bei Kombination der Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten mit einer geringeren Dynamisierung ambulanter Leistungen fiel das Beitragssatzsenkungspotenzial mit bis zu 0,05 %-Punkten vergleichsweise gering aus. Von dieser Leistungskürzung wären die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nicht betroffen. Entsprechend fielen ihre Gesamtausgaben nach Abzug der EAB durch die Entlastung bei den Investitionskosten geringer aus als im Basisszenario und würden dem Betrag nach identisch sein zu der entsprechenden Stellschraube ohne Leistungskürzung (Nr. 16). Gleiches gilt für die HzP-Quote im vollstationären Bereich (Tabelle 52).

Tabelle 52: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen (Stellschraube 14.6)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,67%	4,07%	4,22%	4,63%	4,54%
Delta (ST – BS)	-	-0,00%	-0,02%	-0,04%	-0,05%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-	+0,1	+0,5	+1,3	+2,4
kumuliert und diskontiert					+12,2
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.419 €	18.040 €	17.228 €	16.454 €	15.717 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	18,9%	18,4%	17,2%	15,1%	14,5%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Würde man die Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten mit einer rein inflationsorientierten Dynamisierung, die so weit abgesenkt wird, dass der Beitragssatz über den gesamten Projektionszeitraum konstant gehalten werden kann, kombinieren, müssten die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen einen gegenüber dem Basisszenario deutlich größeren EEE tragen. Da die Entlastungswirkung bei den Investitionskosten dennoch überwiegen würde, würden auch bei dieser Stellschraube die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Abzug der EAB geringer ausfallen als im Basisszenario (Tabelle 53).

Tabelle 53: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung (Stellschraube 14.7)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	14.604 €	16.719 €	16.677 €	17.686 €	16.713 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	18.476 €	19.468 €	19.022 €	19.108 €	18.216 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	19,3%	21,0%	20,2%	19,4%	18,2%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

4.21 Selbst regulierendes System

4.21.1 Vorgehen und Annahmen

Diese Stellschraube zielt auf ein „selbst regulierendes System“ der SPV durch den Einsatz automatischer Stabilisatoren ab (Stellschraube Nr. 15 gemäß Leistungsbeschreibung). Dieser Ansatz verfolgt eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und lässt sich somit der „Ausgabendämpfung“ zuordnen. Ausgaben werden nur in dem Umfang getätigt, wie Einnahmen zur Verfügung stehen, um sie zu decken. Damit wäre eine langfristige Tragfähigkeit des Systems gewährleistet.

Umgesetzt wurde diese Stellschraube im Modellkontext, indem in jedem Projektionsjahr die erzielten Einnahmen den Ausgaben gegenübergestellt wurden. Sofern die Einnahmen nicht ausreichen, die Ausgaben vollständig zu decken, wurde anstelle von Beitragserhöhungen (Basisszenario) Kürzungen von Leistungsbeträgen in genau dem Umfang, der für einen jahresbezogen ausgeglichenen Finanzsaldo notwendig wäre, unterstellt. Dabei wurden proportional gleichmäßige Kürzungen für alle Leistungen umgesetzt.

4.21.2 Ergebnisse

Der ausgabendeckende Beitragssatz würde bei einem „selbst regulierenden System“ konstant auf dem Niveau des dem Startjahr vorangehenden Jahres (2025) gehalten und somit bis zum Jahr 2060 unverändert bei 3,6 % liegen (Tabelle 54). Gegenüber dem Basisszenario ergäbe sich entsprechend ein Beitragssatzsenkungspotenzial, das von knapp 0,1 %-Punkte im Jahr 2026 auf knapp 1,0 %-Punkte im Jahr 2060 ansteigt.

Die verbleibende Lücke zwischen den Leistungen der SPV und den tatsächlichen Pflegekosten würde anwachsen, da es in einigen Jahren zu einer gegenüber dem Basisszenario geringeren Dynamisierung der Leistungen käme, um den Beitragssatz konstant zu halten. Somit läge der EEE gegenüber dem Basisszenario mitunter deutlich höher, und die finanzielle Belastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nähme entsprechend zu. Der durchschnittliche EEE würde bis auf 16.904 € (diskontiert auf das Basisjahr) im Jahr 2060 ansteigen (gegenüber 12.026 € im Basisszenario). Unter Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung ergäbe sich ein „effektiver EEE“ in Höhe von 8.886 € im Jahr 2060 (ebenfalls diskontiert).

Mit dieser Stellschraube wären darüber hinaus Finanzwirkungen für die Sozialhilfeträger insofern verbunden, dass die Quote der Beziehenden von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (HzP) im vollstationären Bereich infolge der zunehmenden EEE gegenüber dem Basisszenario ansteigen würde. Im Jahr 2026 nähme die HzP-Quote im vollstationären Bereich um 0,5 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario auf dann 30,0 % zu. Im Jahr 2060 fiel die Abweichung mit knapp 5 %-Punkten deutlich größer aus. Die HzP-Quote würde dann 25,8 % betragen. Sie wäre damit – wie im Basisszenario – über den Zeitverlauf rückläufig. Dies ist darauf

zurückzuführen, dass die Pflegekosten und die Investitionskosten annahmegemäß mit einer geringeren Rate wachsen als die Löhne und Einkommen der privaten Haushalte (siehe auch Abschnitt 3.2).

Tabelle 54: „Selbst regulierendes“ System (Stellschraube 15)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%
Delta (ST – BS)	-0,07%	-0,47%	-0,64%	-1,06%	-0,99%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,4
kumuliert und diskontiert					+403,1
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (∅, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (∅, ST, diskontiert)	14.604 €	16.665 €	16.572 €	17.800 €	16.904 €
EEE effektiv (∅, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (∅, ST, disk.)	7.569 €	8.669 €	8.591 €	9.318 €	8.886 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	30,0%	31,7%	29,9%	28,0%	25,8%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

4.22 Vollversicherung

4.22.1 Vorgehen und Annahmen

Bei dieser Stellschraube wurde die Einführung einer Vollversicherung im Rahmen der SPV simuliert und eine Kombination mit diversen weiteren Stellschrauben geprüft (Stellschraube Nr. 17 gemäß Leistungsbeschreibung). Die Vollversicherung wurde dabei grundsätzlich sowohl für den vollstationären als auch den ambulanten Bereich unterstellt (Stellschraube 17.1).

Für den vollstationären Bereich wurde die Vollversicherung so umgesetzt, dass die SPV annahmegemäß die vollständigen, tatsächlichen Pflegekosten tragen würde.

Das würde dann auch den EEE umfassen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Ausbildungskosten und die Investitionskosten wurden vom Leistungsumfang der Vollversicherung ausgenommen, sie sind weiterhin von den Pflegebedürftigen zu tragen. Die Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung würden bei einer Vollversicherung entfallen.

Im ambulanten Bereich wurden die sich bei vollständiger Tragung der pflegebedingten Aufwendungen durchschnittlich ergebenden vollstationären Leistungsbeiträge (exkl. Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Ausbildungskosten sowie Investitionskosten) mit dem gleichen durchschnittlichen Betrag auf die ambulanten Sachleistungen übertragen. Für das Pflegegeld wurden zwei Varianten betrachtet.

- ◆ In der ersten Variante wurde das Pflegegeld von der Vollversicherung ausgenommen. Es wurde analog zum Basisszenario dynamisiert (Stellschraube 17.1.1).
- ◆ In der zweiten Variante wurde die Vollversicherung auf das Pflegegeld ausgeweitet. Dabei wurde analog zu den ambulanten Sachleistungen verfahren und der durchschnittliche Leistungsbetrag der Vollversicherung im vollstationären Bereich ebenfalls für die Bezieher von Pflegegeld unterstellt (Stellschraube 17.1.2).

4.22.2 Ergebnisse

Die Umsetzung einer Vollversicherung wäre mit erheblichen Mehrausgaben für die SPV verbunden. Entsprechend ergäbe sich ein erheblicher Anstieg des ausgabenbedeckenden Beitragssatzes.

In der Variante exklusive des Pflegegeldes (Stellschraube 17.1.1) müsste der ausgabenbedeckende Beitragssatz im Jahr 2026 gegenüber dem Basisszenario um knapp 0,9 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf vollständig zu decken. In den Folgejahren wäre mit weiteren Beitragssatzerhöhungen zu rechnen, im Jahr 2060 wäre der Beitragssatz um rund 1,1 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario anzuheben (Tabelle 55).

Die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hingegen würden finanziell merklich entlastet werden. Ihre Eigenbeteiligung an den Pflegekosten (EEE) würde vollständig entfallen. Sie hätten weiterhin die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Ausbildungskosten sowie die Investitionskosten zu tragen. Ihre Gesamtausgaben würden allerdings deutlich gegenüber dem Basisszenario abnehmen. Nach Abzug der EAB würden sie im Jahr 2060 im Gegenwartswert nur 13.370 € betragen (gegenüber 19.678 € im Basisszenario).

In der Folge würde der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, die auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (HzP) angewiesen wären, deutlich sinken. Im Jahr 2026 würde sich ein Rückgang der HzP-Quote im vollstationären Bereich von 29,5 % im Basisszenario auf 15,7 % ergeben. Ähnlich zum Basisszenario würde die HzP-Quote bis zum Jahr 2060 weiter zurückgehen bis auf 11,4 %. Diese Entwicklung ist sowohl im Basisszenario als auch bei einer Vollversicherung

im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Löhne annahmegemäß stärker steigen als die Pflegekosten und die Investitionskosten. Daher können die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die zu finanzierenden Ausgaben öfter aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren (siehe auch Abschnitt 3.2).

Tabelle 55: Vollversicherung exkl. Pflegegeld (Stellschraube 17.1.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,53%	5,03%	5,29%	5,82%	5,72%
Delta (ST – BS)	+0,86%	+0,96%	+1,05%	+1,16%	+1,14%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-16,5	-20,5	-29,2	-42,5	-54,5
kumuliert und diskontiert					-579,9
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei darauf hingewiesen, dass bei einer hypothetischen Umsetzung einer Vollversicherung die verbleibenden Kosten, auf die sich die Leistungen im Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII) beziehen, nicht mehr die Kosten für pflegerische Leistungen umfassen würden, denn diese würden dann von der SPV im Rahmen der Vollversicherung übernommen werden. Da Leistungen zur Finanzierung von Kosten für Unterkunft und Verpflegung bereits bisher auch im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) sowie der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII) erbracht werden, beziehen sich die HzP-Leistungen bei allen Stellschrauben, die eine Vollversicherung vorsehen, weitgehend nur noch auf die Investitionskosten und Ausbildungskosten.

In der Variante unter Einbezug des Pflegegeldes in eine Vollversicherung (Stellschraube 17.1.2) fiel der Finanzbedarf der SPV erwartungsgemäß noch wesentlich größer aus als ohne Einbezug des Pflegegeldes. In diesem Fall müsste der ausgabendeckende Beitragssatz um knapp 4,0 %-Punkte auf dann rund 7,6 % bereits im Jahr 2026 angehoben werden. Im Jahr 2060 wäre eine Anhebung um mehr als 5,0 %-Punkte notwendig (Tabelle 56).

Tabelle 56: Vollversicherung inkl. Pflegegeld (Stellschraube 17.1.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	7,62%	8,55%	9,14%	9,92%	9,65%
Delta (ST – BS)	+3,95%	+4,48%	+4,90%	+5,26%	+5,06%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-75,4	-95,7	-136,4	-192,3	-242,9
kumuliert und diskontiert					-2.660,7
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Da mit der Aufnahme des Pflegegeldes in die Vollversicherung keine Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen verbunden wären, ergäbe sich keine Änderung bei ihrer Belastung und bei der HzP-Quote gegenüber der Variante exklusive des Pflegegeldes. Ihre Gesamtausgaben würden auch bei dieser Stellschraube deutlich gegenüber dem Basisszenario abnehmen. Nach Abzug der EAB würden sie im Jahr 2026 nur 16.394 € betragen (gegenüber 23.906 € im Basisszenario).

4.23 Kombinationen zur Vollversicherung

Darüber hinaus wurde die Vollversicherung in der Variante exklusive Pflegegeld mit weiteren Stellschrauben kombiniert (Stellschraube Nr. 17 gemäß Leistungsbeschreibung).

4.23.1 Vorgehen und Annahmen

Folgende Kombinationen wurden betrachtet:

- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die VPG (Stellschraube 17.2)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die GRV-BBG (Stellschraube 17.3)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitigem Risikoausgleich SPV-PPV (Stellschraube 17.4)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Erstattung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen (Stellschraube 17.5)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung (Stellschraube 17.6)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Erstattung der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Pflegeunterstützungsgeld (Stellschraube 17.7)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Kompensation für die Beitragsfreiheit des Elterngelds (Stellschraube 17.8)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Kompensation für die Beitragsfreiheit des Mutterschaftsgelds (Stellschraube 17.9)
- ◆ Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit gleichzeitiger Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds über einen Kapitalstock und Ausschüttung der Erträge an die SPV (Stellschraube 17.10)

4.23.2 Ergebnisse

Keine der zehn betrachteten Stellschrauben, die jeweils mit der Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) kombiniert wurden, hätte ein ausreichendes Finanzpotenzial, um die Mehrausgaben im Zusammenhang mit der Vollversicherung vollständig zu decken. Bei den meisten Kombinationen bewegt sich der verbleibende Finanzbedarf in einer ähnlichen Größenordnung wie bei alleiniger Betrachtung der Vollversicherung (exkl. Pflegegeld). Lediglich die Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung hätte so große Finanzwirkungen, dass die Mehrausgaben einer Vollversicherung zu einem größeren Teil gedeckt werden könnten.

Bei Kombination der Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die VPG (Stellschraube 17.2) müsste der ausgabenbedeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um knapp 0,8 %-Punkte und im Jahr 2060 um rund 1,0 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 57).

Tabelle 57: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf VPG (Stellschraube 17.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,44%	4,94%	5,19%	5,71%	5,62%
Delta (ST – BS)	+0,78%	+0,87%	+0,95%	+1,05%	+1,03%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-14,8	-18,5	-26,4	-38,5	-49,4
kumuliert und diskontiert					-524,3
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Die finanziellen Belastungen der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wären von einer Kombination der Vollversicherung mit einer einnehmenseitigen Anhebung der BBG nicht unmittelbar betroffen. Diese fiel im Vergleich zu der Vollversicherung ohne Kombinationen unverändert aus. Die Gesamtausgaben dieser Gruppe würden deutlich gegenüber dem Basisszenario abnehmen. Entsprechend zeigen sich auch keine Änderungen bei der HzP-Quote im vollstationären Bereich gegenüber der Stellschraube der Vollversicherung ohne Kombination.

Bei Kombination der Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die GRV-BBG (Stellschraube 17.3) fiel die notwendige Beitragsatzsteigerung etwas geringer aus. Der ausgabendeckende Beitragsatz müsste im Jahr 2026 um rund 0,6 %-Punkte und im Jahr 2060 um knapp 0,9 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 58).

Tabelle 58: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf GRV-BBG (Stellschraube 17.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragsatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,31%	4,79%	5,03%	5,54%	5,45%
Delta (ST – BS)	+0,64%	+0,72%	+0,79%	+0,88%	+0,86%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-12,2	-15,4	-22,0	-32,2	-41,4
kumuliert und diskontiert					-438,0
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Kombiniert man die Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit einem Risikoausgleich zwischen der SPV und der PPV (Stellschraube 17.4), fiel der verbleibende Finanzbedarf in eine ähnliche Größenordnung wie bei Kombination mit einer BBG-Anhebung. Der ausgabendeckende Beitragssatz müsste im Jahr 2026 ebenfalls um knapp 0,8 %-Punkte und im Jahr 2060 um knapp 1,0 %-Punkte, jeweils gegenüber dem Basisszenario, angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 59).

Tabelle 59: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Risikoausgleich SPV-PPV (Stellschraube 17.4)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,42%	4,91%	5,16%	5,65%	5,54%
Delta (ST – BS)	+0,75%	+0,84%	+0,92%	+0,98%	+0,95%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-14,4	-17,9	-25,5	-36,0	-45,7
kumuliert und diskontiert					-499,2
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Etwas geringer fiele der Finanzbedarf aus, wenn die Vollversicherung (exkl. Pflegegeld) mit einer SPV-seitigen Erstattung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen kombiniert werden würde (Stellschraube 17.5). In diesem Fall müsste der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um rund 0,6 %-Punkte und im Jahr 2060 um knapp 0,8 %-Punkte, jeweils gegenüber dem Basisszenario, angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 60).

Tabelle 60: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen (Stellschraube 17.5)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,28%	4,74%	4,95%	5,45%	5,35%
Delta (ST – BS)	+0,61%	+0,67%	+0,71%	+0,79%	+0,76%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-11,6	-14,3	-19,8	-28,8	-36,4
kumuliert und diskontiert					-395,6
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Der größte Entlastungseffekt im Zusammenhang mit einer Vollversicherung ginge von einer Kombination mit einer Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung einher (Stellschraube 17.6). Dann müsste der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um 0,5 %-Punkte und im Jahr 2060 um knapp 0,8 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 61).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist ein Teileffekt zu berücksichtigen, der auf die hier gewählte Stellschraubenkombination zurückzuführen ist und bewirkt,

dass die Finanzwirkungen durch die Kombination verstärkt werden. Als einzelne Stellschraube hat die Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung eine Finanzwirkung für die SPV in mittlerer Größenordnung (Entlastung um 177 Mrd. € kumuliert und diskontiert). Bei Kombination mit einer Vollversicherung (etwa 580 Mrd. € Mehrbelastung kumuliert und diskontiert) würden aber nun annehmegemäß auch die gesamten Pflegekosten der Familienangehörigen (nicht nur ihre Leistungsausgaben, sondern auch ihre EEE) von Dritten finanziert und der SPV erstattet werden. Dieser Kombinationseffekt entspräche bis zum Jahr 2060 kumuliert und diskontiert in etwa 40 Mrd. €. Er bewirkt hier, dass der zusätzliche Finanzbedarf, der der SPV durch die Vollversicherung entstünde, geringer ausfiele (362 Mrd. € kumuliert und diskontiert) als ohne Kombination mit einer Kompensation für die beitragsfreie Familienversicherung (580 Mrd. €).

Tabelle 61: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit beitragsfreier Familienversicherung (Stellschraube 17.6)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,16%	4,61%	4,88%	5,43%	5,34%
Delta (ST – BS)	+0,50%	+0,54%	+0,64%	+0,77%	+0,76%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-9,5	-11,6	-17,9	-28,0	-36,3
kumuliert und diskontiert					-362,4
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Hingegen ist die Finanzwirkung einer Erstattung der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Pflegeunterstützungsgeld für die SPV so gering, dass von dieser nur ein verschwindend geringer Entlastungseffekt im Zusammenhang mit einer Vollversicherung ausginge (Stellschraube 17.7). Der ausgabendeckende Beitragssatz müsste bei dieser Kombination im Jahr 2026 immer noch um knapp 0,9 %-Punkte und im Jahr 2060 um rund 1,1 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 62).

Tabelle 62: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Pflegeunterstützungsgeld (Stellschraube 17.7)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,53%	5,03%	5,29%	5,82%	5,72%
Delta (ST – BS)	+0,86%	+0,96%	+1,05%	+1,16%	+1,13%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-16,5	-20,5	-29,1	-42,4	-54,5
kumuliert und diskontiert					-579,2
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Nur geringfügig größer fällt der Entlastungseffekt im Zusammenhang mit einer Vollversicherung aus, wenn diese mit einer Kompensation für die Beitragsfreiheit von Elterngeldleistungen kombiniert werden würde (Stellschraube 17.8). In diesem Fall müsste der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 um rund 0,8 %-Punkte und im Jahr 2060 um rund 1,1 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 63).

Tabelle 63: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Elterngeld (Stellschraube 17.8)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,51%	5,01%	5,27%	5,80%	5,70%
Delta (ST – BS)	+0,84%	+0,94%	+1,02%	+1,13%	+1,11%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-16,1	-20,1	-28,5	-41,5	-53,3
kumuliert und diskontiert					-566,9
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Ein ähnlich geringer Entlastungseffekt wie beim Pflegeunterstützungsgeld geht von einer Kompensation für die Beitragsfreiheit von Leistungen im Zusammenhang mit dem Mutterschaftsgeld aus. Würde man diese Stellschraube mit einer Vollversicherung kombinieren (Stellschraube 17.9), müsste der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 immer noch um knapp 0,9 %-Punkte und im Jahr 2060 um rund 1,1 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 64).

Tabelle 64: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Mutterschaftsgeld (Stellschraube 17.9)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,53%	5,03%	5,29%	5,82%	5,72%
Delta (ST – BS)	+0,86%	+0,96%	+1,05%	+1,16%	+1,13%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-16,4	-20,5	-29,1	-42,4	-54,4
kumuliert und diskontiert					-578,5
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr; HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Einen etwas größeren Entlastungseffekt könnte man erzielen, wenn man eine Vollversicherung mit der Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds über einen (kollektive) Kapitalstock kombinieren würde (Stellschraube 17.10). Bei solch einer Kombination müsste der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2026 nur um knapp 0,9 %-Punkte und im Jahr 2060 nur um knapp 0,8 %-Punkte angehoben werden, um den zusätzlichen Finanzbedarf zu decken (Tabelle 65).

Tabelle 65: Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Ausgestaltung Pflegevorsorgefonds über Kapitalstock (Stellschraube 17.10)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,53%	5,03%	4,95%	5,45%	5,33%
Delta (ST – BS)	+0,86%	+0,96%	+0,71%	+0,78%	+0,74%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-16,5	-20,5	-19,8	-28,7	-35,7
kumuliert und diskontiert					-439,9
Kapitalstock (Mrd. €)					
Einzahlungen kumuliert und diskontiert	16	38	90	129	159
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, Einzahlungen kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr;
HzP-Leistungen hier bezogen auf Ausbildungs- und Investitionskosten

Die Einzahlungen in den Kapitalstock (exkl. generierter Erträge) beliefen sich kumuliert und auf das Basisjahr diskontiert auf die folgenden Beträge, die identisch ausfallen würden wie bei der Einzelstellschraube zur Aufbau des Kapitalstocks (Stellschraube Nr. 10.2): bis zum Jahr 2026 rund 16 Mrd. €, bis zum Jahr 2030 rund 38 Mrd. €, bis zum Jahr 2040 knapp 90 Mrd. €, bis zum Jahr 2050 rund 129 Mrd. € und bis zum Jahr 2060 knapp 159 Mrd. €.

4.24 Sockel-Spitze-Tausch

4.24.1 Vorgehen und Annahmen

Die letzte Stellschraube bildet einen Sockel-Spitze-Tausch für den stationären Sektor ab, während im ambulanten Bereich keine Änderung zum Basisszenario vorgenommen wurde, also eine Teilleistungsversicherung erhalten bleiben soll (Stellschraube Nr. 18 gemäß Leistungsbeschreibung). Dieser Ansatz sieht grundsätzlich vor, dass der fixierte Teil der Finanzierung der Pflegekosten (der Sockel) und der variable Teil (die Spitze) getauscht werden. Während im geltenden Recht der Sockel aus den Leistungsbeträgen besteht, die die SPV trägt, besteht die Spitze aus dem EEE, der von den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen getragen wird, und mit über die Zeit steigenden Pflegekosten ebenfalls zunimmt.

Für einen Sockel-Spitze-Tausch mit dieser Ausgestaltung wurden mit dieser Stellschraube drei Varianten betrachtet:

- ◆ Variante 1: Der Sockel wird auf null gesetzt, entspricht einer Vollversicherung im vollstationären Bereich (Stellschraube 18.1).
- ◆ Variante 2: Der Sockel wird auf den EEE (exkl. UV, Ausb., IK) exkl. der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gesetzt und wird *nominal* konstant (Jahr 2025) gehalten, wobei weiterhin keine Differenzierung nach dem Pflegegrad vorgesehen ist (Stellschraube 18.2). In dieser Variante würden die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen einen über die Zeit nominal konstanten EEE in Höhe des Betrags im Basisjahr zahlen.
- ◆ Variante 3: Der Sockel wird auf den EEE (exkl. UV, Ausb., IK) exkl. der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gesetzt und wird *real* konstant (Jahr 2025) gehalten, wobei weiterhin keine Differenzierung nach dem Pflegegrad vorgesehen ist (Stellschraube 18.3). In dieser Variante würden die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen einen über die Zeit real konstanten EEE in Höhe des Betrags im Basisjahr zahlen.

Stellschraube 18.1 entspricht einer Vollversicherung für den vollstationären Bereich und unterscheidet sich von der Stellschraube 17.1.1 insofern, dass hier für den ambulanten Bereich keine Änderung zum Basisszenario vorgenommen wurde, der Sockel-Spitze-Tausch als nur für den stationären Bereich betrachtet wurde. Bei Stellschrauben 18.2 und 18.3 führt eine Fixierung des EEEs automatisch ebenfalls zu einer Fixierung der EAB (prozentualer Anteil an EEE) und somit zu einer Fixierung des „effektiven“ EEEs.

4.24.2 Ergebnisse

Ein Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null wäre für die SPV mit einem erheblichen Finanzbedarf verbunden. Dieser könnte durch eine Anhebung des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Umfang von knapp 0,4 %-Punkten im Jahr 2026 und knapp 0,5 %-Punkten im Jahr 2060 gedeckt werden (Tabelle 66).

Tabelle 66: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null (Stellschraube 18.1)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	4,03%	4,46%	4,66%	5,16%	5,08%
Delta (ST – BS)	+0,36%	+0,39%	+0,42%	+0,49%	+0,49%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-6,9	-8,3	-11,8	-18,0	-23,7
kumuliert und diskontiert					-240,7
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (Ø, ST, diskontiert)	16.394 €	16.048 €	15.089 €	14.198 €	13.370 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	15,7%	15,3%	14,0%	12,1%	11,4%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

Für die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würden sich erhebliche Entlastungswirkungen ergeben, wenn der EEE auf null gesetzt werden würde. Die Entlastungseffekte im stationären Bereich wären identisch zur Stellschraube einer Vollversicherung (vgl. Tabelle 55). Die Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würden gegenüber dem Basisszenario deutlich geringer ausfallen. Sie würden im Jahr 2060 in Preisen des Basisjahres 13.370 € betragen (gegenüber 19.678 € im Basisszenario). Mit dieser finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wäre ein Rückgang der Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege im stationären Bereich verbunden. Die HzP-Quote würde im Jahr 2026 von 29,5 % im Basisszenario auf 15,7 % zurückgehen und im Jahr 2060 von 20,9 % auf 11,4 %.

Der zusätzliche Finanzbedarf der SPV würde bei einem Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEEs deutlich geringer ausfallen als bei einem Sockel von null. Der ausgabendeckende Beitragssatz müsste in diesem Fall nur um bis zu knapp 0,3 %-Punkte angehoben werden (Tabelle 67).

Wenn der EEE als Sockel nominal konstant gehalten wird, sinkt er in der Diskontierung mit der Lohnentwicklung über den Projektionszeitraum. Er würde im Jahr 2060 in Preisen des Basisjahres nur noch 4.932 € betragen (gegenüber 12.026 € im Basisszenario). Diese finanzielle Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wäre mit einem Rückgang der HzP-Quote auf 14,8 % im Jahr 2060 (gegenüber 20,9 % im Basisszenario) verbunden.

Tabelle 67: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEEs (Stellschraube 18.2)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,69%	4,12%	4,38%	4,90%	4,88%
Delta (ST – BS)	+0,02%	+0,05%	+0,14%	+0,23%	+0,29%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-0,4	-1,2	-3,9	-8,6	-13,9
kumuliert und diskontiert					-88,3
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (Ø, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (Ø, ST, diskontiert)	13.494 €	11.972 €	8.908 €	6.629 €	4.932 €
EEE effektiv (Ø, BS, disk.)	7.513 €	7.299 €	6.952 €	6.622 €	6.307 €
EEE effektiv (Ø, ST, disk.)	7.077 €	6.279 €	4.672 €	3.477 €	2.587 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	28,5%	26,3%	21,5%	17,0%	14,8%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; EEE effektiv nach Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI (EAB); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert sowie EEE als Gegenwartswert im Basisjahr

Bei einem Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEEs würde der zusätzliche Finanzbedarf der SPV aus den ersten beiden Varianten eines Sockel-Spitze-Tauschs in ein Finanzpotenzial zur Beitragssatzsenkung umschlagen. Wenn der EEE real konstant gehalten würde, stiege er nominal etwas

stärker an als im Basisszenario. Die SPV hätte dann etwas geringere Kosten zu tragen. Der ausgabendeckende Beitragssatz könnte in der zweiten Hälfte des Projektionszeitraums abgesenkt werden, im Jahr 2060 um knapp 0,1 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario (Tabelle 68).

Wenn der EEE als Sockel real konstant gehalten wird, würde er im Jahr 2060 in Preisen des Basisjahres 13.897 € betragen (gegenüber 12.026 € im Basisszenario). Die damit verbundene finanzielle Mehrbelastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen würde ihre Gesamtausgaben gegenüber dem Basisszenario erhöhen und entsprechend auch die HzP-Quote im vollstationären Bereich auf 22,8 % im Jahr 2060 (gegenüber 20,9 % im Basisszenario) anheben.

Tabelle 68: Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEEs (Stellschraube 18.3)

	2026	2030	2040	2050	2060
Beitragssatz					
Basisszenario (BS)	3,67%	4,07%	4,24%	4,66%	4,59%
Stellschraube (ST)	3,68%	4,07%	4,22%	4,61%	4,51%
Delta (ST – BS)	+0,01%	-	-0,02%	-0,05%	-0,08%
Finanzwirkung SPV (Mrd. €)					
in Preisen des jew. Jahres	-0,2	-	+0,6	+1,8	+3,7
kumuliert und diskontiert					+15,9
Private Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (€ pro Jahr)					
EEE (∅, BS, diskontiert)	14.325 €	13.917 €	13.256 €	12.626 €	12.026 €
EEE (∅, ST, diskontiert)	13.897 €	13.897 €	13.897 €	13.897 €	13.897 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (∅, BS, diskontiert)	23.906 €	23.347 €	22.041 €	20.820 €	19.678 €
Gesamtausgaben nach Abzug EAB (∅, ST, diskontiert)	23.682 €	23.336 €	22.378 €	21.487 €	20.659 €
Hilfe zur Pflege bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (%)					
Anteil Empfänger (BS)	29,5%	28,4%	26,0%	22,5%	20,9%
Anteil Empfänger (ST)	29,0%	28,4%	26,7%	23,8%	22,8%

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkungen: Delta (ST – BS) in Prozentpunkten; Gesamtausgaben inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie ggfs. inkl. Ausbildungskosten und Investitionskosten (BS) und ggfs. inkl. Selbstbeteiligung (ST); Finanzwirkung kumuliert und diskontiert, EEE sowie Gesamtausgaben als Gegenwartswert im Basisjahr

5. Weitere Ergebnisse

5.1 Mehr- oder Minderaufkommen Einkommensteuer

5.1.1 Vorgehen und Annahmen

Die folgende Schätzung der Effekte der betrachteten Stellschrauben auf das Einkommensteueraufkommen von Bund und Ländern zusammen kann nur eine grobe Näherung darstellen. Die Schätzung wurde nur auf das durchschnittliche zu versteuernde Einkommen (Mittelwert) bezogen. Effekte, die darüber hinaus aus einer ungleichen Verteilung oberhalb und unterhalb des Mittelwerts des zu versteuernden Einkommens resultieren, bleiben bei diesem Ansatz ebenso unberücksichtigt wie Obergrenzen beim Sonderausgabenabzug im Rahmen der Einkommensteuer-
veranlagung.

Die beitragspflichtigen Einnahmen der SPV wurden dafür näherungsweise als das zu versteuernde Einkommen der SPV-Mitglieder herangezogen. Im Jahr 2022 betragen die durchschnittlichen bpE je Mitglied der SPV 28.055 €. Gemäß Grundtabelle der Einkommensteuer betrug der Durchschnittssteuersatz bei einem zu versteuernden Einkommen in dieser Größenordnung im Jahr 2022 rund 16 %. Es wurde davon ausgegangen, dass die SPV-Mitglieder die mit den betrachteten Stellschrauben verbundenen höheren oder geringeren Beitragszahlungen im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung vollständig als Sonderausgaben (§ 10 EStG) geltend machen können. Entsprechend wurde der Beitragssatzeffekt jeder Stellschraube, der sich für das Zieljahr 2060 ergibt, auf die durchschnittliche bpE je Mitglied im Basisjahr bezogen und mit dem Durchschnittssteuersatz der Effekt auf das Einkommensteueraufkommen bemessen. Hochgerechnet wurde der Effekt mit der Anzahl der SPV-Mitglieder im Basisjahr (57,7 Mio.). Der Effekt kann somit als bezogen auf das Zieljahr 2060 und diskontiert auf das Basisjahr interpretiert werden.

Die Ergebnisse beziehen sich auf den Vergleich zur Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Basisszenario. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass sich bereits im Basisszenario durch einen Anstieg des ausgabendeckenden Beitragssatzes über den Projektionszeitraum Mindereinnahmen beim Einkommensteueraufkommen gegenüber einem konstanten Beitragssatz auf dem Niveau des Basisjahrs ergeben würden. Diese wären allerdings nicht der Umsetzung der betrachteten Stellschrauben zuzuordnen, da sie sich auch ohne eine solche Umsetzung ergeben würden.

5.1.2 Ergebnisse

Ein Teil der Stellschrauben wäre mit einer Beitragssatzerhöhung im Jahr 2060 verbunden, um einen entstehenden Finanzbedarf zu decken. Dies trifft insbesondere auf die Vollversicherung (Stellschraube 17) zu. Die höheren SPV-Beitragszahlungen könnten die Mitglieder dann im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung als Sonderausgaben geltend machen und somit ihre Einkommensteuerlast

reduzieren. Dies würde in der Summe über alle Mitglieder zu einem Einkommensteuerminderaufkommen im Jahr 2060 (in Preisen des Basisjahrs) von je nach Stellschraube zwischen etwa 1,3 Mrd. € und 3,0 Mrd. € führen (0,9 Mrd. € bis 2,2 Mrd. € im Jahr 2026, 1,0 Mrd. € bis 2,5 Mrd. € im Jahr 2030, 1,1 Mrd. € bis 2,7 Mrd. € im Jahr 2040 und 1,2 Mrd. € bis 2,9 Mrd. € im Jahr 2050). Lediglich die Vollversicherung inklusive des Pflegegelds wäre aufgrund einer sehr kräftigen Beitragssatzsteigerung mit einem deutlich größeren Einkommensteuerminderaufkommen verbunden (rund 10 Mrd. € im Jahr 2026, 12 Mrd. € im Jahr 2030, 13 Mrd. € im Jahr 2040, 14 Mrd. € im Jahr 2050 und 13 Mrd. € im Jahr 2060).

Der größere Teil der betrachteten Stellschrauben hingegen wäre mit einer Beitragssatzsenkung bis zum Jahr 2060 verbunden, sofern ein zusätzlich erzielter Finanzspielraum für eine solche genutzt werden würde (wurde hier beim ausgabenbedeckenden Beitragssatz unterstellt). Die geringere Beitragssatzzahlung würde zu einem entsprechend geringeren Sonderausgabenabzug im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung der SPV-Mitglieder führen und somit deren Einkommensteuerlast im Durchschnitt erhöhen. Bei solchen Stellschrauben, deren Beitragssatzsenkungspotenzial im Jahr 2060 nicht größer als 0,4 %-Punkte ausfällt, würde ein Einkommensteuermehraufkommen in einer Größenordnung von bis zu 1,0 Mrd. € im Jahr 2060 resultieren (bis 0,7 Mrd. € im Jahr 2026, bis 0,8 Mrd. € im Jahr 2030, bis 0,9 Mrd. € im Jahr 2040 und bis 1,0 Mrd. € im Jahr 2050). Stellschrauben mit einem Beitragssatzsenkungspotenzial zwischen 0,4 %-Punkten und 1,0 %-Punkten im Jahr 2060 wären mit einem Einkommensteuermehraufkommen von 1,0 Mrd. € bis 2,6 Mrd. € im Zieljahr der Projektion verbunden (etwa 0,2 Mrd. € im Jahr 2026, bis 1,2 Mrd. € im Jahr 2030, bis 1,7 Mrd. € im Jahr 2040 und bis 2,7 Mrd. € im Jahr 2050). Lediglich im Zusammenhang mit der Stellschraube zum progressiven Beitragssatz (Stellschraube Nr. 7) wäre ein Mehraufkommen bei der Einkommensteuer – je nach Variante – in Höhe von 4,0 bis 4,5 Mrd. € im Jahr 2060 (Gegenwartswert) zu erwarten. Bei dieser Stellschraube würde sich in allen Jahren des Projektionszeitraums ein Einkommensteuermehraufkommen in etwa der gleichen Größenordnung ergeben (zwischen 4,0 und 4,5 Mrd. €).

Eine tabellarische Darstellung mit den Effekten auf das Einkommensteueraufkommen in den Jahren 2026, 2030, 2040, 2050 und 2060 ist für jede einzelne Stellschraube in Anhang 1.A1 enthalten (Tabelle 69).

5.2 Verwaltungsaufwand

5.2.1 Vorgehen und Annahmen

Der Verwaltungsaufwand, der bei Umsetzung der betrachteten Stellschrauben zu erwarten wäre, wurde für jede Stellschraube in einem groben Überschlag geschätzt. Das Vorgehen wurde orientiert an etablierten Verfahren zur Bemessung des verwaltungsbezogenen Erfüllungsaufwands von Gesetzesvorhaben. Dazu wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung (Bundesregierung, 2022) zugrunde gelegt. Auf dieser Grundlage wurden zur Bemessung des Personalaufwands Lohnsätze von 47,20 € pro Stunde für den gehobenen Dienst und 66,20 € pro Stunde für den höheren Dienst angesetzt. Den Schätzungen zum Personalaufwand zugrunde gelegt wurde der Mittelwert dieser Lohngruppen in Höhe von 56,70 € pro Stunde. Darüber hinaus wurde Sachaufwand pauschal veranschlagt, in Höhe von durchschnittlich 15,00 € pro Stunde des Personalaufwands. In Summe betragen der zugrunde gelegte Personal- und Sachaufwand 71,70 € pro Stunde.

Die Schätzung des mengenmäßigen Verwaltungsaufwands im Zusammenhang mit den einzelnen Stellschrauben in Stunden wurde differenziert nach einem einmalig anfallenden Verwaltungsaufwands (Umstellungsaufwand) und einem darüber hinaus entstehenden jährlichen laufenden Verwaltungsaufwand. Die Bemessung des mengenmäßigen Aufwands als Stundenzahl wurde als grober Überschlag vorgenommen.

5.2.2 Ergebnisse

Im Ergebnis unterscheidet sich der geschätzte einmalige und laufende jährliche Verwaltungsaufwand in der Größenordnung zwischen den einzelnen Stellschrauben und ihren Kombinationen. Im Gesamtblick auf alle betrachteten Stellschrauben lässt sich feststellen, dass der einmalige Verwaltungsaufwand, der bei Umsetzung der Stellschrauben jeweils zu erwarten wäre, vermutlich nicht größer ausfallen würde als ein mittlerer sechsstelliger Eurobetrag. Dies sollte ebenfalls auf den darüber hinaus zu erwartenden laufenden jährlichen Verwaltungsaufwand zutreffen, wobei hier in Einzelfällen auch ein höherer sechsstelliger Eurobetrag vorstellbar ist (insbesondere bei der Pflegebürgerversicherung in der Variante „Bestandsschutz“).

Bei Betrachtung der Stellschrauben im Einzelnen lässt sich eine Einteilung in drei Gruppen vornehmen. Der geringste Verwaltungsaufwand dürfte sowohl einmalig als auch laufend bei solchen Stellschrauben zu erwarten sein, bei denen im Wesentlichen nur eine Anpassung eines oder weniger Parameterwerte vorgenommen wird. Dies betrifft die Anhebung der BBG, den progressiven Beitragssatz, die „ungleiche“ Leistungsdynamisierung sowie die Entlastungszahlungen für Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen, das Pflegeunterstützungsgeld, die Beitragsfreiheit von Elterngeld und die Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld. In diesen Fällen dürfte der Verwaltungsaufwand sowohl einmalig als auch laufend jährlich in

eine Größenordnung von einem mittleren vierstelligen bis niedrigen fünfstelligen Eurobetrag fallen.

Eine größere Zahl der Stellschrauben dürfte mit einem etwas höheren Verwaltungsaufwand verbunden sein. Insbesondere der einmalige Umstellungsaufwand dürfte bei folgenden Stellschrauben in eine Größenordnung eines mittleren bis höheren fünfstelligen Eurobetrags fallen (unvollständige Auflistung): Risikoausgleich, Vollversicherung (auch in Kombinationen), Entlastung bei Investitionskosten (auch in Kombinationen), Verbeitragung aller Einkunftsarten, rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung, alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit höheren Einzahlungen und Sockel-Spitze-Tausch.

Der größte einmalige und zumeist auch laufende Verwaltungsaufwand ist bei solchen Stellschrauben zu erwarten, die bereits an sich größere Umstellungen vorsehen, weil bspw. Systeme ineinander integriert werden oder neue Informationen, wie Einkommen von Pflegebedürftigen, erhoben werden müssen, oder die eine Kombination von Stellschrauben vorsehen, die jeweils einzeln bereits mit merklichem Verwaltungsaufwand verbunden sind. In diesen Fällen ist von einem einmaligen Verwaltungsaufwand in der Größenordnung eines niedrigen bis mittleren sechsstelligen Eurobetrags auszugehen. Der laufende jährliche Verwaltungsaufwand dürfte bei einigen dieser Stellschrauben etwas geringer ausfallen, bei anderen wiederum aber auch in einer ähnlichen Größenordnung wie der einmalige Aufwand landen. In die Gruppe der Stellschrauben mit dem höchsten zu erwartenden Verwaltungsaufwand fallen folgende Stellschrauben (unvollständige Auflistung): Pflegebürgerversicherung (in beiden Varianten und auch in Kombinationen), einkommensabhängige EAB (auch in Kombinationen), einkommens- und ertragsabhängige EAB (auch in Kombinationen), verpflichtende private Zusatzversicherung (in beiden Varianten), Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger, Vollversicherung in aufwändigen Kombinationen, alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit Erhaltung eines Kapitalstocks oder mit Pflegeetagegeld, beitragsfreie Familienversicherung.

5.3 Wechselwirkungen zu anderen Bereichen

Die betrachteten Stellschrauben weisen zu einem großen Teil Wechselwirkungen zum Leistungsbezug im Rahmen der Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII) auf. Dies betrifft solche Stellschrauben, die eine Änderung an der Aufteilung der Pflegekosten auf die Leistungen der SPV und den Eigenanteil der Pflegebedürftigen vorsehen. Diese Wechselwirkungen wurden im Einzelnen zumindest hinsichtlich des Bezugs in der Gruppe der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen quantifiziert. Ebenfalls dürfte ein Großteil der Stellschrauben Wechselwirkungen zur Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich aufweisen. Diese wurden allerdings nicht quantifiziert, da die Pflegekosten im ambulanten Bereich nicht modelliert wurden und somit auch der Bezug von Leistungen der HzP für den ambulanten Bereich nicht modellendogen abgebildet wurde.

Einige Stellschrauben haben Wechselwirkungen zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Dies betrifft insbesondere die Pflegebürgerversicherung samt Kombinationen (Nr. 4 und 5), den Risikoausgleich (Nr. 6) und die verpflichtende private Zusatzversicherung (Nr. 11). Auf die Wechselwirkungen dieser Stellschrauben in Bezug auf die PPV wurden im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse zu diesen Stellschrauben eingegangen.

Vereinzelt weisen die Stellschrauben darüber hinaus Wechselwirkungen zu anderen Sozialversicherungsträgern auf. Stellschraube Nr. 8 sieht die Kompensation der SPV für die Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen vor. Insofern davon ausgegangen werden kann, dass bei einer Umsetzung dieser Stellschraube die Rentenversicherungsbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) in gleichem Umfang durch einen dritten Kostenträger gezahlt werden würden, wäre die Wechselwirkung einer Umsetzung dieser Stellschraube auf die GRV effektiv gleich Null, würde sich allerdings zu Lasten Dritter ergeben.

Die Stellschrauben, die einnahmenseitig eine Veränderung bei der Beitragsbemessung vorsehen, weisen potenziell Wechselwirkungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf. Allerdings wurden die Auswirkungen auf die GKV nicht betrachtet. Ähnliche Annahmen wurden im Zusammenhang mit ausgabeseitigen Stellschrauben zur beitragsfreien Familienversicherung, zur Beitragsfreiheit von Elterngeld und zur Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld getroffen.

Potenziell bestehen darüber hinaus Wechselwirkungen der Stellschrauben zur GKV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Die GKV beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Mio. € (§ 37 Abs. 2a SGB V). Im SPV-Projektionsmodell wurde die Entwicklung von kalkulatorischen Kosten im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege von vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf Basis von durchschnittlichen ambulanten Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) abgebildet. Allerdings erfolgte die Fortschreibung dieser Kosten pauschal mit den Pflegekosten für die Preiskomponente und mit der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen für die Mengenkomponekte. Insofern wurden die Ausgaben der medizinischen Behandlungspflege im Modell nicht endogen abgebildet, und es konnten keine Wechselwirkungen zwischen den ermittelten Finanzwirkungen der Stellschrauben auf die SPV und den Finanzierungsanteil der GKV an der medizinischen Behandlungspflege ausgewiesen werden. Für eine Bemessung solcher Wechselwirkungen wäre eine Annahme zu treffen, in welchem Umfang der gesetzlich festgelegte Betrag, mit dem sich die GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege der SPV beteiligt (§ 37 Abs. 2a SGB V), durch die Finanzwirkungen der jeweiligen Stellschrauben ggfs. angepasst werden sollte.

5.4 Herausforderungen bei technischer Umsetzung

Bei einem Teil der Stellschrauben ist davon auszugehen, dass sich bei einer möglichen Umsetzung Herausforderungen im Zusammenhang mit der technischen Umsetzung ergeben würden. Auf die größten Herausforderungen wird in diesem Abschnitt kurz eingegangen.

Sollte die Verbeitragung der beitragspflichtigen Einnahmen auf alle Einkunftsarten gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 7 EStG ausgeweitet werden (Stellschraube Nr. 2), dürfte die Erfassung der Einkünfte in den weiteren Einkunftsarten, insbesondere der Kapitaleinkünfte und der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie der Einzug der Beiträge auf diese Einkunftsarten eine Herausforderung darstellen. Diese Einkünfte werden gegenwärtig in erster Linie im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung erfasst. Inwiefern auf dieser Erfassung für eine potenzielle Verbeitragung im Rahmen der Beitragszahlungen zur sozialen Pflegeversicherung aufgesetzt werden könnte oder alternativ in Bezug auf die Kapitalerträge dem Prinzip der Verbeitragung an der Quelle der Einkunftsentstehung gefolgt werden könnte, wäre zu eruieren. Bei freiwillig gesetzlich Krankenversicherten können Krankenkassen für die endgültige Bemessung des Beitrags, der in diesem Fall auch auf Kapitaleinkünfte und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erhoben wird, die Vorlage des Einkommensteuerbescheids verlangen. Es wäre zu prüfen, ob für die Beitragsbemessung im Rahmen der bei der Stellschraube Nr. 2 vorgesehenen Ausweitung der Verbeitragung auf alle Einkunftsarten auf diesem Verfahren aufgesetzt werden könnte.

Im Zusammenhang mit der Pflegebürgerversicherung dürften einige Herausforderungen bei der technischen Umsetzung bestehen (Stellschrauben Nr. 4 und 5). Eine Herausforderung, die weniger technisch als rechtlich einzuordnen wäre und der unabhängig von den beiden betrachteten Varianten „Morning after“ und „Bestandsschutz“ zu begegnen wäre, sind verfassungsrechtliche Fragen einer Pflegebürgerversicherung (u. a. in Bezug auf Beamtenverhältnisse und Beihilfeansprüche), die unter anderem auch darauf abzielen, wie mit den angesparten Alterungsrückstellungen bei Einbezug der einzelnen Privatversicherten in die SPV zu verfahren wäre.

Bei der Variante „Bestandsschutz“ der Pflegebürgerversicherung wäre zudem mit Herausforderungen beim Einbezug aller zukünftig neu gemäß SGB XI versicherungspflichtig werdenden Personen in die SPV zu rechnen. Würde man als Kriterium der Versicherungspflicht das Alter in Verbindung mit dem beruflichen Status (Volljährigkeit und Erwerbstätigkeit) heranziehen, wären diese Kriterien laufend in Bezug auf die Familienangehörigen des PPV-Bestands zu überprüfen und ein Einbezug in die SPV bei Eintritt der Versicherungspflicht geeignet umzusetzen. Diese technische Umsetzung dürfte ebenfalls mit Herausforderungen verbunden sein.

Ähnliche Herausforderungen sind im Zusammenhang mit der Umsetzung einer verpflichtenden privaten Zusatzversicherung in beiden betrachteten Varianten vorstellbar (Stellschraube Nr. 11). Auch hier wäre der Abschluss einer solchen privaten Zusatzversicherung durch alle SPV-Versicherten umzusetzen. Die Pflicht zum

Abschluss einer solcher Zusatzversicherung wäre zunächst geeignet gesetzlich zu verankern, wäre anschließend zu verfolgen und ihre Einhaltung zu überprüfen. Zudem wären die individuellen Prämienzahlungen zu kalkulieren.

Würde man die Stellschraube einer Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit einem Teil ihrer Einkommen (Stellschraube Nr. 12) umsetzen wollen, ergäben sich die Herausforderungen der Feststellung des Einkommens der Pflegebedürftigen und der Einzug der Zahlungen. Zunächst wäre ein geeignetes Einkommenskonzept zu bestimmen, anhand dessen die Zahlungen bemessen werden könnten und anschließend müsste der Einzug der Zahlungen an geeigneter Stelle ansetzen. Zu prüfen wäre, ob dafür zur Vereinfachung an der Zahlung der gegenwärtigen Eigenbeteiligung an den Pflegekosten aufgesetzt werden könnte.

Die Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten (Stellschraube Nr. 16 und 14) ist mit einer Herausforderung in Bezug auf die Feststellung des Umfangs der Investitionskosten im ambulanten Bereich zur Bemessung des Erstattungsbetrags verbunden. Zu den Beträgen im ambulanten Bereich gibt es – im Gegensatz zum stationären Bereich – weniger transparente Daten, auf denen eine Bemessung des Erstattungsbetrags aufsetzen könnte.

6. Zusammenfassung

In einem Projektionsmodell für die langfristige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) wurden diverse konkret ausgestaltete Stellschrauben abgebildet und mit diesen verbundene potenzielle Finanzwirkungen über einen Projektionszeitraum bis zum Jahr 2060 geschätzt. Dabei wurde ausgewiesen, in welchem Umfang der ausgabendeckende Beitragssatz der SPV angehoben werden müsste oder gesenkt werden könnte, sofern sich ein zusätzlicher Finanzbedarf oder Finanzspielraum ergäbe. Die Ergebnisdarstellung wurde auf den ausgabendeckenden Beitragssatz bezogen, um die Größenordnung der Beitragssatzeffekte zu verdeutlichen und zwischen den Stellschrauben vergleichbar zu gestalten.

Ein Teil der Stellschrauben wäre mit einer Beitragssatzerhöhung im Jahr 2060 verbunden, um einen entstehenden Finanzbedarf zu decken. Dies trifft insbesondere auf die Vollversicherung sowie die dazu betrachteten Kombinationen zu, darüber hinaus auch auf eine Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger und einen Sockel-Spitze-Tausch. Je nach Umfang des Finanzbedarfs müsste bei diesen Stellschrauben der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2060 um bis zu 1,2 %-Punkte gegenüber dem Basisszenario (4,6 %) angehoben werden; bei einer Vollversicherung, die auch das Pflegegeld umfasst, müsste eine noch wesentlich kräftigere Beitragssatzerhöhung erfolgen.

Der größere Teil der betrachteten Stellschrauben hingegen wäre mit einer Beitragssatzsenkung im Jahr 2060 verbunden, sofern ein zusätzlich erzielter Finanzspielraum für eine solche genutzt werden würde. Diese fiel je nach Stellschraube unterschiedlich hoch aus. Die meisten Stellschrauben wären mit einem Beitragssatzsenkungspotenzial im Jahr 2060 von bis zu 0,5 %-Punkten gegenüber dem Basisszenario (4,6 %) verbunden. In diesem Zusammenhang anzuführen sind insbesondere die einnahmenseitigen Stellschrauben einer BBG-Anhebung, einer Verbeitragung weiterer Einkunftsarten und Kombinationen dieser beiden, des Weiteren auch die systemübergreifenden Stellschrauben der Pflegebürgerversicherung (mit und ohne Bestandsschutz) sowie der Risikoausgleich zwischen SPV und PPV. Ebenfalls eine Effektstärke mittlerer Größenordnung weisen die Stellschrauben auf, die eine Kompensation der SPV für die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen und die beitragsfreie Familienversicherung vorsehen, die auf Effizienzpotenziale abzielenden Stellschrauben der verstärkten Präventionsleistungen, der verstärkten Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen, der einkommens- und ertragsabhängigen Ausgestaltung der Eigenanteilsbegrenzung sowie der geringeren Dynamisierung stationärer Leistungen und zuletzt auch eine alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit Erhaltung eines Kapitalstocks.

Eine vergleichsweise große Effektstärke weisen die Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“ kombiniert mit den einnahmenseitigen Stellschrauben, eine rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz, ein „selbst regulierendes“ System mit einnahmenorientierter Ausgabenpolitik, eine verpflichtende private Zusatzversicherung mit konstantem

Beitragssatz sowie ein progressiver Beitragssatz auf. Bei Umsetzung dieser Stellschrauben könnte der Beitragssatz im Jahr 2060 zwischen 0,5 %-Punkten und 1,7 %-Punkten gegenüber dem Basisszenario (4,6 %) gesenkt werden.

Die Stellschrauben wurden zu einem Teil so ausgestaltet, dass ein Finanzpotenzial zur Absenkung des Beitragssatzes durch eine Kürzung der Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden würde. In diesen Fällen müssten die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen einen größeren Teil der Pflegekosten selbst finanzieren. Zur Bemessung dieser weiteren Finanzwirkungen wurden daher ebenfalls Effekte auf die finanzielle Belastung der privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen und in der Folge auf die Quote ihres Bezugs von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (HzP) geschätzt.

Solche Effekte würden sich grundsätzlich – mit unterschiedlicher Effektstärke – im Zusammenhang mit den folgenden Stellschrauben ergeben: einer verpflichtenden privaten Zusatzversicherung, einer Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger, einer verstärkten Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen, einer einkommens- und ertragsabhängigen Ausgestaltung der Eigenanteilsbegrenzung, einer geringeren Dynamisierung stationärer Leistungen, einer rein inflationsorientierten Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz, einer Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten, einem „selbst regulierenden“ System mit einnahmenorientierter Ausgabenpolitik, einer Vollversicherung und einem Sockel-Spitze-Tausch. Entsprechende Effekte würden sich je nach Stellschraube an unterschiedlicher Stelle zeigen, entweder unmittelbar beim einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), bei der Eigenanteilsbegrenzung (gemäß § 43c SGB XI) oder bei den Gesamtausgaben der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (inkl. Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Ausbildungskosten und Investitionskosten).

Zudem wurde auf weitere Effekte, die mit einer Umsetzung der Stellschrauben verbunden wären, eingegangen. Wechselwirkungen zu anderen Bereichen und Sozialversicherungsträgern wurden vereinzelt aufgezeigt, grob überschlagen wurden der bei Umsetzung zu erwartende Verwaltungsaufwand sowie Mehr- oder Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer von Bund und Ländern, die sich infolge der Beitragssatzveränderungen voraussichtlich ergeben würden. Sofern absehbar, wurde auf Herausforderungen, die sich bei der technischen Umsetzung der Stellschrauben abzeichnen, eingegangen.

7. Anhang

**A1 Effekt auf Einkommensteueraufkommen nach
Stellschrauben**

A1 Effekt auf Einkommensteueraufkommen nach Stellschrauben

Tabelle 69: Effekt Einkommensteueraufkommen je Stellschraube in Jahren 2026, 2030, 2040, 2050, 2060 (in Mio. € diskontiert auf Basisjahr)

Nr.	2026	2030	2040	2050	2060	
1.1	Anhebung BBG auf VPG	181	207	207	233	233
1.2	Anhebung BBG auf GRV-BBG	466	492	544	595	569
2	Verbeitragung aller Einkunftsarten	233	233	259	285	285
3.1	Anhebung BBG auf VPG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten	414	440	492	544	518
3.2	Anhebung BBG auf GRV-BBG kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten	699	777	828	906	880
7.1	Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen und Verbeitragung aller Einkunftsarten	3.986	4.038	3.986	3.986	3.960
7.2	Progressiver Beitragssatz bei fixen Aufschlägen und Verbeitragung aller Einkunftsarten	4.323	4.400	4.374	4.400	4.374
4.1	Pflegebürgervers. „Morning after“	751	802	854	984	1.009
4.2	Pflegebürgervers. „Bestandsschutz“	0	26	233	414	647
5.1	Pflegebürgervers. „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG	958	1.009	1.087	1.242	1.268
5.2	Pflegebürgervers. „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG	1.320	1.398	1.501	1.682	1.682
5.3	Pflegebürgervers. „Morning after“ kombiniert mit Verbeitragung aller Einkunftsarten	958	1.035	1.113	1.268	1.294
5.4	Pflegebürgervers. „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf VPG und Verbeitragung aller Einkunftsarten	1.165	1.242	1.346	1.527	1.553
5.5	Pflegebürgervers. „Morning after“ kombiniert mit Anhebung BBG auf GRV-BBG und Verbeitragung aller Einkunftsarten	1.527	1.631	1.760	1.967	1.967
6	Risikoausgleich zwischen SPV und PPV	285	311	336	466	466
8	Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen	647	751	880	958	984
9.1	Beitragsfreie Familienversicherung	777	880	854	828	802
9.2	Pflegeunterstützungsgeld	0	0	0	0	0
9.3	Beitragsfreiheit von Elterngeld	52	52	52	52	52
9.4	Beitragsfreiheit von Mutterschaftsgeld	0	0	0	0	0
10.1.1	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,1 %-Punkte erhöhten Einzahlungen	0	-259	155	78	0
10.1.2	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,2 %-Punkte erhöhten Einzahlungen	0	-518	-104	-26	0
10.1.3	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,3 %-Punkte erhöhten Einzahlungen	0	-777	-362	-129	0
10.1.4	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,4 %-Punkte erhöhten Einzahlungen	0	-1.035	-621	466	285
10.1.5	Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,5 %-Punkte erhöhten Einzahlungen	0	-1.268	-880	207	26
10.2	Ergänzung des Pflegevorsorgefonds mit Erhaltung eines kollektiven Kapitalstocks	0	0	1.061	984	1.009
10.3.1	Ergänzung des Pflegevorsorgefonds mit individuellem Kapitalstock bei fixierten Einzahlungen	0	0	0	0	0
10.3.2	Ergänzung des Pflegevorsorgefonds mit Zahlung eines Pflegetagegeldes vom Umfang einer Vollversicherung	0	0	0	0	0
11.1	Verpflichtende private Zusatzversicherung bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung	181	1.217	1.657	2.744	2.563
11.2	Verpflichtende private Zusatzversicherung bei einer Vollversicherung	181	1.217	1.657	2.744	2.563
12.1	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50% ihres Einkommens	-569	-569	-440	-285	-78
12.2	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 30% ihres Einkommens	-1.553	-1.682	-1.708	-1.786	-1.605
13.1	Verstärkte Präventionsleistungen	0	1.061	1.139	1.242	1.191
13.2	Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen	0	362	388	388	388
13.3.1	Einkommensabhängige EAB	181	207	207	259	259
13.3.2	Einkommens- und ertragsabhängige EAB	207	233	259	285	285
13.4.1	Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen	0	26	129	259	388
13.4.2	Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen	0	0	52	104	129
13.5	Rein inflationsorientierte Leistungsdyn. bei konst. Beitragssatz	181	1.217	1.657	2.744	2.563
13.6.1	Rein inflationsorientierte Leistungsdyn. bei konst. Beitragssatz komb. mit verstärkten Präventionsleistungen	181	1.217	1.657	2.744	2.563
13.6.2	Rein inflationsorientierte Leistungsdyn. bei konst. Beitragssatz komb. mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs	181	1.217	1.657	2.744	2.563
13.6.3	Rein inflationsorientierte Leistungsdyn. bei konst. Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB	181	1.217	1.657	2.744	2.563
13.6.4	Rein inflationsorientierte Leistungsdyn. bei konst. Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB	181	1.217	1.657	2.744	2.563
16	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten	0	0	0	0	0
14.1	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit verstärkten Präventionsleistungen	0	1.061	1.139	1.242	1.191
14.2	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit Steuerung Zugang Pflegeleistungen	0	362	388	388	388
14.3	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit einkommensabhängiger EAB	0	207	207	259	259
14.4	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB	0	233	233	285	285
14.5	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen	0	26	129	259	388
14.6	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen	0	0	52	104	129
14.7	Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten komb. mit rein inflationsorientierter Dynamisierung	181	1.217	1.657	2.744	2.563
15	„Selbst regulierendes“ System	181	1.217	1.657	2.744	2.563
17.1.1	Vollversicherung exkl. Pflegegeld	-2.226	-2.485	-2.718	-3.003	-2.925
17.1.2	Vollversicherung inkl. Pflegegeld	-10.224	-11.596	-12.683	-13.615	-13.098
17.2	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf VPG	-2.019	-2.252	-2.459	-2.718	-2.666
17.3	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Anhebung der BBG auf GRV-BBG	-1.657	-1.864	-2.045	-2.278	-2.226
17.4	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Risikoausgleich SPV PPV	-1.941	-2.174	-2.381	-2.537	-2.459
17.5	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Rentenversicherungsbeiträge Pflegepersonen	-1.579	-1.734	-1.838	-2.045	-1.967
17.6	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit beitragsfreier Familienversicherung	-1.294	-1.398	-1.657	-1.993	-1.967
17.7	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Pflegeunterstützungsgeld	-2.226	-2.485	-2.718	-3.003	-2.925
17.8	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Elterngeld	-2.174	-2.433	-2.640	-2.925	-2.873
17.9	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Beitragsfreiheit Mutterschaftsgeld	-2.226	-2.485	-2.718	-3.003	-2.925
17.10	Vollversicherung exkl. Pflegegeld kombiniert mit Ausgestaltung Pflegevorsorgefonds über Kapitalstock	-2.226	-2.485	-1.838	-2.019	-1.915
18.1	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null	-932	-1.009	-1.087	-1.268	-1.268
18.2	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEEs	-52	-129	-362	-595	-751
18.3	Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEEs	-26	0	52	129	207

Quelle: IGES auf Basis des SPV-Projektionsmodells

Anmerkung: Beträge im jeweiligen Jahr, nicht kumuliert, diskontiert auf das Basisjahr.

Literaturverzeichnis

- Bundesregierung (2022): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Statistisches Bundesamt im Auftrag der Bundesregierung und des Nationalen Normenkontrollrates (Hrsg.) https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publicationen/Downloads-Buerokratiekosten/erfuellungsaufwand-handbuch.pdf?__blob=publicationFile. Abruf: 20.05.2024
- Ochmann R & G Braeseke (2023): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen – Berichtsjahr 2022. IGES Institut GmbH. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publicationen/Pflege/Berichte/Ergebnisbericht_Berichtsjahr_2022-barrierefrei-korrigiert.pdf. Abruf: 20.05.2024
- Ochmann R & Tisch T & Braeseke G & Albrecht M & D Sonnenberger (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bericht für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“ unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlicht
- Rothgang H & D Domhoff (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung – Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 50, September 2019. Hans Böckler Stiftung

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Auswertung der Stellungnahmen und Anhörungen zur Frage einer freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung und zum Thema Generationengerechtigkeit (Stand: 13.03.2024)

Expertinnen und Experten: Frau Dr. Schwinger (1), Herr Prof. Dr. Breyer (2), Herr Prof. Dr. Rothgang (3), Frau Prof. Dr. Leiber (4), Herr Prof. Dr. Wasem (5), Herr Dr. Blank (6), Herr Prof. Dr. Greß (7), Herr Prof. Börsch-Supan (8), Herr Prof. Werding (9).

**Hinweis: Die hier dargestellten Aussagen geben Meinungen der Expertinnen und Experten wieder und stellen nicht die Meinung der Bundesregierung oder einzelner Mitglieder der AG dar.*

Thema	Zentrale Aspekte der Stellungnahmen	Zusammenfassung
Freiwilligkeit	<ul style="list-style-type: none"> Freiwilligkeit – insbesondere im Umlageverfahren – ist nicht zielführend. (2, 4, 5, 6, 9) Adverse Selektion: Eine Freiwilligkeit könnte auch innerhalb der Zusatzversicherung zu einer Ansammlung schlechter Risiken und Mitnahme-Effekte (vgl. „Pflege-Bahr“) führen (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9) Eine Freiwilligkeit führt nach den Erkenntnissen aus den bisherigen Zusatzversicherungen nicht zu einer hinreichend großen Teilnehmendenzahl, um einen wesentlichen Beitrag zur Deckung der Finanzierungslücke zu erzielen (3, 4, 5, 6, 7) Bei Freiwilligkeit werden sich vermutlich diejenigen nicht versichern, die bereits voraussehen können, dass sie im Pflegefall Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ hätten (Samariter-Dilemma). (2, 5, 6, 8, 9) Zudem würde Freiwilligkeit zulasten derjenigen gehen, die nicht privat vorsorgen können (betrifft oftmals insbes. Frauen, die informell pflegen) (4, 6) Es ergeben sich komplexe Abgrenzungsprobleme der Leistungen bei freiwilliger Vollversicherung zu den (sich im Zeitverlauf ändernden) Leistungen der SPV/PPV. (4, 6) Gäbe es eine freiwillige Vollversicherung, so würden sich die zu 100% Versicherten eher für eine Inanspruchnahme von Pflegeleistungen entscheiden und somit auch das bestehende Teilleistungssystem stärker belasten als die nicht Vollversicherten (Moral Hazard). (2) „Freiwilligkeit“ und „paritätische Finanzierung“ sind inkompatibel. (1, 2, 5, 9) 	<p>Freiwilligkeit wird seitens der Expertinnen und Experten entschieden und mit vielfältigen Argumenten abgelehnt.</p>
Obligatorische Versicherung	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau freiwilliger Komponenten on top der Pflichtversicherung in SPV und PPV sind nicht zielführend – ein aus sozialpolitischer Sicht zufriedenstellendes Sicherungsniveau kann nur über eine obligatorische Versicherung für die Gesamtbevölkerung erreicht werden. (3, 5, 6, 7) Umsetzungsprobleme (Administration, Leistungsabgrenzung etc.) können vermieden werden, wenn die Vollversicherung einfach und unbürokratisch im Rahmen der bestehenden Systeme (SPV, PPV) integriert wird. (3, 6, 7) Nur bei einer Versicherungspflicht sind sozialpolitische Flankierungen der Zusatzversicherung aus Steuermitteln ohne Selektionseffekte möglich. (2, 5, 6, 8) 	<p>Obligatorische Zusatzversicherung ermöglicht laut einiger der befragten Expertinnen und Experten umfassenden Versicherungsschutz für alle Bevölkerungsschichten und eine Ausgestaltung, die anschlussfähig an die</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

<p>bestehenden Systeme ist. Die Zusatzversicherung muss nicht nur privatrechtsrechtlich gedacht werden, auch staatlich wäre möglich.</p>	<p>Wenn der Gesetzgeber nicht darauf vertrauen kann, dass die Bürger:innen ihre individuellen Ersparnisse als Vorsorge nutzen, dann könnte er die Bürger:innen zu einer privaten Zusatzversicherung mit Kapitaldeckung verpflichten (8).</p>	<p>bestehenden Systeme ist. Die Zusatzversicherung muss nicht nur privatrechtsrechtlich gedacht werden, auch staatlich wäre möglich.</p>
<p>Ob eine Vollversicherung zielführend und sinnvoll ist, wird von den Expertinnen und Experten überwiegend kritisch gesehen. Auch Befürworter sehen zudem eine gewisse Eigenbeteiligung auch an den Pflegekosten als sinnvoll an. Detaillierte Kostenanalysen werden zwar ausgearbeitet; es wird jedoch bei einer Vollversicherung mit erheblichen Mehrkosten für die SPV gerechnet.</p>	<p>Pro: Will die Pflegeversicherung ihrem ursprünglichen Anspruch, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, nachkommen, ist eine Vollversicherung grundsätzlich sinnvoll. (3)</p> <p>Contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durch umlagefinanzierten Vollversicherung käme es zu einer weiteren erheblichen Umverteilung von den jüngeren zu den älteren Generationen und von Personen mit geringeren Einkommen zu Personen mit höheren Einkommen. Vollversicherung wird nicht für zielführend angesehen, auch wegen des damit verbundenen Moral Hazard in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Vollversicherung oder andere Leistungsausweitungen führen zu weiterer Belastung der Beitragszahlenden und der Lohnnebenkosten (2, 8, 9). ○ Dadurch werden auch der Anreiz zur Erwerbsarbeit reduziert (9). ○ Die Einführung einer Vollversicherung zum jetzigen Zeitpunkt wäre durch Einführungsgewinne für die Babyboomer auf Kosten ihrer Kinder nicht generationengerecht (8, 9). ○ Das familienbasierte Pflegesystem wird durch Vollversicherungsmodelle konterkariert; zusätzliche gesamtwirtschaftliche Belastungen durch steigende Sozialabgaben. Privatpersonen sollten im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Pflegekosten auch teilweise selbst tragen. Vollversicherung schützt das Erbe zulasten von Beitragszahlenden; Vollversicherung hat Auswirkungen auf das Sparverhalten vom mittleren bis ins hohe Alter (8, 9) ○ Bei voller Kostenübernahme sog. „Heim-Sog“ Effekt zu beachten, ist mit erheblichen Mehrbelastungen für die SPV verbunden (2, 3); ein „Heim-Sog“ Effekt wird teils jedoch auch prinzipiell angezweifelt (vgl. Themenblock Leistungsniveau) (4) <p>• Zu Bedenken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Falle einer freiwilligen Vollversicherung wäre zu prüfen, ob bzw. in welcher Gestalt eine Risikoprüfung vorzusehen wäre (8). ○ Es sollte immer ein gewisser Eigenanteil in der vollstationären Pflege verbleiben (Vorschlag PKV-Expertenrat 10% oder Sockel-Spitze-Tausch). (3, 5) ○ Die Umsetzung einer Vollkostenversicherung im ambulanten Bereich ist aufgrund der heterogenen Bedarfslagen und Bedürfnisse kaum realisierungsfähig (1, 5). Im ambulanten Bereich kann eine Vollkostenversicherung umgesetzt werden, wenn sich die Leistungsfeststellung nicht auf Pflegegrade beschränkt, sondern von Case Manager:innen individuelle bedarfsgerechte Leistungspakete ermittelt werden. (3) 	<p>Ob eine Vollversicherung zielführend und sinnvoll ist, wird von den Expertinnen und Experten überwiegend kritisch gesehen. Auch Befürworter sehen zudem eine gewisse Eigenbeteiligung auch an den Pflegekosten als sinnvoll an. Detaillierte Kostenanalysen werden zwar ausgearbeitet; es wird jedoch bei einer Vollversicherung mit erheblichen Mehrkosten für die SPV gerechnet.</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ insbesondere für die pflegebedingten Kosten bei der vollstationäre Pflege denkbar (1, 3); bei der ambulanten Pflege aufgrund der „nicht-monetären“ Komponenten (z. B. unentgeltliche Pflege durch Angehörige) sei die Ausgestaltung (wie ist der individuelle Bedarf?) sehr herausfordernd und müssen über einen längeren Zeithorizont (innerhalb der nächsten zehn Jahren) gelöst werden (1). ○ Auch einfachere Lösungen zur Abschätzung des Finanzierungsbedarfs einer Vollversicherung für die ambulante Pflege, abgeleitet aus den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Langzeitpflege, sind denkbar. (3) ○ Es müsste die Auswirkung auf den Gesamtbeitragsatz aller Sozialversicherungszweige bedacht werden, da auch die Beiträge zu GRV und GKV in Zukunft steigen werden (2). 	
<p>Parität</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Freiwilligkeit wäre wohl nur mit freiwilliger Parität seitens der Arbeitgeber vereinbar, wer regelhaft Parität will, muss sich für eine obligatorisch Lösung entscheiden. (5) ● Freiwilligkeit kann sich nur auf die Entscheidung des Versicherungsnehmers selbst beziehen: so muss er auch deren Kosten tragen und kann nicht seinen Arbeitgeber zwingen, sich daran zu beteiligen. (2, 9) ● Paritätische Finanzierung zusätzlicher Versicherungsleistungen würde die Lohnnebenkosten steigern und somit Arbeitsplätze gefährden. (2, 5) ● Die Freiwilligkeit der Absicherung stünde seitens der Arbeitnehmer:innen bei gleichzeitiger Verpflichtung der Arbeitgeber zur paritätischen Finanzierung in einem Spannungsverhältnis. Auch würde diese Lösung die Gefahr erhöhen, dass insbesondere ökonomisch besser gestellte Zielgruppen stärker profitieren, während Personen ohne ein stabiles abhängiges Beschäftigungsverhältnis unzureichend abgesichert wären. (4, 6) ● Wird eine Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung angestrebt, ist Beitragsparität sinnvoll, da so die Anschlussfähigkeit an die bestehenden Regelungen gewährleistet wird und insbesondere auch die Arbeitgeberbeteiligung in der Kassenselbstverwaltung legitimiert werden kann. Gleichwohl wäre eine Kombination aus Freiwilligkeit und Parität „überraschend“, da mit der paritätischen Komponente eine Förderung mittels Lohnerhöhung verbunden sei, die eine „Umverteilungsschleife“ zwischen Versicherten zu Nichtversicherten auslöse. (3) ● Für paritätisch spricht, dass damit auch die Arbeitgeber die Kostenentwicklungen mitberücksichtigen, letztlich zahlen werden diese Kosten jedoch die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (8) 	<p>Eine paritätische Finanzierung der Zusatzversicherung wird von 3 Experten (Breyer, Werding, Börsch-Supan) in Bezug auf die Lohnnebenkosten äußerst kritisch gesehen Andererseits ermöglicht eine paritätische Finanzierung die Anschlussfähigkeit an bestehenden Lösungen.</p>
<p>Private vs. Staatliche Vorsorge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Der SPV werden bereits im Status quo erhebliche Defizite und Schnittstellenprobleme mit Blick auf die Steuerungsebene attestiert. Diese zu adressieren wird aufgrund der hohen Verwaltungs- und Transaktionskosten nicht besser gelingen, wenn immer größer werdende Anteile der Versorgung über private Zusatzpolicen abgesichert – und damit aus der SPV ausgegliedert – werden. (1, 3) ● Dem wird entgegengehalten, dass sich private Pflegetagegeldversicherungen nicht an der Versorgungssteuerung beteiligen, sondern sich schlicht an den Regelungen der SPV orientieren und damit passive Zahler sind, so dass sie die Steuerung nicht komplizierter machen (2) 	<p>Sofern sich die Expertinnen und Experten (mit Ausnahme von Herrn Wasem) explizit äußern, werden eher Argumente genannt, die für eine staatliche Vorsorge sprechen. Die kapitalgedeckte Vorsorge</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zu den Nachteilen einer privaten Lösung wird darauf hingewiesen, dass in der privaten Pflegeversicherung ausweislich des Sozialbudgets die Verwaltungsausgaben rund ein Zehntel der Leistungsausgaben betragen gegenüber knapp 4 % in der sozialen Pflegeversicherung. (6) • Zu den Nachteilen einer staatlichen Lösung zählt, dass deren Finanzierung von der Haushaltslage abhängig ist, siehe der eigentlich derzeit zu füllende Generationenfonds in der Altersvorsorge (8) • Kapitaldeckung muss nicht unbedingt privat sein. (9) 	<p>muss nicht unbedingt privat sein. Es wird jedoch auch darauf verwiesen, dass private Lösungen der Vorsorge weniger anfällig für eventuelle Streichungen aus Budgetgründen sind.</p>
<p>Opt-out (Widerspruchs-) vs. Add-on (Zustimmungslösung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optout-Lösung einer freiwilligen paritätisch finanzierten Vollversicherung wurden in Expertenanhörung von allen Expertinnen und Experten abgelehnt. Wenn, dann add on. (3) • Sowohl die freiwillige Versicherung durch ein add-on als auch eine Opt-out-Lösung bergen die Gefahr einer zu geringen Verbreitung, insbesondere unter Personen mit einem geringen Einkommen. (6) 	<p>Beide Lösungen werden kritisch gesehen mit einer klaren Präferenz für eine verpflichtende Lösung.</p>
<p>Kapitaldeckung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es sind noch ungefähr 20 Jahre Zeit für Aufbau von Kapital, bis Babyboomer pflegebedürftig werden. Angesichts der langen Perspektive ist es den meisten Mitgliedern dieser Kohorte (wie auch allen nachfolgenden) zumutbar, alle über das jetzige Niveau der umlagefinanzierten Pflegeleistungen hinausgehenden Kosten durch eigene Vorsorge abzusichern. Kapitaldeckung hat gegenüber einer Ausweitung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung den Vorteil, dass die Generation der „Babyboomer“ dadurch ihre eigene Zusatzvorsorge in großen Teilen selbst finanziert. (2, 8, 9) • Eine private Zusatzversicherung mit Kapitaldeckung ist einzige Lösung, damit Lohnkosten nicht weitersteigen. (2, 5) • Private, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen ist kein Lösungsweg, sondern nur kollektive Kapitaldeckung über einen reformierten Pflegevorsorgefonds. (1) • Eine kapitalgedeckte Vollversicherung ist teuer, riskant und entwertet die Beiträge der Versicherten. Erwerben geburtenstarke Kohorten Kapitalmarkttitle, um ihr Vermögen im Alter aufzulösen und treffen sie dann auf geburten schwache Jahrgänge, die für ihre eigene Altersvorsorge als Käufer am Markt auftreten, so sinken die Preise und es kommt zu einer Entwertung der Anlagen (asset meltdown) (3, 4, 7). Allerdings wird auch angemerkt, dass Kapitaldeckungsverfahren gegenüber dem Umlageverfahren demografieresistenter sind (2, 5, 8, 9). Kapitalmärkte sind deutlich effizienter; gerade durch die internationale Diversifizierung kommt Asset meltdown nicht resp. kaum zum Tragen, da es international noch genügend Kapitalmärkte gibt, die weniger dem demografischen Wandel unterliegen, u.a. die USA (8, 9). • Die Reduzierung demographischer Risiken sollte eher durch die Förderung von Zuwanderung und eine kinderfreundliche Sozialpolitik erfolgen. (7) • Eine wirkliche Entlastung erfahren Beitragszahlende erst, wenn das kapitalgedeckte System in einem Reifezustand ist – also etwa ein halbes Jahrhundert nach seiner Einführung. (3) • Kapitaldeckung müsste nicht zwingend privat gelöst werden, aber eine Bildung von Rücklagen in der öffentlichen Hand müsste vor politischem Zugriff geschützt sein (9) 	<p>Die Frage der Kapitaldeckung wird von den Expertinnen und Experten unterschiedlich gesehen. Sie kann privat, aber auch staatlich gedacht werden (Generationenkapital). 3 Experten (Rothgang, Greß, Leiber) sehen die Kapitaldeckung aus volkswirtschaftlicher Perspektive kritisch, 4 andere Experten widersprechen diesem Argument (Breyer, Werding, Börsch-Supan, Wasem), auch mit dem Argument, dass Kapitaldeckung zur Generationengerechtigkeit beitrage. Bei diesem Thema wird auch oft auf eine Reform des Pflegevorsorgefonds (Form der kollektiven</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Anders als beim Umlageverfahren wäre der Anspruch bei der Kapitaledeckung gesichert, bei der Umlage können/könnten „die Jungen“ sich (irgendwann) verweigern (2, 8). • Im Umlageverfahren wird das Arbeitsangebot tendenziell zurück gehen und die Belastungen steigen, daher stößt das Umlageverfahren an Grenzen (8). • Jede Ausweitung der umlagefinanzierten Versicherungsleistungen wird die ohnehin steigenden Beitragssätze nur weiter erhöhen, es bedarf einer Kapitaldeckung (2). • Generationengerechtigkeit hieße eigentlich, dass jede Generation für sich selbst Sorge, das sei aber durch das Umlageprinzip schon verlassen (9) • Bei einem Ausbau kapitalgedeckter Komponenten seien solche zwar „generationengerechter“ (und auch noch in den nächsten Jahren leistbar), jedoch nicht so ertragsreich, wie es oft angepriesen wird. Eine höhere Rendite als die Wachstumsrate des BIP kann man nicht erwarten, eher weniger, wenn es zusätzliche Anlagerestriktionen gibt (z.B. politische Vorgaben). (8) 	<p>Kapitaldeckung) verwiesen, die von den meisten Expertinnen und Experten befürwortet wird.</p>
<p>Pflegevorsorgefonds</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Pflegevorsorgefonds existiert bereits ein Element der kollektiven Kapitaldeckung innerhalb des SPV-Systems, das in modifizierter und ausgebauter Form die Nachteile der individuellen kapitalgedeckten Privatvorsorge (u.a. ungleiche Zugangschancen, hohe Verwaltungskosten) vermeiden könnte. (1, 4) • Kritik am Pflegevorsorgefonds, dass er temporär befristet ist (Zuführung endet 2033, Ausschüttung endet 2055) und dann Kapitalstock abgeschmolzen wird, dann bleibt für künftige Generationen nach den Baby-Boomern nichts mehr übrig (Altenquotient wird aber nicht wieder sinken, sondern auf diesem Niveau verharren bzw. kontinuierlich leicht steigen) (1, 2, 3) • Es wird daher empfohlen, die Einzahlungen über sofortige Anhebung des Beitragssatzes erheblich zu vergrößern. (2). • Es wird empfohlen, die Einzahlungen über eine maßvolle Anhebung des Beitragssatzes zu vergrößern, bei einem gleichzeitigem Mittelentnahmeverbot (8) • Es sind noch ungefähr 20 Jahre Zeit für Aufbau von Kapital, bis Babyboomer pflegebedürftig werden. (2,8,9) • In Bezug auf die Generationengerechtigkeit, die gesamtsystemisch zu sehen ist, wäre eine Aufstockung des Fonds geradezu absurd: Es würde in einen Fonds eingezahlt, für dessen Einlagen Haben-Zinsen erzielt werden, während gleichzeitig für eine um Dimensionen höhere Staatsverschuldung Soll-Zinsen zu zahlen sind. Da Soll-Zinsen in aller Regel aber höher sind als Haben-Zinsen, ist diese Parallelität aus ökonomischer Sicht sinnlos. (3) • Die bisherigen Erfahrungen machen die mangelnde Resilienz und Verlässlichkeit dieses Instrumentes deutlich. (3, 5) 	<p>Die Mehrheit der Expertinnen und Experten (explizite Ausnahmen Wasem, Rothgang) plädiert für einen Ausbau/Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds aus Beitragsmitteln.</p>
<p>PKV-Verband Pflege+</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Im Vorschlag des Experten-Rats wird im Langfrist-Modell der pflegebedingte Eigenanteil in der vollstationären Pflege zu 90% über eine kapitalgedeckte Versicherung abgesichert. (5) • Der Experten-Rat sieht eine stärkere Absicherung der pflegebedingten Eigenanteile der vollstationären Pflege über eine kapitalgedeckte Lösung jenseits der umlagefinanzierten Sozialversicherung als sachgerecht an. Insofern hat der Vorschlag keine Auswirkungen auf die SV-Beitragssätze. (5) 	<p>Der Vorschlag des Experten-Rates – die sogenannte Pflege+ Versicherung - geht davon aus, dass eine ergänzende kapitalgedeckte Versicherung privatrechtlich</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elemente des sozialen Ausgleichs sind bei einem Ausbau der Absicherung vor dem Pflegekostenrisiko vorzusehen. In der Pflege+ Versicherung sind verschiedene Elemente des sozialen Ausgleichs vorgesehen. (5) • Die privatrechtliche Organisation der Pflege+ unter der Aufsicht der BaFin gewährleistet den individuellen Vorsorgeschutz mit verfassungsrechtlich garantiertem Eigentum der Versicherten. (5) • <u>Kritik:</u> Im Kern wird von der PKV also vorgeschlagen, eine Sozialversicherung in öffentlicher Trägerschaft durch eine Sozialversicherung in privater Trägerschaft zu ergänzen. Schon allein aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung erscheint es dann aber sinnvoller, die vorhandene Sozialversicherung auszubauen, anstatt die Lücken dieser Sozialversicherung zu identifizieren und dann durch eine zweite obligatorische Sozialversicherung zu schließen. (3) 	<p>organisiert und getrennt von der umlagefinanzierten SPV geführt werden sollte.</p>
<p>Betriebliche Lösung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche Lösung ist denkbar (Parität), hier müsste nur klargestellt werden, was konkret erreicht werden soll. Dagegen spreche aber: man erreicht nicht alle (sondern nur die, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind) und zudem müsste das in Tarifverhandlungen zusätzlich verhandelt werden (zusätzlich: Problem der geringen Tarifbindung/gewerkschaftlichen Vertretung). (3, 6) • Vor dem Hintergrund, dass das Interesse an betrieblichen Pflegezusatzversicherungen stark steigt, könnte die (standardisierte) betriebliche Pflegeversicherungen als Erfüllungstatbestand der Pflege+ Versicherung gelten. (5) 	<p>Eine betriebliche Lösung kann immer nur eine Teillösung bleiben, da damit nicht alle erreicht werden können.</p>
<p>Sonstige Finanzierungsaspekte</p> <p>Leistungsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung zu Sockel-Spitze-Tausch: der Eigenanteil wird nicht auf null reduziert, sondern auf einen Wert unterhalb der derzeitigen Eigenanteile, der dann aber über Zeit konstant gehalten wird. (3, 4, 7) • Eine Absenkung des Leistungsniveaus wäre für die Folgegeneration nicht generationengerecht, weil deren (der Vorgeneration zugestanden) Bedarfe dadurch unbefriedigt bleiben. (3) • Ein Problem sind steigende Beiträge bei später geringeren Leistungen (was für die Leistungsdynamisierung spricht). (9) • Ein „Nachhaltigkeitsfaktor“ – faktisch eine pauschale Leistungskürzung – führt immer weiter von der zumindest angelegten Bedarfsorientierung weg und höhlt das Solidarprinzip aus. (1, 3) • Ein „Nachhaltigkeitsfaktor“ stellt auf die Relation von Beitragszahlern und Leistungsempfängern ab und berücksichtigt somit neben der Lebenserwartung vor allem auch die Entwicklung der Geburten sowie Zu- und Abwanderungen und nicht zuletzt die Veränderung der Erwerbsbeteiligung. Er hat eine selbststabilisierende Funktion, weil er automatisch auf Verschiebungen der Demographie und der Erwerbstätigkeit reagiert. Der Nachhaltigkeitsfaktor versucht, die Demografielasten gleichmäßig zu verteilen und kommt daher der Generationengerechtigkeit am Nächsten (8, 9). • Ausgabenreformen sollten statt einer pauschalen Kürzung vielmehr als bedarfsorientierter Zuschnitt der Leistungen gezielt gestaltet werden. Kosten-Nutzen-Aspekten von Pflegeleistungen für Priorisierung in den Blick nehmen. (1) • Finanzielle Planbarkeit muss für Betroffene verlässlich sein und wäre ein sozialpolitischer Gewinn. (6) 	<p>Von 3 Expertinnen und Experten wird der Sockel-Spitze-Tausch empfohlen, um das Leistungsniveau Richtung Vollversicherung auszubauen. Weiterhin werden verschiedenste Ideen geäußert, wie und ob das Leistungsniveau geändert werden sollte. Die Notwendigkeit des Wertehalts der Leistungen der SPV (→ Leistungsdynamisierung) wird von allen Expertinnen und Experten gesehen. Die Expertinnen und Experten weisen jedoch</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Eine generationengerechte Finanzierung schließt eine Aufstockung der umlagefinanzierten Leistungen aus und erfordert, dass zusätzliche Leistungen durch private, kapitalgedeckte Versicherungen finanziert werden. (2, 8, 9) • Dynamisierung sollte nach dem Index der Pflegekosten erfolgen. (2) • Führen hohe Eigenanteile zu pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit, wird zudem die Lebensleistung der Betroffenen entwertet, da sie auf Fürsorgeleistungen anstelle von Versicherungsleistungen angewiesen sind und am Lebensende zu „Taschengeldempfänger“ werden. (3) • Selbstbehalt und weitere erhebliche Kosten im Bereich Pflege, Unterkunft und Investitionsumlage lassen den viel diskutierten „Heimsog“ unwahrscheinlich erscheinen. (5) • Eine Neujustierung der Abgrenzung zwischen Pflegekosten auf der einen Seite und den Kosten von Unterkunft und Pflege sowie Investitionskosten auf der anderen Seite kann bei der Bestimmung der Leistungen einer Pflegevollversicherung sinnvoll sein. (3) • Der Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung sollte nicht weiter ausgedehnt werden, um die Finanzierungslasten nicht noch weiter zu erhöhen. (2, 8) • Das Gegenbeispiel zum Generationengerechtigkeitsprinzip ist eine „Haltelinie“, die das Leistungsniveau festschreibt (8) • Die Kosten von Pflegeleistungen bewegen sich maximal im mittleren 5-stelligen Bereich pro Jahr und das zumeist für eine begrenzte Dauer, so dass Eigenvorsorge einen nennenswerten Beitrag zur Finanzierung leisten kann und somit eine Vollversicherung weniger erforderlich ist als bei Gesundheitsleistungen. (2) 	<p>ebenfalls auf die zusätzliche finanzielle Belastung für die SPV hin – 3 Experten sehen über den Werterhalt hinausgehende Leistungsausweitungen daher kritisch (Breyer, Werding, Börsch-Supan).</p>
<p>Prävention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Expertin mahnt bereits heute massive Defizite bei frühen Interventionen zur Vermeidung von Pflegebedarf an. (4) • Die Expertin argumentiert, Investitionen in Pflegeinfrastruktur seien auch Investitionen in die künftige Versorgung. (1) 	<p>Neben rein fiskalischen Maßnahmen wird dafür argumentiert, auch Investitionen zur Reduzierung künftiger Ausgaben in den Blick zu nehmen.</p>
<p>Einkommensbelastung und Beitragsbemessungsgrenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung über Beitragserhöhung ist nicht generationengerecht, weil dies die jüngeren Generationen massiv belasten würde, während überwiegend die ältere Generation, die selbst viel geringere Beiträge geleistet hat, von den damit finanzierten Leistungen profitiert. (2, 9) • Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze kann einkommensstarke erwerbstätige Kohorten stärker an der Finanzierung beteiligen (1, 3, 4, 6, 7) • Solidarische Absicherung im Pflegefall erfährt eine breite gesellschaftliche Zustimmung. Insofern sollte eine Verbreiterung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen auf andere Einkommensarten geprüft werden. (1, 3, 4, 6, 7) • Ebenso sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass andere Einkunftsarten – die im Rentenalter eine wesentliche größere Rolle spielen – in die Beitragsbemessung einbezogen werden könnten. (1, 6) 	<p>Die Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten plädiert für eine Verbreiterung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen auf andere Einkommensarten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze.</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

<p>Finanzausgleich PPV-SPV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einer solchen Umverteilung im Sozialsystem bleibt Vermögen unberücksichtigt (2) • Finanzausgleich zwischen den beiden Systemen ist generationengerecht. (1, 2, 3, 4) • Eine Studie von Neusius (2019) zeigt allerdings, dass sich die Richtung eines solchen Finanzausgleichs schon in gut 10 Jahren umkehren dürfte und dann die SPV sogar noch Mittel an die PPV abgeben müsste. (2) • Durch die Dualität von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung werden die Versichertenkollektive in erheblichem Maße ungleich behandelt. (3) 	<p>Die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen SPV und PPV wird von den Expertinnen und Experten, die sich explizit äußern, befürwortet.</p>
<p>Steuerzuschuss</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine stabile, berechenbare Steuerfinanzierung/Bezuschussung kann in Abhängigkeit von der Gestaltung des Steuersystems zu einer stabilen Finanzierung der Pflegeversicherung beitragen und weitere Ungerechtigkeiten beheben (1, 3, 4, 6) • Die notwendigen Debatten über Steuerfinanzierung betreffen in erster Linie ordnungspolitische Fragen und Fragen der intragenerativen Gerechtigkeit. Ein Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung in Höhe der Ausgaben für die von der Pflegeversicherung gezahlten Rentenversicherungsbeiträge kann bspw. ordnungspolitisch gerechtfertigt werden. (3) • Bundeszuschüsse seien politisch attraktiv, da keine Transparenz darüber bestehe, aus welchen Quellen sie kämen (anders als beispielsweise SV-Abgaben, die von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu zahlen wären). Aus makroökonomischer Sicht bestünde kein großer Unterschied zwischen Bundeszuschüssen und SV-Beiträgen. Steuerfinanzierung kann das Tragfähigkeitsproblem der SPV aber nicht lösen. Sie ist zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV ungeeignet, da man sich von der Haushaltslage abhängig macht; die Erhebung ist durch den hohen Verwaltungsaufwand ineffizienter und intransparent, und ist deshalb abzulehnen (8, 9). 	<p>Ein Steuerzuschuss wird von 4 der 9 befragten Expertinnen und Experten als Antwort auf sozialpolitische Gerechtigkeitsfragen gesehen. 2 Experten sehen eine Steuerfinanzierung jedoch explizit nicht als Lösung, die SPV langfristig, nachhaltig, zu finanzieren.</p>

Vorabfassung - wird durch eine lektorierte Version ersetzt.

Gemeinsame Position der Länder-Abteilungsleitungen „Pflege“

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist gehalten, bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung zu erarbeiten. Hierzu hat es auf Abteilungsleiterenebene eine „AG Zukunftssichere Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung“ eingerichtet, der auch Vertretungen der folgenden Bundesministerien angehören:

- Bundesministerium der Finanzen,
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz,
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Darüber hinaus sind die Länder, vertreten durch Rheinland-Pfalz für die A-Seite und Baden-Württemberg für die B-Seite in der AG vertreten.

In der Diskussion innerhalb der AG steht auch die Forderung des BMG an die Länder im Raum, sich an den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. In diesem Kontext verweist das BMG zudem auf die finanzielle Entlastung durch die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI in der vollstationären Pflege.

Aus Sicht der Länder wird hierzu folgende Auffassung vertreten:

Nach Maßgabe des § 82 Abs. 4 SGB XI können die Pflegeeinrichtungen die Investitionskosten den Bewohnerinnen und Bewohnern gesondert in Rechnung stellen, soweit diese nicht nach Landesrecht gefördert werden. Für die Pflegeheime umfassen die Investitionskosten in etwa die Kosten der Kaltmiete bei einer Wohnraumanmietung. Dabei geht es jedoch nicht nur um die Kosten der von den Bewohnerinnen oder Bewohnern jeweils bewohnten Zimmer. Vielmehr sind in den Investitionskosten z.B. auch die Mietkosten der Gemeinschaftsräume und Gemeinschaftsflächen, der Küchen, Büros und Pflegebäder sowie deren Ausstattung enthalten.

Eine Förderung von Pflegeeinrichtungen hat umgekehrt gemäß § 82 Absatz 3 Satz 1 SGB XI zur Folge, dass die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen im Umfang der Förderung bei der „Miete“ entlastet werden.

Aus Sicht aller Länder besteht kein aus dem Bundesrecht ableitbarer Anspruch von Pflegeeinrichtungen oder gar von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber den Ländern auf eine investive Förderung. Zwar schreibt § 9 Satz 1 SGB XI vor, dass die Länder *für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich sind*. Satz 2 führt aber aus, dass *das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht bestimmt wird; durch Landesrecht kann auch bestimmt*

werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.

§ 9 Satz 3 SGB XI wiederum betont, dass zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen eingesetzt werden sollen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

§ 9 Satz 2 SGB XI legt also ausdrücklich fest, dass es Sache der Länder ist, ob und in welchem Umfang eine finanzielle Unterstützung als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Es ist von daher nicht nachvollziehbar, wie das BMG vor diesem rechtlichen Hintergrund eine Verpflichtung der Länder zur Förderung der Investitionskosten ableitet.

Durch § 9 Satz 1 SGB XI wird den Ländern nicht durch einfaches Bundesgesetz eine Aufgabe übertragen, sondern lediglich klargestellt, was sich aus Art. 30 und 70 Abs. 1 GG ergibt. Die Vorschrift regelt daher keine konkrete Verpflichtung, denn die Länder können vom Bund nicht verpflichtet werden, ähnlich wie bei der Krankenhausversorgung durch finanzielle Förderung der Investitionen ihren Beitrag zu leisten, weil das Grundgesetz dem Bund – im Gegensatz zur Krankenhausfinanzierung (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) – insoweit keine Gesetzgebungskompetenz verleiht. Die Bundeskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG bezieht sich allein auf die Sozialversicherung und betrifft damit grundsätzlich nur das Leistungsverhältnis zwischen dem Träger der Sozialversicherung und den Versicherten (so *Krauskopf/Gaa-Unterpaul*, 119. EL Juni 2023, SGB XI § 9 Rn. 3).

Im Übrigen trägt die ursprüngliche Soll-Vorgabe im Pflegeversicherungsrecht, Einsparungen infolge der Einführung der Pflegeversicherung für investive Förderung einzusetzen, heute nicht mehr. Sie war bei Einführung der Pflegeversicherung entscheidend, weil die Länder damals eine Infrastruktur mit großen Förderprogrammen erst aufbauen mussten, um eine zahlenmäßig ausreichende pflegerische Infrastruktur aufzubauen. Diese Infrastruktur besteht aber jetzt in aller Regel, muss erhalten werden und – angesichts der immer größer werdenden Anzahl an Pflegebedürftigen – so innovativ ausgebaut und weiterentwickelt werden, dass die pflegerische Versorgung auch bei wachsendem Personalmangel aufrechterhalten werden kann.

Die Länder nehmen ihre Planungsaufgabe nach § 9 SGB XI wahr und können beurteilen, wo die Infrastruktur noch Lücken hat. Sinnvoll bleibt die Infrastrukturförderung da, wo es nicht genügend Plätze gibt. Dies dürfte jedoch häufiger bei der Tagespflege und der Kurzzeitpflege der Fall sein.

Neben der Frage, inwiefern die Identifizierung derartiger Einsparungen ohne eine Gesamtbetrachtung der Bund-Länderfinanzbeziehungen heute überhaupt noch angemessen und valide möglich ist, würde eine Wiederaufnahme investiver Förderungen nach Landesrecht zumindest in einem Teil der Länder die Kommunen als Sozialhilfeträger ent- und das jeweilige Land infolge des Konnexitätsprinzips belasten. Eine zielgenaue Verwendung „eingesparter“ Mittel für Fördervorhaben ist damit in der Fläche nicht umsetzbar.

Einer Auswertung des IGES-Instituts in Form der Berichte über Investitionskostenförderungen in den Jahren 2019 bis 2021 zufolge ist ein Zusammenhang zwischen investiver Förderung von Pflegeeinrichtungen und Entwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur zudem nicht nachweisbar. Insofern bedeutet der Verzicht auf eine investive Förderung keineswegs, dass die Länder ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur nicht nachkämen.

Außerdem würde eine umfängliche investive Förderung im Bereich der vollstationären Pflege faktisch zur Übernahme von Wohnkosten führen, die bei häuslicher Versorgung nicht vorgesehen ist. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ würde folglich entgegengewirkt, bzw. sogar eine Sogwirkung in Richtung stationär bedeuten. Vielmehr sollte es nun darum gehen, sozialräumliche Angebotsstrukturen zu fördern, in denen alle potenziellen Versorgungsressourcen zusammenwirken. Über die Zielgenauigkeit und Bedarfsgerechtigkeit einer solchen Förderung kann nur mit Blick auf die regionalen Strukturen im Einzelfall entschieden werden, eine verpflichtende Übernahme von Investitionskosten „mit der Gießkanne“ verbietet sich.

Schließlich ist die Entgeltdynamik eindeutig nicht im Bereich der Umlage von Investitionskosten auf pflegebedürftige Menschen zu verzeichnen, sondern vorrangig bei den pflegebezogenen Aufwendungen. Im Kontext zunehmender finanzieller Belastungen pflegebedürftiger Menschen ist daher das Absicherungsniveau im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu diskutieren, nicht die investive Förderung durch die Länder.

Gegen eine Förderung von Pflegeheimen in Form der Objektförderung spricht neben fiskalischen Gesichtspunkten auch der damit verbundene Wirkungsmechanismus, denn sie ist nicht zielgenau, gerade wenn sie allen Bewohnerinnen und Bewohnern einer geförderten Einrichtung ohne Berücksichtigung deren finanzieller Verhältnisse zu Gute kommt. Eine solche Entlastung greift mit anderen Worten unabhängig davon, ob die Bewohnerinnen und Bewohner über eine geringe Rente oder auskömmliche Alterseinkünfte verfügen, mittellos sind oder Vermögen besitzen. Eine staatliche Pflegeheimförderung subventioniert aus Steuermitteln mithin auch „die Mieten“ derjenigen, die auf

staatliche Unterstützung nicht angewiesen sind. Unter Verteilungsgesichtspunkten ist dies kritisch zu betrachten.

Eine subjektorientierte Förderung hingegen kommt eher einer Sozialleistung gleich. Diese Aspekte zeigen, dass eine Förderung nicht gleichzusetzen ist mit der Infrastrukturverantwortung der Länder und auf die Struktur als solchen nur bedingten Einfluss hat. Insoweit greifen eine Vermengung dieser Aspekte und Ableitung etwaiger Ansprüche auch zu kurz.

Eine Pflegeheimförderung mit dem Ziel der Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Wohnkosten würde im Vergleich mit der ambulanten Versorgung der übergroßen Mehrheit aller Pflegebedürftigen schließlich die Frage aufwerfen, weshalb dort keine staatliche Unterstützung bei den Wohnkosten geleistet bzw. diese nur bei persönlicher finanzieller Bedürftigkeit durch den Träger der Sozialhilfe erbracht wird.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass sich die Belastung der Pflegebedürftigen mit Investitionskosten in den vergangenen Jahren moderat entwickelt hat, während die pflegebedingten Eigenanteile im gleichen Zeitraum erheblich gestiegen sind. So sind etwa die Investitionskosten in Baden-Württemberg zwischen Januar 2018 und Juli 2023 von durchschnittlich 418 auf 457 Euro gestiegen (+ ca. 9 Prozent), während die pflegebedingten Eigenanteile im gleichen Zeitraum von 829 auf 1.550 Euro gestiegen sind (+ ca. 88 Prozent). Vergleichbar dürfte die Entwicklung in den meisten Ländern sein. Diese Daten (abrufbar z.B. unter: <https://www.vdek.com/presse/daten.html>) belegen deutlich, dass die Entwicklung der Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege in den letzten Jahren ihre Ursachen in der sozialen Pflegeversicherung hat. Die Problemlösung muss dementsprechend bei der sozialen Pflegeversicherung ansetzen.

Selbstverständlich bedeuten diese Ausführungen nicht, dass es den Ländern verwehrt ist, im Wege einer freiwilligen Entscheidung sich für eine Förderung der Investitionskosten im Sinne einer Objekt- oder Subjektförderung zu entscheiden. So kann z. B. eine Objektförderung ein wichtiger Anreiz für Pflegeeinrichtungen sein, die vorhandenen Gebäude durch Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen auf einen zukunftsfähigen Stand zu bringen. Eine verpflichtende Objektförderung mit der Gießkanne würde hingegen eine zielgerichtete Einflussnahme erschweren oder sogar verhindern. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Infrastruktur noch Lücken z.B. bei der Tages- und Kurzzeitpflege aufweist.

Insgesamt erachten die Länder es für zentral, die Finanzierungsreform gemeinsam mit der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu denken.