

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



Inhaltsverzeichnis

1. Einführung und Arbeitsauftrag **8**

2. Zusammenfassung **12**

3. Die soziale Pflegeversicherung **17**

- 3.1. Ziele der sozialen Pflegeversicherung 17
- 3.2. Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung 23
- 3.3. Konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung in drei Dimensionen 27
- 3.4. Einbettung der sozialen Pflegeversicherung in das soziale Sicherungssystem Deutschlands 31
- 3.5. Strukturelle Situation: Leistungsempfangende, Angebote, Fachkräfte 35
- 3.6. Herausforderungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung - Fachkräftesicherung 38

4. Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung **41**

- 4.1. Aktuelle bis mittelfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung 41
- 4.2. Finanzielle Belastungen der Menschen mit Pflegebedarf 42
- 4.3. Finanzielle Belastungen der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler 43
- 4.4. Langfristige Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung 45

5. Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an die soziale Pflegeversicherung **51**

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

59

- 6.1. Vier Grundscenarien im Teilleistungssystem und Volleistungssystem 61
- 6.2. Stellschraube zur Vermeidung der Entwertung von Versicherungsleistungen und zur Vermeidung der finanziellen Überforderung der Menschen mit Pflegebedarf 80
- 6.3. Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite mit Finanzwirkungen 87
- 6.4. Stellschrauben zur Stärkung der Einnahmenseite mit Finanzwirkungen 99
- 6.3./6.4. Ergebnisse der Finanzwirkungen der Stellschrauben im grafischen Überblick 119
- 6.5. Prüfauftrag einer die soziale Pflegeversicherung ergänzenden freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung 125

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

127

- 7.1. Politische Leitplanken für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung 127
- 7.2. Prüfbausteine 131

8. Schlussbemerkung

132

Quellenverzeichnis

133

Anlagen:

Anlage 1 - IGES-Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung –
Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
(SPV), Februar 2024

Anlage 2 - IGES-Institut, Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung –
Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Reformmaßnahmen
auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Mai 2024

Anlage 3 - Übersicht zu den Ergebnissen der Expertenanhörungen vom 11.12.2023
und 19.01.2024

Anlage 4 - Gemeinsames Positionspapier der Länder-Abteilungsleitungen „Pflege“
betr. Investitionskosten

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Herausforderungen im Hinblick auf die soziale Pflegeversicherung.....	9
Abbildung 2: Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung	24
Abbildung 3: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit drei Dimensionen	28
Abbildung 4: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil an der finanziellen Gesamtbelastung.....	32
Abbildung 5: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil und finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung	33
Abbildung 6: Nettoausgaben Hilfe zur Pflege	34
Abbildung 7: Bundesdurchschnittliche finanzielle Belastung Pflegebedürftiger bei vollstationärer Versorgung nach Verweildauer	43
Abbildung 8: Befragung des Allensbach-Instituts: Nutzung von Unterstützungsleistungen.....	51
Abbildung 9: Befragung des Allensbach-Instituts in Bezug auf die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit	52
Abbildung 10: Befragung des Allensbach-Instituts: Vorstellungen zur Pflegesituation in 10 bzw. 15 Jahren in Deutschland	53
Abbildung 11: Befragung des Allensbach-Instituts nach den politischen Zielen, um die sich die Regierung besonders kümmern sollte	54
Abbildung 12: Befragung des Allensbach-Instituts zur Absicherung pflegebedürftiger Menschen	55
Abbildung 13: Befragung des Allensbach-Instituts nach Präferenzen für die zukünftige Pflegefinanzierung	55
Abbildung 14: Befragung des Allensbach-Instituts zur individuellen vs. staatlichen Kostenübernahme	56
Abbildung 15: Forsa-Umfrage zur Zukunft der gesetzlichen Pflegeversicherung	57
Abbildung 16: Forsa-Umfrage zur zukünftigen Finanzierung steigender Pflegekosten	57
Abbildung 17: Forsa-Befragung zur Beantragung von Sozialhilfe durch Pflegebedürftige	58
Abbildung 18: Vier Grundszenarien im Teilleistungs- und Vollleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung	62
Abbildung 19: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inkl. Ausgabenseite)	63
Abbildung 20: Szenario Ia.....	65
Abbildung 21: Szenario Ib.....	68
Abbildung 22: Szenario IIa.....	72
Abbildung 23: Szenario IIb.....	75
Abbildung 24: Maßnahmen mit Wechselwirkungen - Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	120

Abbildung 25: Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend)	121
Abbildung 26: Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)	122
Abbildung 27: Säule Steuern (szenarienübergreifend)	123
Abbildung 28: Maßnahmen mit Wechselwirkungen Einnahmenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)	124

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegebedürftige SPV und PPV sowie Hilfe zur Pflege	21
Tabelle 2: Leistungsausgaben Pflegeversicherung (PV) 2005-2022 sowie Verhältnis HzP zu PV	22
Tabelle 3: Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp	35
Tabelle 4: Übersicht der Anzahl von Pflegebedürftigen je Pflegegrad - Entwicklung 2019-2023	36
Tabelle 5: Anzahl der Pflegebedürftigen je Versorgungsform – Entwicklung 2019-2023	37
Tabelle 6: Strukturdaten zur pflegerischen Versorgung	38
Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse der neun Modellszenarien, modelliert vom IGES-Institut	46
Tabelle 8: Zentrale Ergebnisse der neun Szenarien auf Grundlage der Modellrechnung des IGES-Instituts	47
Tabelle 9: Wirkungen der Dynamisierung im Umfang der Inflationsrate im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung	84
Tabelle 10: Wirkungen einer werterhaltenden Dynamisierung im Vergleich zu Szenarien ohne Leistungsdynamisierung	85

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 Konstanzhaltung 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

¹ Vgl. 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.

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.

Eine Dynamisierung, die diesen Entwicklungen Rechnung trägt und dem Ziel des Erhalts des realen Leistungsniveaus 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, die steigende Sozialabgaben und die haushaltspolitischen und -rechtlichen Rahmenbedingungen in der Diskussion um eine langfristig stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zur Folge haben.

Ziel muss es daher 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 Ausgaben-seite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden.³ Dieser in der Begründung des Gesetzentwurfs

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.

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 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 waren. 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.

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.

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.

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.

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 rd. 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen entsprach dies Ende 2023 rd. 4,4 Millionen (rd. 84 %). 3,1 Millionen Menschen wurden überwiegend durch Angehörige gepflegt. Rd. 700.000 (rd. 13 %) Menschen wurden vollstationär und rd. 140.000 (rd. 3 %) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt (vgl. hierzu Kapitel 3.5.).

Die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung lagen im Jahr 2023 bei rd. 59,2 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die ambulanten Leistungen beliefen sich auf rd. 36,2 Milliarden Euro, für stationäre Leistungen lagen sie bei rd. 19,7 Milliarden Euro (ohne stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe rd. 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 Leistungsempfangende zu Leistungsausgaben bei den Ausgaben im vollstationären Bereich: Die 13 % vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (ohne Pflegebedürftige, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden) nehmen rd. 34,5 % der Gesamtausgaben für häusliche (ambulante) und stationäre Pflege (rd. 19,3 Milliarden Euro von rd. 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 Leistungsempfangenden 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 rd. 270.000 und im Jahr 2023 sogar um rd. 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 rd. 8,9 Milliarden Euro. Unter Einbezug der Investitionskosten und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind es jährlich rechnerisch rd. 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 rd. 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.

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.

2.4. Grundszenarien 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 Grundszenarien 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.

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 resp. 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, ausgaben-deckenden 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“ rd. 24 Milliarden Euro (2022 beträgt 1 Beitragssatzzehntel rd. 1,7 Milliarden Euro; vgl. hierzu 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 % (1,4 Prozentpunkte höher als im Basisjahr 2022 mit 3,2 %).

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 % 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. Wird hingegen auf jede Dynamisierung nach 2028 verzichtet (Szenario 7), würde der Beitragssatz sogar auf 2,8 % absinken. Der Eigenanteil würde bei diesem Szenario aufgrund der fehlenden Dynamisierung jedoch um 75 % 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 %, bei einer werterhaltenden Leistungsdynamisierung (Szenario 4) auf 21 %. Ohne Dynamisierung läge er bei rd. 31 %.

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. So 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 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, wie bspw. insbesondere die einnahmeseitigen Stellschrauben der „Säule Beitragsmittel“. Es gibt jedoch auch Stellschrauben mit einer noch größeren finanziellen Wirkung, bei deren Umsetzung der Beitragssatz im Jahr 2060 sogar zwischen 0,5 %-Punkten und 1,7 %-Punkten gegenüber dem Basisszenario (4,6 %) gesenkt werden könnte. Dies wären bspw. einnahmeseitig die Pflegebürgerversicherung in der Variante „Morning after“ kombiniert mit weiteren einnahmeseitigen Stellschrauben sowie 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 Pflegebedarf sicherstellen. Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen (vgl. 3.1.), sowie die Prinzipien, die der sozialen Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. 3.2.), gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. 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. Die soziale 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.

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.

„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 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 rd. 15.400 ambulante Pflegedienste und rd. 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 mittlerweile auf rund 625.000 Beschäftigte verdoppelt. 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.

¹⁵ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

¹⁶ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 90.

¹⁷ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 2.

¹⁸ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 136.

- **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 bspw.

- erhebliche Ausweitung bzw. Erhöhung sowie Flexibilisierung der Leistungen,
- gleichberechtigte Berücksichtigung von kognitiven Einschränkungen (insbes. Demenz) bei der Begutachtung durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und entsprechend angepasste Gestaltung des Leistungskatalogs,
- Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen,
- 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 % und 75 % 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: rd. 342.000 und 2022: rd. 291.000) – und das, obwohl seither die Zahl der pflegebedürftigen Menschen über das demografiebedingte Niveau stieg und sich seither fast verdoppelt hat (2013: rd. 2,6 Millionen und 2022: rd. 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

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.“

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.

Personengruppe, deren Anteil an den Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zur Pflege am höchsten war. Insgesamt sind weiterhin etwas über 30 % 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 rd. 9,1 Milliarden Euro aus (auf das Jahr 2022 hochgerechnet wären das unter Zugrundelegung der Inflation pro Jahr²³ rd. 14,4 Milliarden Euro). Im Jahr 2022 waren es netto²⁴ – im Vergleich zu 1994, dem letzten Jahr vor Einführung des neuen Sozialversicherungszweigs – lediglich rd. 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 rd. 5,6 Milliarden Euro pro Jahr.

²² Vgl. Daten des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek) zum Stichtag 1. Januar 2024, abrufbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.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 betrugen die Bruttoausgaben rd. 4,1 Milliarden Euro. Die Einnahmen beliefen sich auf rd. 0,6 Milliarden Euro, sodass sich Nettoausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege in Höhe von rd. 3,5 Milliarden Euro ergeben haben.

	Pflegebedürftige SPV und PPV (= PV)			Hilfe zur Pflege (am Jahresende)					
Jahr	insgesamt	stationär	ambulant	insgesamt	HzP/PV	stationär	HzP/PV	ambulant	HzP/PV
	(in Tausend)	(in Tausend)	(in Tausend)	(in Tausend)	(in %)	(in Tausend)	(in %)	(in Tausend)	(in %)
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

Tabelle 1: Pflegebedürftige SPV und PPV sowie Hilfe zur Pflege

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 rd. 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.

Jahr	Leistungsausgaben SPV	Leistungsausgaben PPV	Leistungsausgaben Pflegeversicherung insgesamt (PV)	Nettoaussgaben HzP	Verhältnis HzP zu PV insgesamt
	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in Mrd. Euro)	(in %)
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

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

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 % des Gesamthaushaltes und ist auf 1,0 % 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 Teilleistungssystem 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 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.“

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.

Der Zweck der sozialen Pflegeversicherung ist ein legitimer Gemeinwohlbelang: Fürsorge für pflegebedürftige Menschen ist laut Bundesverfassungsgericht eine soziale Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft. Der Staat soll die Menschenwürde in der Situation der Pflegebedürftigkeit wahren.²⁸

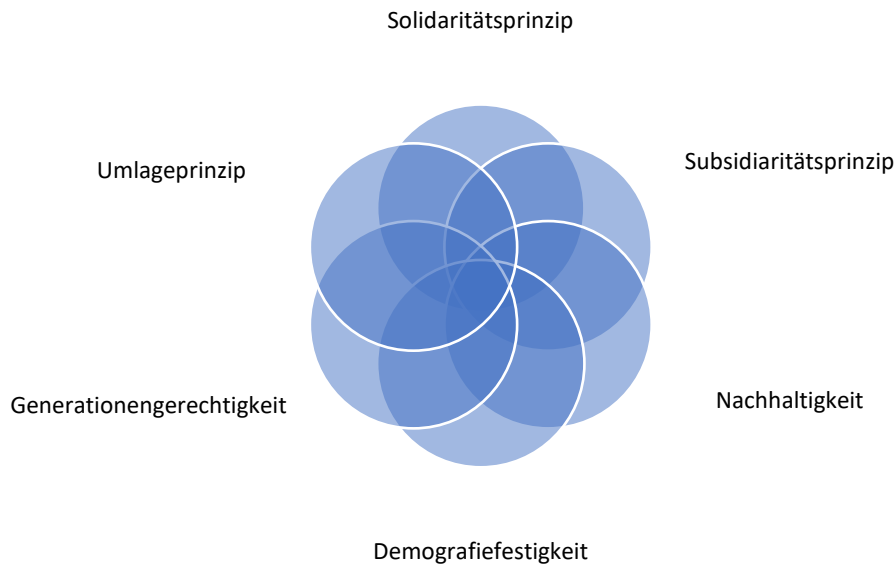


Abbildung 2: Grundprinzipien der sozialen Pflegeversicherung

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.

²⁸ <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2001/bvg01-035.html>.

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

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 (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.

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

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

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.

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 Absatz1 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.

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

³³ <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/252319/das-solidarprinzip/>.

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.

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 inkl. entsprechender Stellschrauben (Dimension 0) sowie der einnahmeseitigen Stellschrauben (Dimension IV).

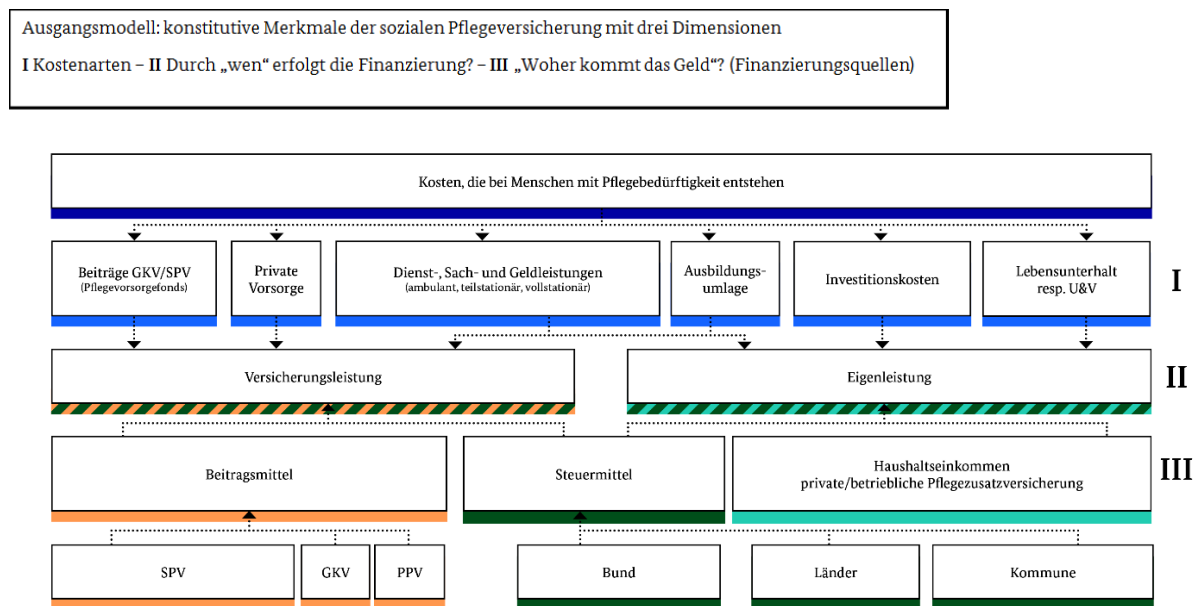


Abbildung 3: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit drei Dimensionen

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 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Bei Arbeitnehmenden tragen vom Beitragssatz in Höhe von 3,4 %³⁴ die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Hälfte (paritätische Finanzierung, Sonderregelung für Sachsen). Kinderlose Mitglieder zahlen neben dem hälftigen Beitragssatz von 3,4 % einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 %. 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 %-Punkten 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

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

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

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 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.

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).

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.

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. 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.“

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).

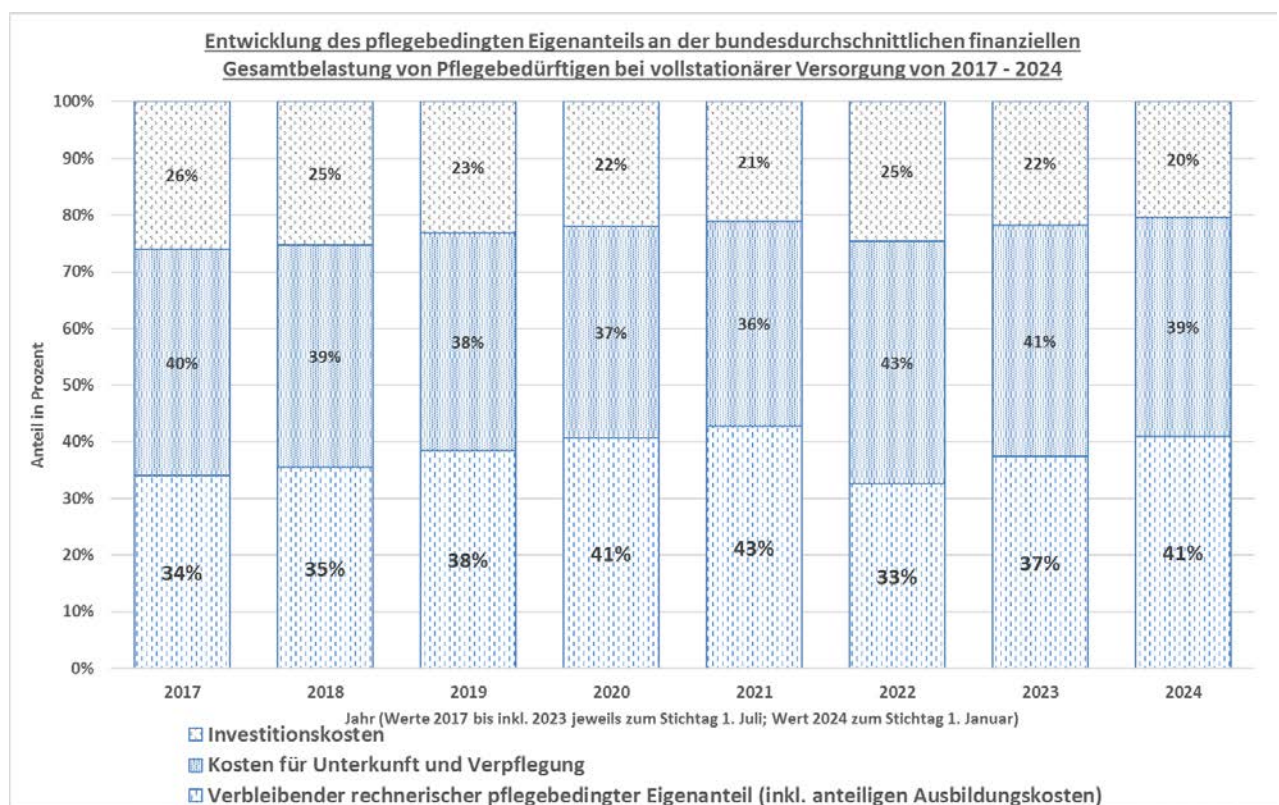


Abbildung 4: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil an der finanziellen Gesamtbelastung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des vdek

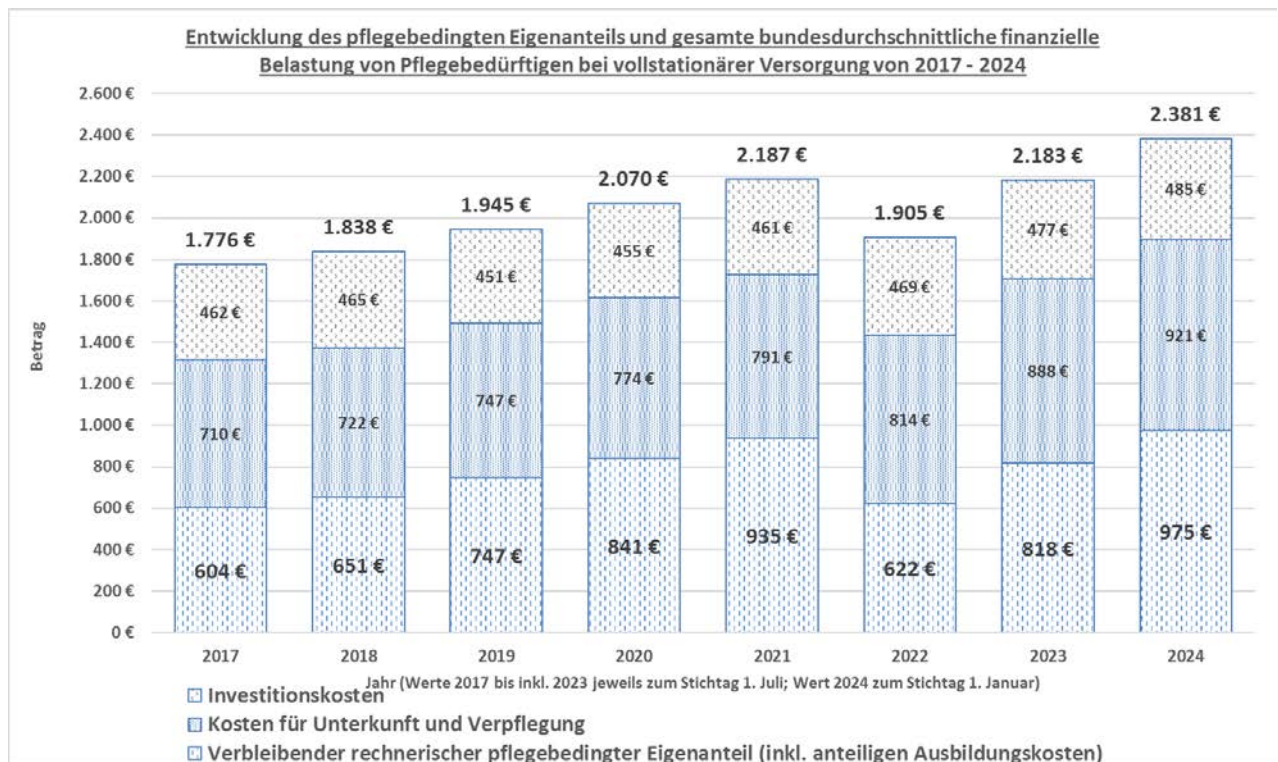


Abbildung 5: Entwicklung pflegebedingter Eigenanteil und finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung

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, resp. 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 % gesunken (Destatis 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

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.

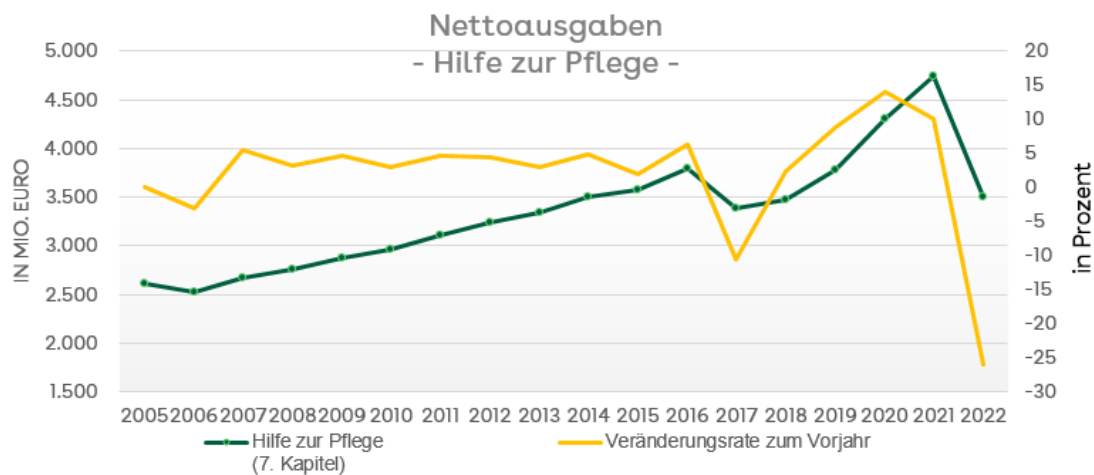


Abbildung 6: Nettoausgaben Hilfe zur Pflege

Quelle: Destatis 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 resp. 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 i. d. R. mit erheblichen Mehrkosten bei Unterkunft und Verpflegung sowie bei den Investitionskosten belastet. Fragen der Finanzierbarkeit von 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:

³⁸ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf.

Monatliches Nettoeinkommen im Alter ab 65 Jahren nach Haushaltstyp

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

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

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 %.

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.

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 rd. 2 %. Von diesen pflegebedürftigen Menschen wurden rd. 450.000 stationär und rd. 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,

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).

⁴¹ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 1.

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 %. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland wird voraussichtlich allein durch einen deutlich steigenden Anteil alter und hochaltriger Menschen bis 2055 um 37 % zunehmen. Laut der Ergebnisse der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) steigt sie dadurch von rund 5,0 Millionen Ende 2021 auf etwa 6,8 Millionen im Jahr 2055⁴³.

Ende 2023 erhielten in Deutschland rd. 5,2 Millionen pflegebedürftige Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Das waren rd. 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):

Jahr	Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
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 %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
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 %

Tabelle 4: Übersicht der Anzahl von Pflegebedürftigen je Pflegegrad - Entwicklung 2019-2023

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

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 rd. 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen waren dies Ende 2023 rd. 4,4 Millionen (rd. 84 %). 3,1 Millionen Menschen wurden überwiegend durch Angehörige gepflegt. Rd. 700.000 (rd. 13 %) wurden vollstationär und rd. 140.000 (rd. 3 %) 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 rd. 59,2 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die ambulanten Leistungen beliefen sich auf rd. 36,2 Milliarden Euro, für stationäre Leistungen lagen sie bei rd. 19,7 Milliarden Euro (ohne stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe rd. 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 Leistungsempfängenden zu den Leistungsausgaben im vollstationären Bereich ist jedoch auffällig: Die 13 % vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (ohne Pflegebedürftige, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden) nehmen rd. 34,5 % der Gesamtausgaben für häusliche und stationäre Pflege (rd. 19,3 Milliarden Euro von rd. 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.

Jahr	ambulante Pflege		stationäre Pflege		in Einrichtungen der Eingliederungshilfe		insgesamt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
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 %

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

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Innerhalb der ambulanten Versorgung steht die Inanspruchnahme des Pflegegeldes als Hauptleistung mit einem Anteil von rd. 78,4 % deutlich im Vordergrund. Danach folgt die Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung mit einem Anteil von rd. 16,6 % und schließlich die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegesachleistung (rd. 5,0 %). 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 (Destatis) 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 % der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen).

Die Pflegestatistik weist Ende 2021 rd. 15.400 Pflegedienste aus, die etwas mehr als eine Million Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegesachleistungen versorgten. Bei diesen Diensten waren rd. 443.000 Personen beschäftigt (umgerechnet in Vollzeitäquivalente rd. 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 rd. 16.100 Pflegeeinrichtungen mit rd. 814.000 Beschäftigten (umgerechnet in Vollzeitäquivalente rd. 592.000) rd. 772.000 Pflegebedürftige.

Jahr	versorgte Pflegebedürftige (SPV und PPV)	Veränderung zu 2017/2019 in %	Beschäftigte	Veränderung zu 2017/2019 in %	Vollzeit-äquivalente	Veränderung zu 2017/2019 in %
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 %

Tabelle 6: Strukturdaten zur pflegerischen Versorgung

Quelle: Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes

Zuletzt zeigte sich eine Abnahme des Beschäftigtenzuwachses: Die Betreuungsrelationen gemessen an den Vollzeit-äquivalenten bleiben sowohl in der ambulanten Pflege (2017: rd. 3,1 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent, 2019: rd. 3,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent und 2021: rd. 3,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent) als auch bei stationärer Pflege nahezu konstant (2017: rd. 1,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent, 2019: rd. 1,4 Pflegebedürftige pro Vollzeitäquivalent und 2021: rd. 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 Konzentrierte 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 Stammbeschaften, 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 % der Anwerbungen von der Privatwirtschaft geleistet werden, unterstützt das BMG selbst anwerbende Unternehmen und private Personalvermittlungsagenturen. 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 rd. 270.000 und im Jahr 2023 sogar um rd. 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 rd. 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 ausgezahlten Bundesdarlehens in Höhe von 1 Milliarde Euro, von dem 0,5 Milliarden Euro Ende 2023 zurückgezahlt worden sind, rd. 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 % 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 % auf 15 % bei einer Verweildauer von bis zu einem Jahr, von 25 % auf 30 % bei einer Verweildauer von ein bis zwei Jahren, von 45 % auf 50 % bei einer Verweildauer von zwei bis drei Jahren und von 70 % auf 75 % bei einer Verweildauer von mehr als drei Jahren). Zum 1. Januar 2025 werden zur Stabilisierung der Kaufkraft alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung um 4,5 % 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 %) 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 rd. 20 Milliarden Euro (inkl. Investitionskosten und Unterkunft und Verpflegung).

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

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:

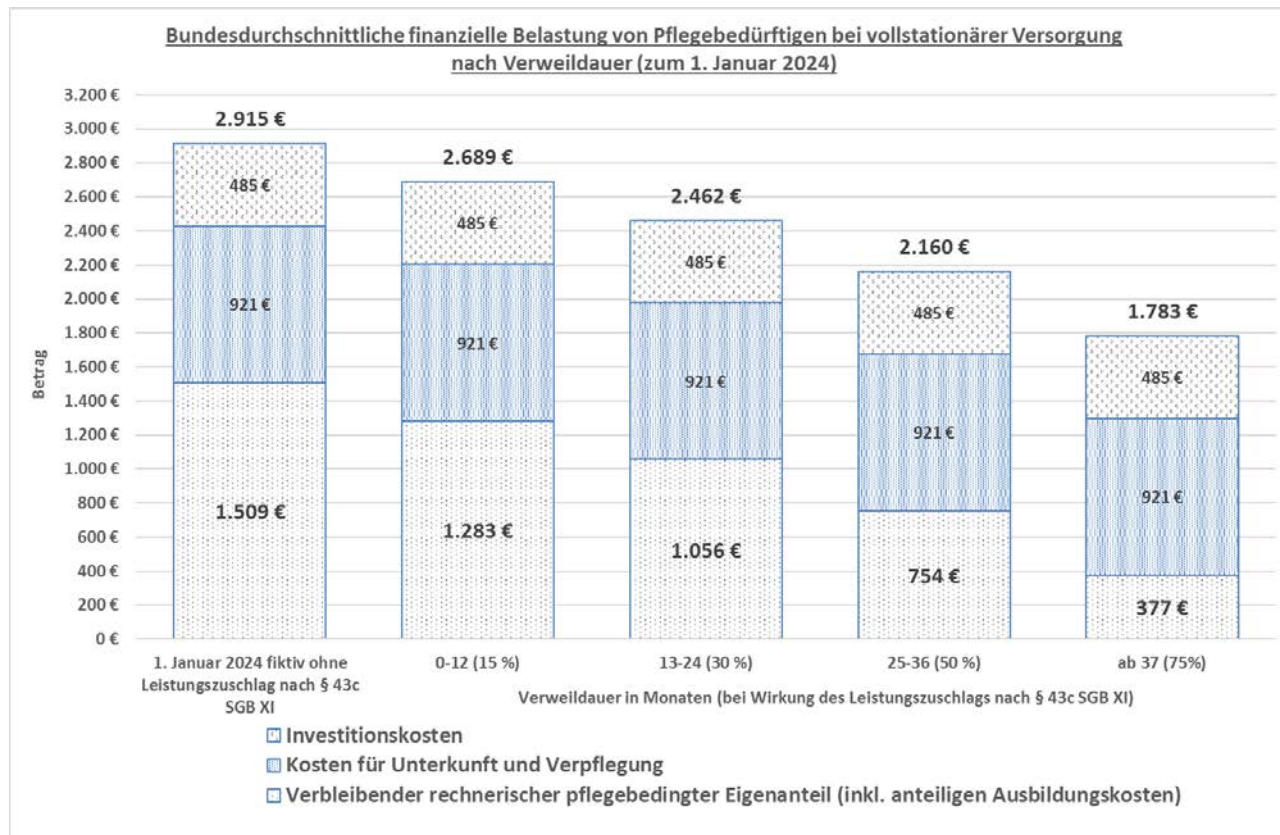


Abbildung 7: Bundesdurchschnittliche finanzielle Belastung Pflegebedürftiger bei vollstationärer Versorgung nach Verweildauer

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 rd. 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 rd. 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 i.V.m. § 71 Absatz 4 Nummer 1 oder 3 SGB XI versorgt werden. Für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 übernimmt die Pflegekasse hierbei 15 % 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 (rd. 3 % 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 rd. 875 Millionen Euro deutlich niedriger, als die von den pflegebedürftigen Menschen zu tragenden Investitionskostenanteile (rd. 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 rd. 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 rd. 4,7 Milliarden 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 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung 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).

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

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:

- 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 % und ein durchschnittlicher Lohnanstieg von 3,0 % 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 Basissszenario (Szenario 4), welches mit einem langfristigen Lohnwachstum von 3 %, einem zehnjährigen überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und für eine werterhaltende Leistungsdynamisierung mittlere Werte als Annahmen beinhaltet.⁴⁶ Bezüglich der Annahmen zur Leistungsdynamisierung ist darauf hinzuweisen, dass diese über den bestehenden rechtlichen Satus quo bzw. dessen hypothetischer Fortschreibung zur

⁴⁶ Demnach werden 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 Absatz 1 SGB XI) regelhaft dynamisiert.

Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung hinausgeht. 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:

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

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

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:

Szenario	Leistungs- dynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnent- wicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	ausgaben- deckender Beitragssatz 2060	Finanzie- rungslücke p.a. in Mrd. € (diskontiert)	Leistungs- ausgaben je Leistungs- empfänger/in 2060	bpE je Mitglied 2060	Anzahl Pflege- bedürftige 2060	pflegebedingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/ r Leistungs- empfänger/in p.a. (diskontiert)	Anteil HzP- Empfänger/ innen vollstationär 2060	Anteil HzP- Empfänger/ innen ambulante Sach- leistung 2060	Anteil HzP- Empfänger/ innen Geld- leistung 2060
2022 (Ist)				3,2%		11.839 €	28.055 €	4,8 Mio.	7.340 €	31,1%	6,9%	1,06%
1	1,5%	3,0%	10 Jahre	3,9%	12,6	13.385 €	85.438 €	8,1 Mio.	8.463 €	25,1%	6,4%	1,00%
2	1,5%	4,0%	5 Jahre	2,9%	-5,4	25.812 €	116.410 €	7,0 Mio.	8.463 €	23,9%	6,5%	1,01%
3	1,5%	2,0%	15 Jahre	5,5%	41,4	19.327 €	62.517 €	9,6 Mio.	8.463 €	25,8%	6,3%	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 €	20,9%	6,4%	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 €	18,5%	6,5%	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 €	24,0%	6,3%	0,98%
7	0,0%	3,0%	10 Jahre	2,8%	-7,2	16.029 €	85.438 €	8,1 Mio.	11.051 €	30,6%	6,4%	1,00%
8	0,0%	4,0%	5 Jahre	2,2%	-18	19.517 €	116.410 €	7,0 Mio.	11.051 €	27,8%	6,5%	1,01%
9	0,0%	2,0%	15 Jahre	3,8%	10,8	22.155 €	62.517 €	9,6 Mio.	11.051 €	33,6%	6,3%	0,98%

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

Quelle: Eigene Darstellung unter Heranziehung der Ergebnisse des IGES-Instituts

Vorbemerkungen: Die obige Tabelle ist eine auf Basis der zentralen IGES-Ergebnisse erstellte eigene Zusammenstellung, um alle Ergebnisse in einer Tabelle abbilden zu können. Die Werte hat das IGES-Institut diskontiert auf den Gegenwartswert in 2022. 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 % (1,4 Prozentpunkte höher als im Basisjahr 2022 mit 3,2 %). Die sich hieraus ergebende Finanzierungslücke beträgt auf Basis des Wertes eines Beitragssatzzehntels⁴⁷ rd. 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 rd. 7.340 Euro und 2060 rd. 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 % 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. Wird hingegen auf jede Dynamisierung nach 2028 verzichtet (Szenario 7 als Referenz), würde der Beitragssatz sogar auf 2,8 % 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 fehlenden Dynamisierung jedoch um 75 % 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 % statt 3 %) und gleichzeitig längerem Übergangszeitraum zu konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten (15 Jahre statt zehn Jahre) der ausgabendeckende Beitragssatz im Worst-Case-Szenario 6 mit 5,8 % am höchsten ist und damit 1,2 Prozentpunkte höher ausfällt als im Szenario 4. Umgekehrt führt eine stärkere Lohnentwicklung (4 % statt 3 %) und eine schnellere Rückkehr zu konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit (fünf Jahre statt zehn Jahre) zu einem ausgabendeckenden Beitragssatz von 3,7 %, 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 verstetigen, 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 rd. 11 Milliarden Euro entstehen, wenn die

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

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 % und 2,6 %, im Mittel 1,4 %), 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.

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 rd. 31 % im Ausgangsjahr 2022 auf rd. 21 % in 2060, bei einer Leistungsdynamisierung in Höhe der Inflationsrate (Szenario 1) auf 25 % 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 rd. 7 % bei den Sachleistungsempfängenden und rd. 1 % 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 % (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 rd. 6,9 Milliarden Euro in einem fiktiven Einführungsjahr 2026 (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 0,36 Beitragssatzpunkten) und würden sich 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 Mrd. Euro Mehrausgaben (entspricht zusammen mit der Vollversicherung im vollstationären Bereich gegenüber dem Basisszenario zusätzlich insgesamt 0,86 Beitragssatzpunkten in 2026, für 2060 ergäben sich, ebenfalls gegenüber dem Basisszenario, 1,14 Beitragssatzpunkte zusätzlich). Wird dieser Betrag schließlich auch auf das Pflegegeld übertragen (sektoren- und

versorgungsformunabhängige Leistungsbeträge, also eine vollständige Vollversicherung) so ergeben sich weitere Mehraufwendungen von rd. 59 Mrd. Euro in 2026 (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlich 3,95 Beitragssatzpunkten, für 2060 ergäben sich gegenüber dem Basisszenario 5,06 Beitragssatzpunkte zusätzlich).

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 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 rd. 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.

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.

⁴⁸ 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.

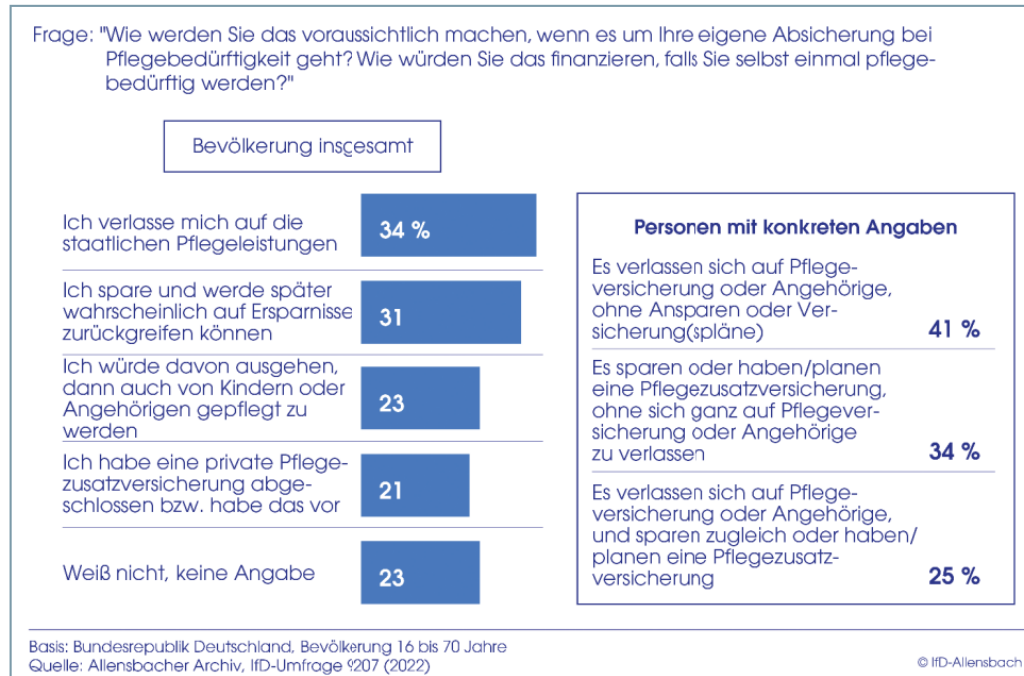


Abbildung 9: Befragung des Allensbach-Instituts in Bezug auf die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

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 Fachkräfteeingpass 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 %). 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 % betrachten es als wichtig, dass die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung nicht weiter steigen.

Zentrale Aufgaben der Politik: Probleme der Pflege und des Gesundheitswesens stehen mit im Fokus

Um diese politischen Ziele sollte sich die Regierung besonders kümmern:

(häufigste Nennungen)



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.

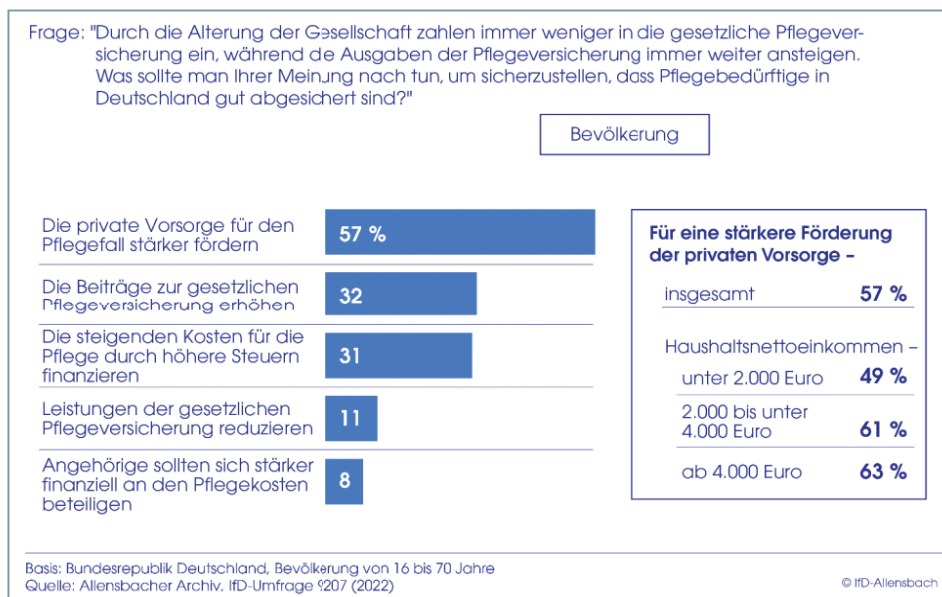


Abbildung 12: Befragung des Allensbach-Instituts zur Absicherung pflegebedürftiger Menschen

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

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

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

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

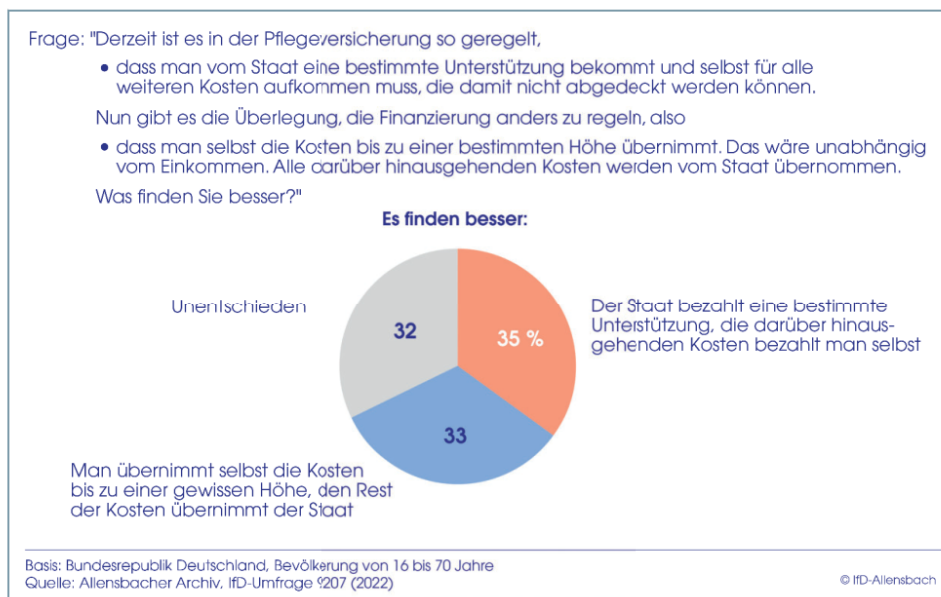
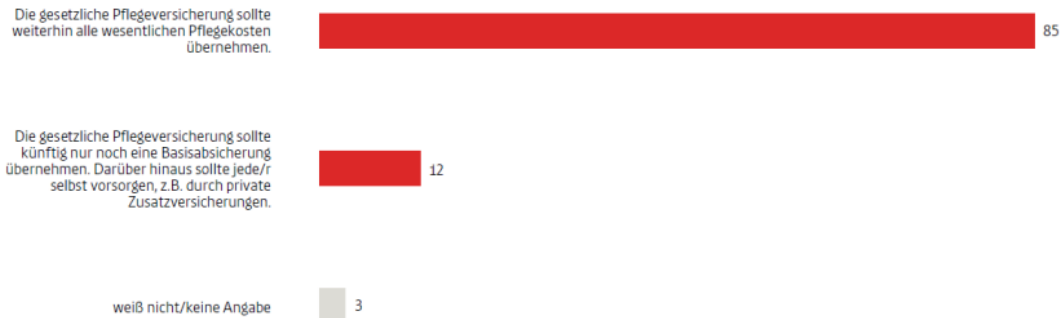


Abbildung 14: Befragung des Allensbach-Instituts zur individuellen vs. staatlichen Kostenübernahme

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 %) 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.

**Zur Zukunft der gesetzlichen
Pflegeversicherung meinen:**

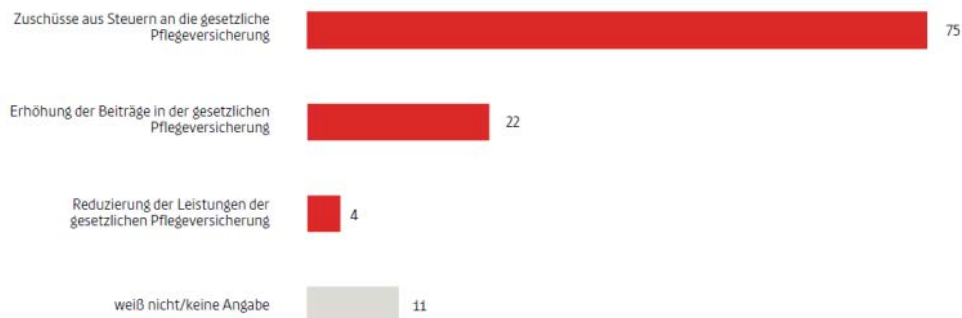
Basis: 1.004 Befragte | Angaben in Prozent

Frage 8: Welcher der beiden folgenden Aussagen zur Zukunft der gesetzlichen Pflegeversicherung stimmen Sie eher zu?

Zukunft der Pflegeversicherung | März 2023 | 42452/f23.0090 | Ja/Hn

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.

**Die zusätzlichen Pflegekosten sollten
zukünftig finanziert werden durch:**

Prozentsumme größer 100, da Mehrfachnennungen möglich

Basis: 1.004 Befragte | Angaben in Prozent

Frage 3: Immer mehr Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, so dass die Pflegekosten kontinuierlich steigen. Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die bisherige Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreicht. Wie sollten die zusätzlichen Kosten Ihrer Meinung nach zukünftig finanziert werden?

Zukunft der Pflegeversicherung | März 2023 | 42452/f23.0090 | Ja/Hn

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 rd. einem Viertel deutlich weniger Befragte, wie nachfolgende Abbildung zeigt⁵¹.

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

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

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 einer 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 überwiegenden 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 in Teilleistungs- als auch im Vollleistungssystem vorgestellt.

Eine regelhafte Dynamisierung ist aktuell bis zum Jahr 2028 gesetzlich vorgesehen: Die Leistungsbeträge werden zum 1. Januar 2025 um 4,5 % 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 (s.o. Kapitel 1., Seite 9), auch Vorschläge zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung zu erarbeiten, wird im Folgenden unter 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 6.3. folgt eine Darstellung der Stellschrauben, die die AG erarbeitet hat, 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 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

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) resp. 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

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.

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

⁵⁶ Demnach werden 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 Absatz 1 SGB XI) regelhaft dynamisiert.

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 Grundsznarien 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.

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

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.

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

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

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).

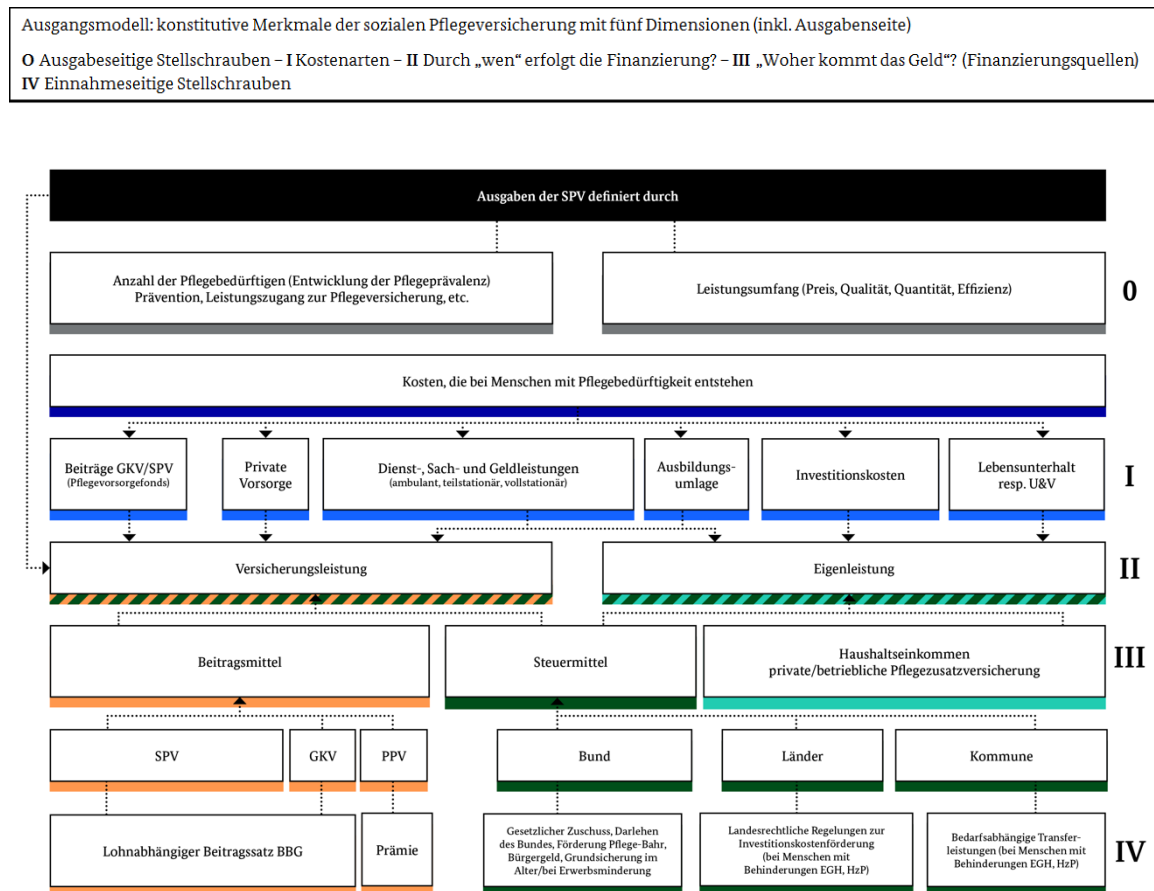


Abbildung 19: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inkl. Ausgabenseite)

Quelle: Eigene Darstellung

Zu den bereits in Kapitel 3.3. skizzierten **Dimensionen I-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 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 darüber hinausgehenden 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.

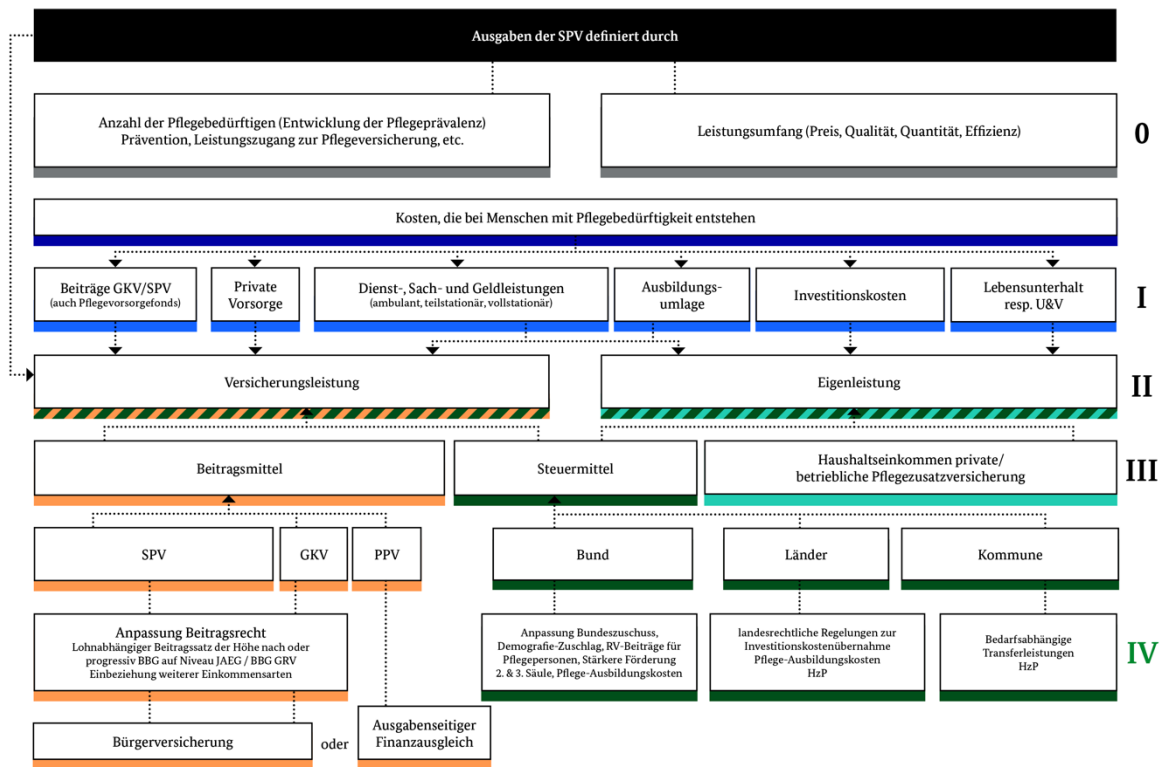


Abbildung 20: Szenario Ia

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

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-Pflegereport 2024 (IfD-Umfragen 12075/76).

resp. 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 - nur einen kleinen Teil der Bevölkerung erreichen (Gefahr adverser Selektion, „Samariter Dilemma“⁵⁹); die Ungleichheit beim Zugang zu Versicherungsleistungen wird manifestiert.

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 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 %.

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

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.

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

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 (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 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 (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. Bei beiden 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

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.

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.

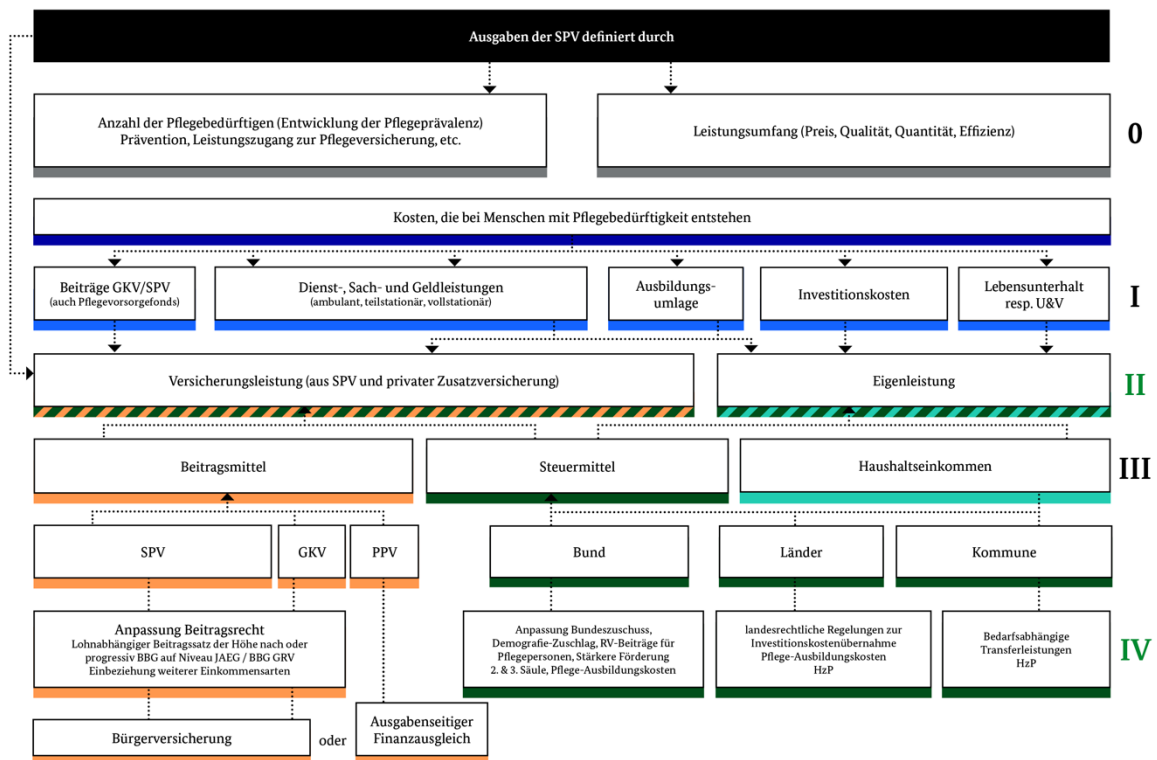


Abbildung 21: Szenario Ib

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 %.

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 beitragsatzrelevant und verstärkt den finanziellen Druck auf den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen

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

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 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 höherem sozio-ökonomischen Status als das SPV-Versichertenkollektiv aufweist. Bei beiden 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). Darüberhinausgehende Kosten sind als Eigenleistungen von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen; Anknüpfungspunkt ist die Dimension II.

Folgende Szenarien werden dabei betrachtet:

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

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.

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

Die soziale Pflegeversicherung wird zu einem Vollleistungssystem 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 resp. 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.

Ila. Umlagebasiertes Teilleistungssystem + verpflichtende staatlich organisierte ergänzende individuelle Vorsorge

Beschreibung des Szenarios Ila

Im Szenario Ila 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 Ila 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 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 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 Pflegegeldes 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 resp.

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.

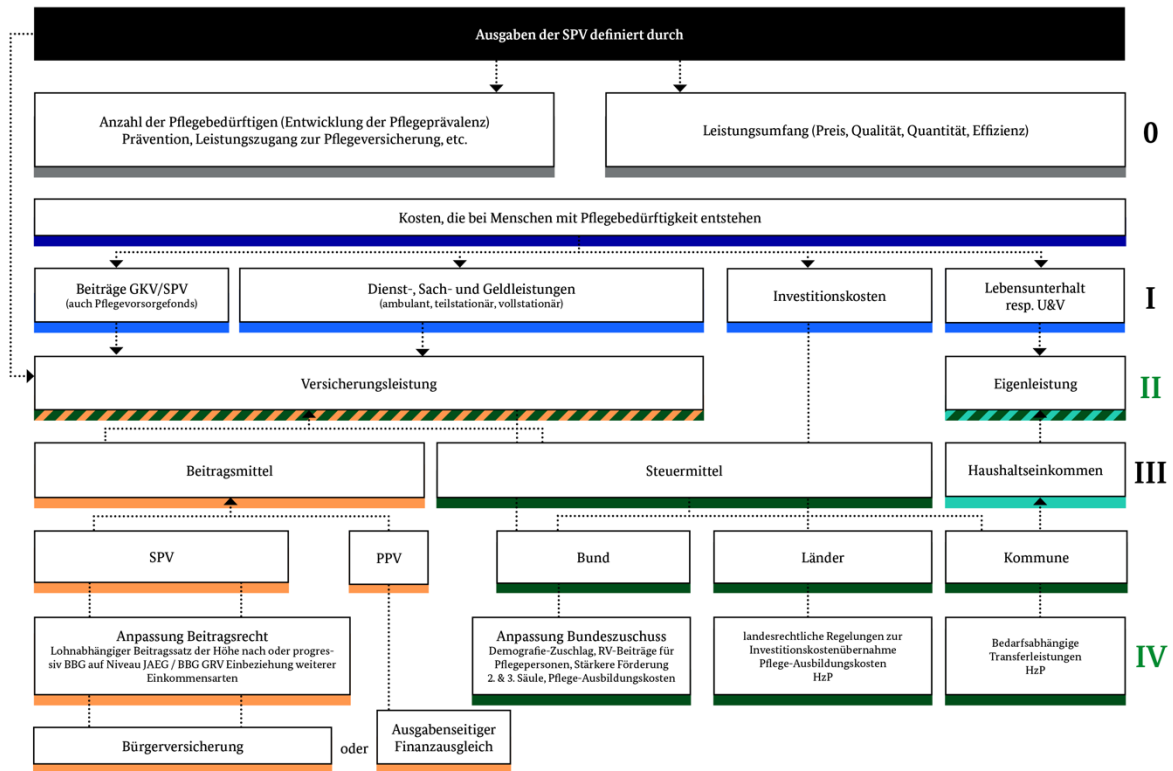


Abbildung 22⁶⁸: Szenario IIa

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

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 betrugen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 € monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 € an, was einem Anstieg von 2,6 % entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 % von 651 € auf 1360 €. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 % auf 818 €.

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**“).

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 zusätzlichen 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- resp. Folgewirkungen auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die Belastungen der Wirtschaft, auf einen möglichen Anreiz zum Wechsel in die private

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 betrugen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 € monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 € an, was einem Anstieg von 2,6 % entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 % von 651 € auf 1360 €. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 % auf 818 €.

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 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 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 (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. Bei beiden 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.

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 müssen 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.

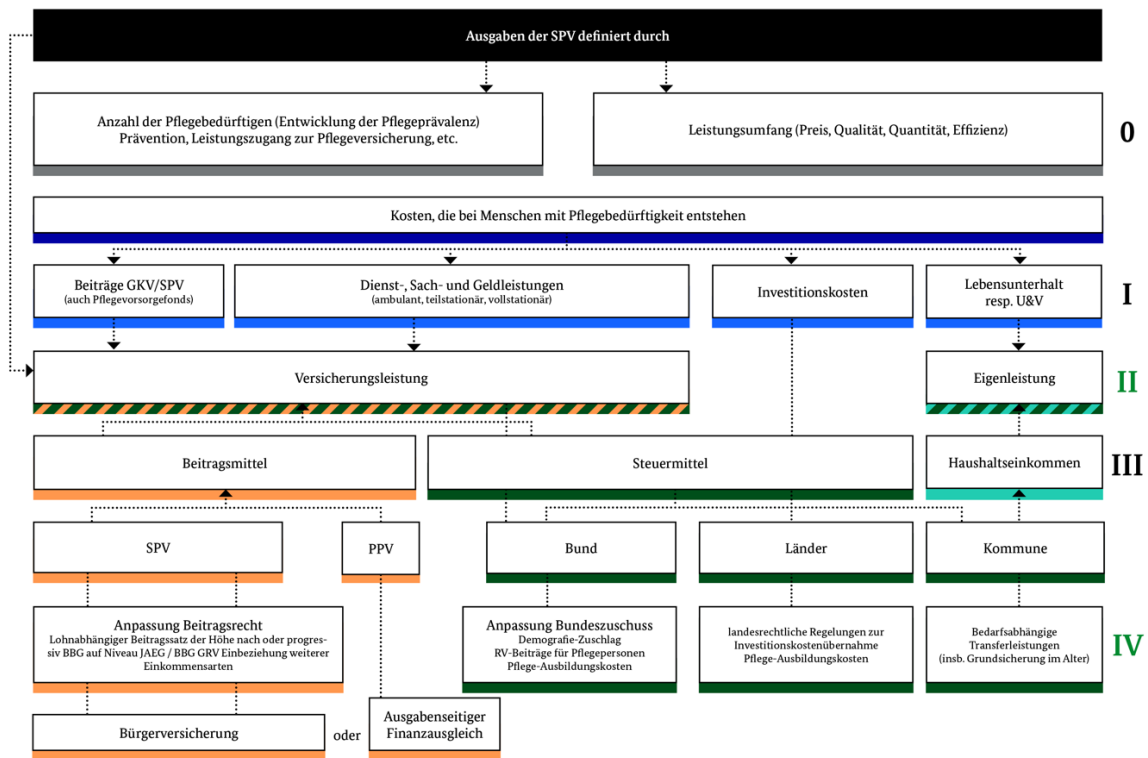


Abbildung 23⁷³: Szenario IIb

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

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 betrugen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 € monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 € an, was einem Anstieg von 2,6 % entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 % von 651 € auf 1360 €. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 % auf 818 €.

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 zusätzlichen 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- resp. 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 betrugen die bundesdurchschnittlichen Investitionskosten 465 € monatlich. Sie stiegen bis Mitte 2023 auf 477 € an, was einem Anstieg von 2,6 % entspricht. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg um 109 % von 651 € auf 1360 €. Nach Berücksichtigung der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI ergibt sich jedoch nur ein Anstieg um 25,6 % auf 818 €.

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 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. Bei beiden 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.

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 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.

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

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.

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 abgestufter Weise individuell vorzusorgen ist oder individuell Eigenbeiträge zu leisten sind.

IIa erfüllt das Solidaritätsprinzip ebenfalls zum größten Teil, da dabei aber eine staatlich finanzierte 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 Volleistung, 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 auch langfristig die Einnahmen 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 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 hat*⁷⁸: Nach der bis Inkrafttreten des PUEG geltenden Regelung des § 30 SGB XI hatte die Bundesregierung 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 damit dann faktisch mit diesem Instrument jedoch nicht.⁷⁹ So wurden die für das Jahr 2018 vorgesehenen Mittel für die Dynamisierung zur Mitfinanzierung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs herangezogen. Im Rahmen der Überleitungsregelungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergaben sich für die meisten Pflegebedürftigen deutlich höhere Anstiege der Leistungsbeträge, als bei einer sonst vorgesehenen Dynamisierung in 2018.

⁷⁷ Bundestagsdrucksache 12/5262, Seite 18.

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 %. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmenden stieg im gleichen Zeitraum um 8,9 %.

Vor diesem Hintergrund erschien aus Sicht der Bundesregierung ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 % 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 % und der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege um 10 % angehoben sowie der prozentuale Leistungszuschlag des § 43c SGB XI bei vollstationärer Pflege eingeführt.

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.

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.

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.

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 % und ein durchschnittlicher Lohnanstieg von 3,0 % angenommen. Als Sensitivitätsanalyse bzw. Referenzszenarien sollten Varianten berechnet werden, denen 0 % 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.

Szenario	Leistungs- dynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnent- wicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	ausgaben- deckender Beitragssatz 2060	Finanzierungs- (mehr)bedarf in Beitragssatz- punkten	pflegebedingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/r Leistungs- empfänger/in p.a. (diskontiert)	Wirkung auf den pflege- bedingten Eigenanteil p.a.	Anteil HzP- Empfänger/ innen vollstationär 2060	Wirkung auf den Anteil HzP- Empfänger/ innen in %- Punkten 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%	0,98%	0,0%
9	0,0%	2,0%	15 Jahre	3,8%		11.051 €		33,6%		6,3%		0,98%	

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

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES-Instituts

Szenario	Leistungs- dynamisierung (jährlich ab 2029)	Lohnent- wicklung	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrate) (jährlich ab 2029)	ausgaben- deckender Beitragssatz 2060	Finanzierungs- (mehr)bedarf in Beitragssatz- punkten	pflegebedingter Eigenanteil* je vollstationär versorgtem/ r Leistungs- empfänger/ in p.a. (diskontiert)	Wirkung auf den pflege- bedingten Eigenanteil p.a.	Anteil HzP- Empfänger/ innen vollstationär 2060	Wirkung auf den Anteil HzP- Empfänger/ innen in %- Punkten 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%	
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%	

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

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse des IGES-Instituts

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 würde bei einer Leistungsdynamisierung im Umfang von 2.588 Euro p. a. (diskontiert) entlastet. Entsprechend wird auch die Hilfe zur Pflege entlastet; der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege reduziert sich um 7,8 %-Punkte bei schlechter, um 3,9 %-Punkte bei guter und 5,5 %-Punkte 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 würde 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 %-Punkte bei schlechter, um 9,3 %-Punkte bei guter und 9,7 %-Punkte bei mittlerer Prognose zur Lohn- und Pflegeprävalenzentwicklung.

Für weitere Dynamisierungsvarianten, wie z. B. die Orientierung an der Grundlohnsummenentwicklung⁸³, 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 szenarienübergreifend 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 %	4,07 %	4,24 %	4,66 %	4,59 %
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 %)	29,5 %	28,4 %	26,0 %	22,5 %	20,9 %

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.

Delta = Stellschraube-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 einrichtungseinheitlichen 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-Institut 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 %	-0,44 %	-0,48 %	-0,46 %
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-	+8,7	+12,2	+17,5	+22,2

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.

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.

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).

Finanzwirkung:

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,14 %	-0,15 %	-0,15 %	-0,15 %
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 (Ochmann et al., 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 %	-0,08 %	-0,08 %	-0,10 %	-0,10 %
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 %	+3,10 %	+2,90 %	+2,60 %	+2,40 %

Variante 2: Einkommens- und ertragsabhängige Abstufung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,08 %	-0,09 %	-0,10 %	-0,11 %	-0,11 %
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 %	+3,60 %	+3,30 %	+3,00 %	+2,70 %

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 %	-0,05 %	-0,10 %	-0,15 %
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 HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-	+0,20 %	+1,00 %	+1,70 %	+2,20 %

Variante 2: Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,00 %	-0,02 %	-0,04 %	-0,05 %
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 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	+0,50 %	+3,30 %	+3,80 %	+5,40 %	+4,70 %

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 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 %	+0,50 %	+1,30 %	+3,30 %	+2,70 %

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 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 %	+1,90 %	+2,40 %	+4,20 %	+3,60 %

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

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 %	+6,50 %	+7,00 %	+8,60 %	+7,50 %

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 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 %	+6,90 %	+7,40 %	+9,10 %	+7,90 %

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 beitragsatzstabilisierenden 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 Basiszenario wäre nicht notwendig.

Variante 1: Investitionskostenentlastung kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,41 %	-0,44 %	-0,48 %	-0,46 %
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 HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 %	-10,00 %	-8,80 %	-7,40 %	-6,40 %

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

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,14 %	-0,15 %	-0,15 %	-0,15 %
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 HZP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 %	-10,30 %	-9,10 %	-7,60 %	-6,60 %

Variante 3: Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommensabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,08 %	-0,08 %	-0,10 %	-0,10 %
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 HZIP-Quote (in Prozentpunkten)	-8,00 %	-7,50 %	-6,60 %	-5,30 %	-4,50 %

Variante 4: Investitionskostenentlastung kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,09 %	-0,09 %	-0,11 %	-0,11 %
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 HZIP-Quote (in Prozentpunkten)	-7,60 %	-7,20 %	-6,20 %	-5,10 %	-4,30 %

Variante 5: Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung stationärer Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,01 %	-0,05 %	-0,10 %	-0,15 %
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 HZIP-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 %	-9,90 %	-8,00 %	-6,10 %	-4,70 %

Variante 6: Investitionskostenentlastung kombiniert mit geringerer Dynamisierung ambulanter Leistungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	-0,00 %	-0,02 %	-0,04 %	-0,05 %
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 HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	-10,60 %	-10,00 %	-8,80 %	-7,40 %	-6,40 %

Variante 7: Investitionskostenentlastung kombiniert mit rein inflationsorientierter Dynamisierung

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	-10,20 %	-7,40 %	-5,80 %	-3,10 %	-2,70 %

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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,07 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
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 %	+3,30 %	+3,90 %	+5,50 %	+4,90 %

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

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.

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

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

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.

Finanzwirkung:

Variante 1: Anhebung BBG auf VPG

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,07 %	-0,08 %	-0,08 %	-0,09 %	-0,09 %
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 %	-0,19 %	-0,21 %	-0,23 %	-0,22 %
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 Gesamthaushaltseinkommen.

Finanzwirkung: Verbeitragung aller Einkunftsarten

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-0,09 %	-0,09 %	-0,10 %	-0,11 %	-0,11 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,16 %	-0,17 %	-0,19 %	-0,21 %	-0,20 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,27 %	-0,30 %	-0,32 %	-0,35 %	-0,34 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,29 %	-0,31 %	-0,33 %	-0,38 %	-0,39 %
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 %	-0,01 %	-0,09 %	-0,16 %	-0,25 %
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 %	-0,39 %	-0,42 %	-0,48 %	-0,49 %
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 %	-0,54 %	-0,58 %	-0,65 %	-0,65 %
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 %	-0,40 %	-0,43 %	-0,49 %	-0,50 %
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 %	-0,48 %	-0,52 %	-0,59 %	-0,60 %
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 %	-0,63 %	-0,68 %	-0,76 %	-0,76 %
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 %	-0,12 %	-0,13 %	-0,18 %	-0,18 %
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 % 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 %	-1,56 %	-1,54 %	-1,54 %	-1,53 %
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 %	-1,70 %	-1,69 %	-1,70 %	-1,69 %
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. € pro Jahr zugeführt (§ 135 Absatz 4 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 „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 %-Punkte erhöhten Einzahlungen

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

Variante 1b: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,2 %-Punkte erhöhten Einzahlungen

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

Variante 1c: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,3 %-Punkte erhöhten Einzahlungen

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

Variante 1d: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,4 %-Punkte erhöhten Einzahlungen

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

Variante 1e: Alternative Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds mit um 0,5 %-Punkte erhöhten Einzahlungen

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	-	+0,49 %	+0,34 %	-0,08 %	-0,01 %
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 %	-0,38 %	-0,39 %
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	-	-	+11,5	+13,8	+18,8
Kapitalstock (in Mrd. €) (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)	16	38	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 i. S. d. § 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 %	-0,29 %	-0,34 %	-0,37 %	-0,38 %
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 %	-0,34 %	-0,33 %	-0,32 %	-0,31 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,02 %	-0,02 %	-0,02 %	-0,02 %	-0,02 %
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 Beitragsatz (in Prozentpunkten)	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %	-0,00 %
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.

Finanzwirkung: Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten

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

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 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 Pflagegetagegeld 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 Pflagegetagegelds 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 Pflagegetagegeld 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 Pflegeitagegeldes 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 (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	0€	0€	-959 €	-732 €	-548 €
Delta HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	0 %	0 %	-1.90 %	-1.40 %	-0,90 %

Variante 2: Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegeitagegeldes 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 (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	0 €	0 €	-6.328 €	-6.597 €	-6.186 €
Delta HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	0 %	0 %	-11,10 %	-10,40 %	-9,30 %

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).

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 % (Variante 1) oder 50 % (Variante 2) des Einkommens anstelle der heutigen Zuzahlungsregelungen (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 % bzw. in einer weiteren Variante 30 % 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 gem. § 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 % ihres Einkommens

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

Variante 2: Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50 % ihres Einkommens

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

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

a. einer kaufkraftherhaltenden Leistungsdynamisierung

b. 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 kaufkraftherhaltende 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 %	-0,47 %	-0,64 %	-1,06 %	-0,99 %
Finanzwirkung SPV (in Mrd. €)	+1,3	+10,0	+17,9	+38,9	+47,7
Delta Individuelle Beteiligung inkl. Prämienzahlung (Ø, diskontiert) (€ pro Jahr)	+15 €	+291 €	+1.291 €	+2.967 €	+4.738 €
Delta HZP-Quote (in Prozentpunkten)	0,00 %	+0,60 %	+2,70 %	+6,10 %	+9,70 %

Variante 1b: Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung

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

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 (exkl. 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.

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 exkl. Pflegegeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,86 %	+0,96 %	+1,05 %	+1,16 %	+1,14 %
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 HZZ-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 %	-13,10 %	-12,00 %	-10,40 %	-9,50 %

Variante 2: Vollversicherung inkl. Pflegegeld

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+3,95 %	+4,48 %	+4,90 %	+5,26 %	+5,06 %
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 HZZP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 %	-13,10 %	-12,00 %	-10,40 %	-9,50 %

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 %	+0,39 %	+0,42 %	+0,49 %	+0,49 %
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 HZIP-Quote (in Prozentpunkten)	-13,80 %	-13,10 %	-12,00 %	-10,40 %	-9,50 %

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

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

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

	2026	2030	2040	2050	2060
Delta Beitragssatz (in Prozentpunkten)	+0,01 %	-	-0,02 %	-0,05 %	-0,08 %
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 HZIP-Quote (in Prozentpunkten)	-0,50 %	0,00 %	+0,70 %	+1,30 %	+1,90 %

6.3/6.4 Ergebnisse der Finanzwirkungen der Stellschrauben im grafischen Überblick⁹¹

6.3./6.4.-1 Maßnahmen mit Wechselwirkungen - Ausgabenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)

Maßnahme	2026			2030			2040			2050			2060		
	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP Quote (Delta) (in Prozent- punkten)
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 (szenarienübergreifend)															
Verstärkte Präventionsleistungen (IGES-Maßnahme 4.15)	0%	-	-	-0,41%	-	-	-0,44%	-	-	-0,48%	-	-	-0,46%	-	-
Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen (IGES-Maßnahme 4.16)	0%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,14%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%	-0,15%	0€ (EEE effektiv)	0%
Ausgabenseitige Stellschrauben (szenarienbezogen)															
Einkommensabhängige EAB (IGES-Maßnahme 4.17)	-0,07%	1.498€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,08%	1.456€ (EEE effektiv)	3,10%	-0,08%	1.387€ (EEE effektiv)	2,90%	-0,10%	1.321€ (EEE effektiv)	2,60%	-0,10%	1.259€ (EEE effektiv)	2,40%
Einkommens- und ertragsabhängige EAB (IGES-Maßnahme 4.17)	-0,08%	1.703€ (EEE effektiv)	3,70%	-0,09%	1.654€ (EEE effektiv)	3,60%	-0,10%	1.576€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,11%	1.501€ (EEE effektiv)	3,00%	-0,11%	1.430€ (EEE effektiv)	2,70%
Geringere Dynamisierung stationärer Leistungen (IGES-Maßnahme 4.18)	0%	0€ (T.T. effektiv)	0%	-0,01%	90€ (T.T. effektiv)	0,20%	-0,05%	503€ (T.T. effektiv)	1,00%	-0,10%	857€ (T.T. effektiv)	1,70%	-0,15%	1.160€ (T.T. effektiv)	2,20%
Geringere Dynamisierung ambulanter Leistungen (IGES-Maßnahme 4.18)	0%	-	-	0%	-	-	-0,02%	-	-	-0,04%	-	-	-0,05%	-	-
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	56€ (T.T. effektiv)	0,50%	-0,47%	1.427€ (T.T. effektiv)	3,30%	-0,64%	1.794€ (T.T. effektiv)	3,80%	-1,06%	2.654€ (T.T. effektiv)	5,40%	-0,99%	2.499€ (T.T. effektiv)	4,70%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkten Präventionsleistungen (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	56€ (EEE effektiv)	0,50%	-0,47%	139€ (EEE effektiv)	0,50%	-0,64%	643€ (EEE effektiv)	1,30%	-1,06%	1.648€ (EEE effektiv)	3,30%	-0,99%	1.532€ (EEE effektiv)	2,70%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit verstärkter Steuerung des Leistungszugangs (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	56€ (EEE effektiv)	0,50%	-0,47%	1.017€ (EEE effektiv)	1,90%	-0,64%	1.415€ (EEE effektiv)	2,40%	-1,06%	2.314€ (EEE effektiv)	4,20%	-0,99%	2.171€ (EEE effektiv)	3,60%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommensabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	1.341€ (EEE effektiv)	3,20%	-0,47%	2.803€ (EEE effektiv)	6,50%	-0,64%	3.635€ (EEE effektiv)	7,00%	-1,06%	4.204€ (EEE effektiv)	8,60%	-0,99%	4.645€ (EEE effektiv)	7,50%
Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung bei konstantem Beitragssatz kombiniert mit einkommens- und ertragsabhängiger EAB (IGES-Maßnahme 4.19)	-0,07%	1.529€ (EEE effektiv)	3,60%	-0,47%	2.988€ (EEE effektiv)	6,90%	-0,64%	3.834€ (EEE effektiv)	7,40%	-1,06%	4.414€ (EEE effektiv)	9,10%	-0,99%	4.862€ (EEE effektiv)	7,90%

*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.4.1.

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 Satus quo, oder dessen hypothetischer Fortschreibung in der sozialen Pflegeversicherung hinausgeht (vgl. § 30 Absatz 1 SGB XI).

Maßnahme	2026			2030			2040			2050			2060		
	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)
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 (szenarienübergreifend)															
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%	2.696€ (EEE effektiv)	5,50%	-0,99%	2.579€ (EEE effektiv)	4,90%
*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.4.1.															

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

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

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

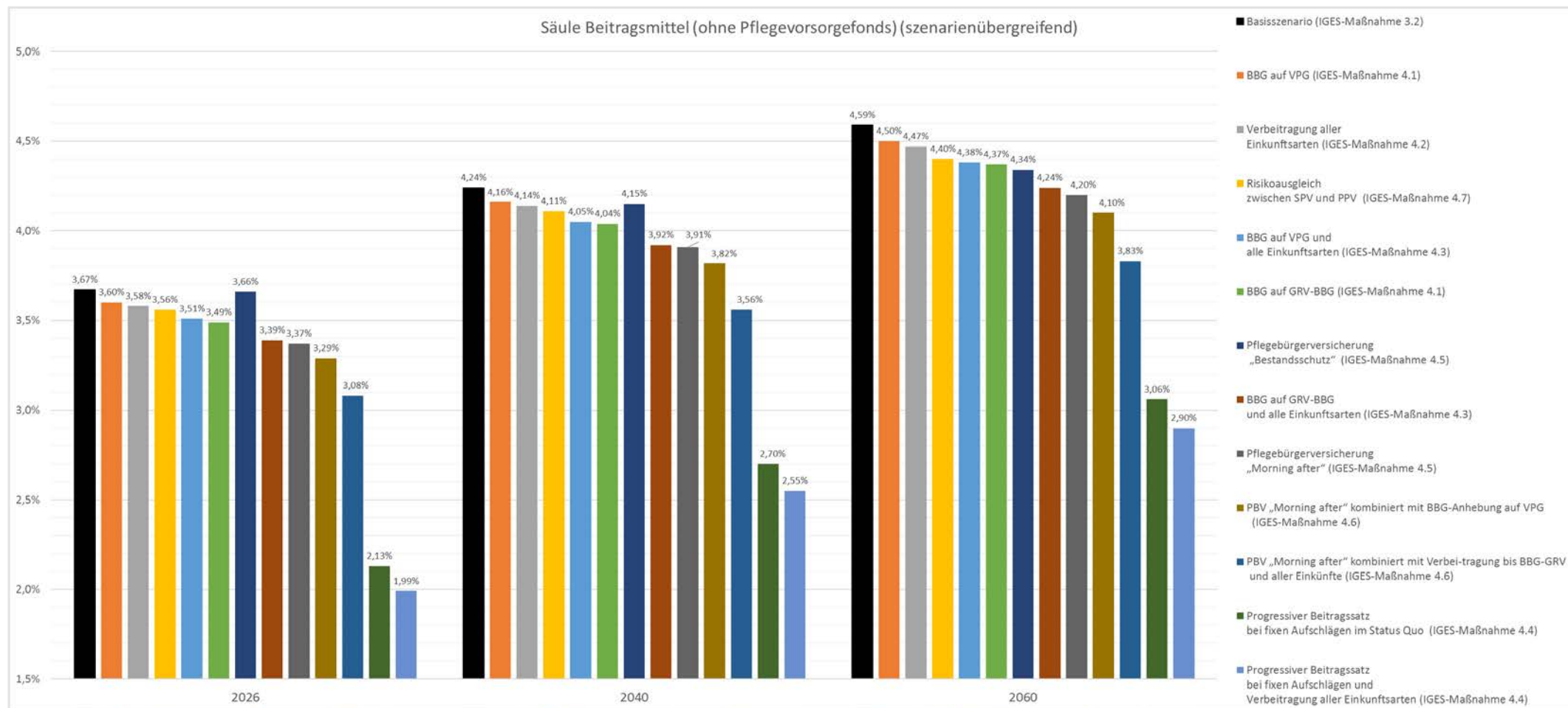


Abbildung 25: Ergebnisse Säule Beitragsmittel (ohne Pflegevorsorgefonds; szenarienübergreifend)

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

6.3./6.4.-3 Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)

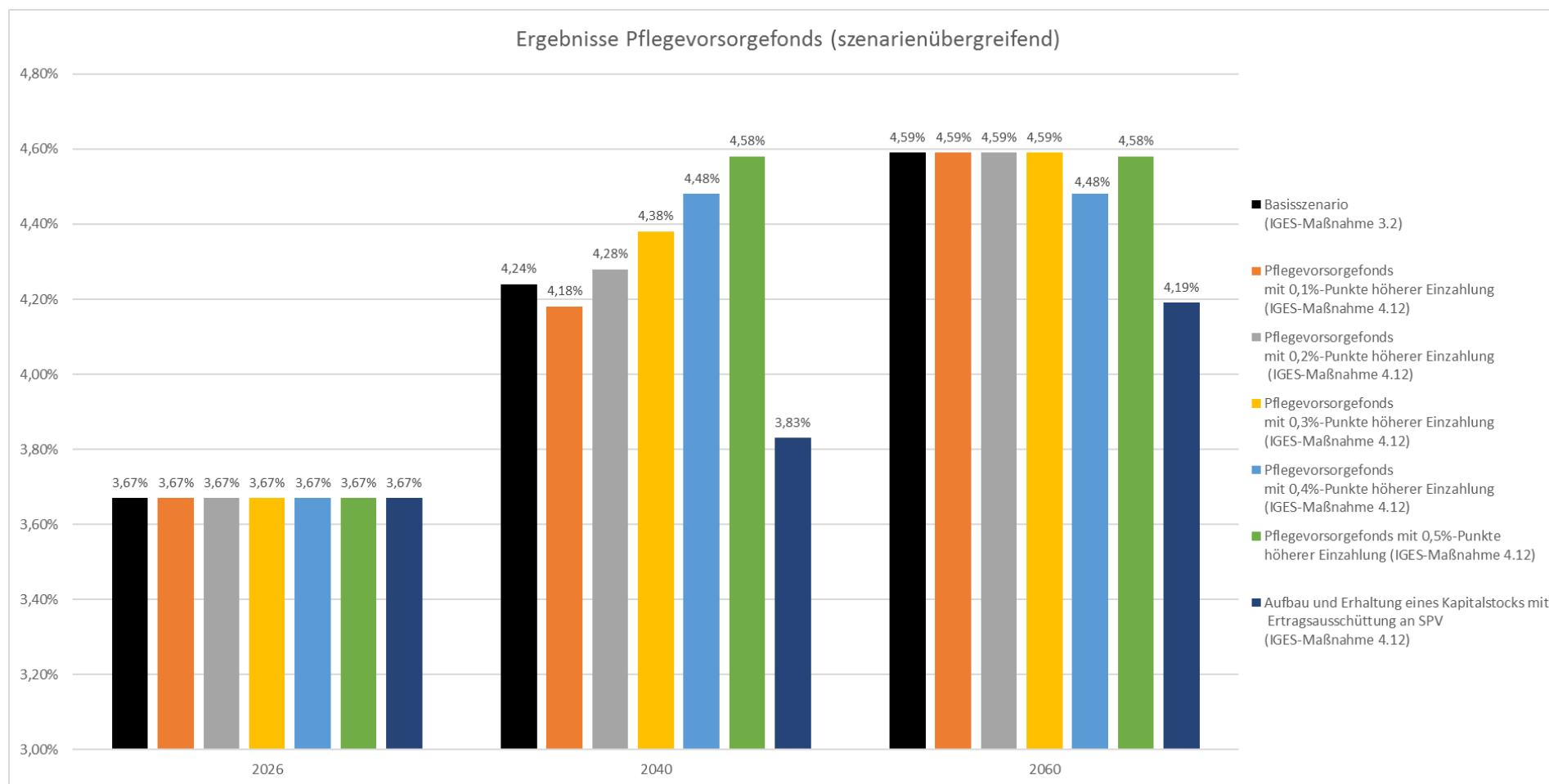
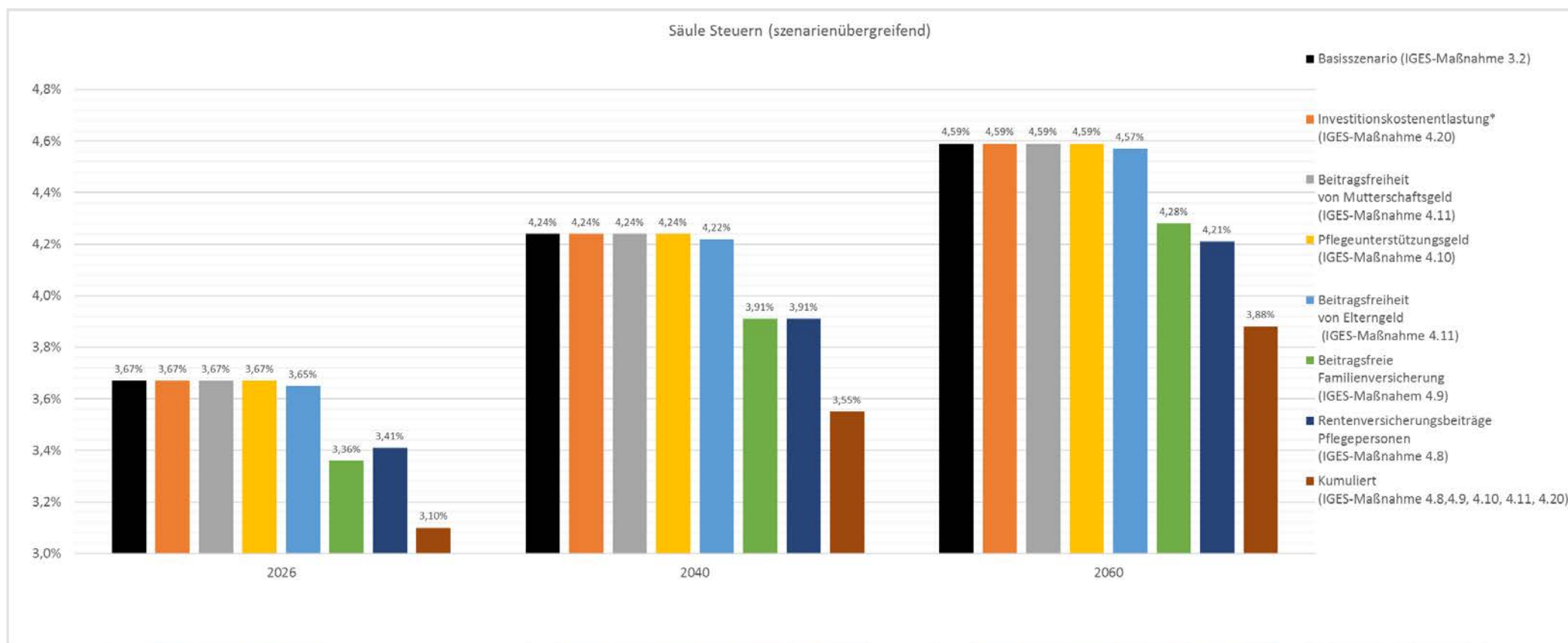


Abbildung 26: Ergebnisse Pflegevorsorgefonds (szenarienübergreifend)

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

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



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

Abbildung 27: Säule Steuern (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

6.3./6.4.-5 Maßnahmen mit Wechselwirkungen Einnahmenseite (szenarienübergreifend und szenarienbezogen)

Maßnahme	2026			2030			2040			2050			2060		
	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)	BS (Delta) (in Prozent- punkten)	Individuelle Beteiligung (Delta) (Ø, diskontiert)	HzP-Quote (Delta) (in Prozent- punkten)
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%
Einnahmeseitige Stellschrauben (szenarienübergreifend)															
Entlastung der Pflegebedürftigen bei Investitionskosten (IGES-Maßnahme 4.20)	0%	-5487€	-10,60%	0%	-5307€	-10,00%	0%	-4813€	-8,80%	0%	-4366€	-7,40%	0%	-3961€	-6,40%
Einnahmeseitige Stellschrauben (szenarienbezogen)															
Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegetagegeldes bei fixierten Einzahlungen (Maßnahme IGES Nr. 4.12)	0%	0 €	0%	0%	0 €	0%	0%	-959€	-1,90%	0%	-732€	-1,40%	0%	-548€	-0,90%
	Kapitalstock: 16 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 38 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 90 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 129 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 159 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)		
Aufbau und Erhaltung eines Kapitalstocks mit Zahlung eines Pflegetagegeldes vom Umfang einer Vollversicherung (Maßnahme IGES Nr. 4.12)	0%	0 €	0%	0%	0 €	0%	0%	-6.328€	-11,10%	0%	-6.597€	-10,40%	0%	-6.186€	-9,30%
	Kapitalstock: 16 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 38 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 128 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 259 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)			Kapitalstock: 400 Mrd. € (Einzahlungen kumuliert und diskontiert)		
Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 30% ihres Einkommens (IGES-Maßnahme 4.14)	0,60%	-7.076€	-13,10%	0,65%	-6.682€	-12,20%	0,66%	-5.841€	-10,40%	0,69%	-5.064€	-8,40%	0,62%	-4.344€	-6,90%
Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger mit 50% ihres Einkommens (IGES-Maßnahme 4.14)	0,22%	-2.500€	-5,20%	0,22%	-2.106€	-4,30%	0,17%	-1.266€	-2,6%	0,11%	-488€	-0,90%	0,03%	231 €	0,50%
Private Zusatzversicherung bei kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung (IGES-Maßnahme 4.13)	-0,07%	15€ (inkl. Prämie)	0%	-0,47%	291€ (inkl. Prämie)	0,60%	-0,64%	1.291€ (inkl. Prämie)	2,70%	-1,06%	2.967€ (inkl. Prämie)	6,10%	-0,99%	4.738€ (inkl. Prämie)	9,70%
Private Zusatzversicherung bei Vollversicherung (IGES-Maßnahme 4.13)	-0,07%	-7.349€ (inkl. Prämie)	-13,50%	-0,47%	-6.254€ (inkl. Prämie)	-11,50%	-0,64%	-3.466€ (inkl. Prämie)	-6,60%	-1,06%	54€ (inkl. Prämie)	0,10%	-0,99%	3.627€ (inkl. Prämie)	7,20%
Vollversicherung exkl. Pflegegeld (IGES-Maßnahme 4.22)	0,86%	-7.512€	-13,80%	0,96%	-7.299€	-13,10%	1,05%	-6.952€	-12,00%	1,16%	-6.622€	-10,40%	1,14%	-6.308€	-9,50%
Vollversicherung inkl. Pflegegeld (IGES-Maßnahme 4.22)	3,95%	-7.512€	-13,80%	4,48%	-7.299€	-13,10%	4,90%	-6.952€	-12,00%	5,26%	-6.622€	-10,40%	5,06%	-6.308€	-9,50%
Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von Null (IGES-Maßnahme 4.24)	0,36%	-7.512€	-13,80%	0,39%	-7.299€	-13,10%	0,42%	-6.952€	-12,00%	0,49%	-6.622€	-10,40%	0,49%	-6.308€	-9,50%
Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines nominal konstanten EEs (IGES-Maßnahme 4.24)	0,02%	-436€ (EEE effektiv)	-1,00%	0,05%	-1.020€ (EEE effektiv)	-2,10%	0,14%	-2.80€ (EEE effektiv)	-4,50%	0,23%	-3.145€ (EEE effektiv)	-5,50%	0,29%	-3.720€ (EEE effektiv)	-6,10%
Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel in Höhe eines real konstanten EEs (IGES-Maßnahme 4.24)	0,01%	-224€	-0,50%	0%	-11€	0%	-0,02%	337€	0,70%	-0,05%	667€	1,30%	-0,08%	981€	1,90%

*Erläuterungen zum Basisszenario siehe Kapitel 4.4.1.

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

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

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

⁹² 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.

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.

(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, 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 alternden Gesellschaft mit den Systemelementen Freiwilligkeit, paritätische Finanzierung und 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 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 Pflegebedarf sicherstellen. Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen (vgl. 3.1.), sowie die Prinzipien, die der Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. 3.2.) gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. 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:

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

Abbildung 18: Vier Grundscenarien im Teil- und Vollleistungssystem mit und ohne Kapitaldeckung

Quelle: Eigene Darstellung

Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen (inkl. Ausgabenseite)

O Ausgabeseitige Stellschrauben – I Kostenarten – II Durch „wen“ erfolgt die Finanzierung? – III „Woher kommt das Geld?“ (Finanzierungsquellen)
IV Einnahmeseitige Stellschrauben

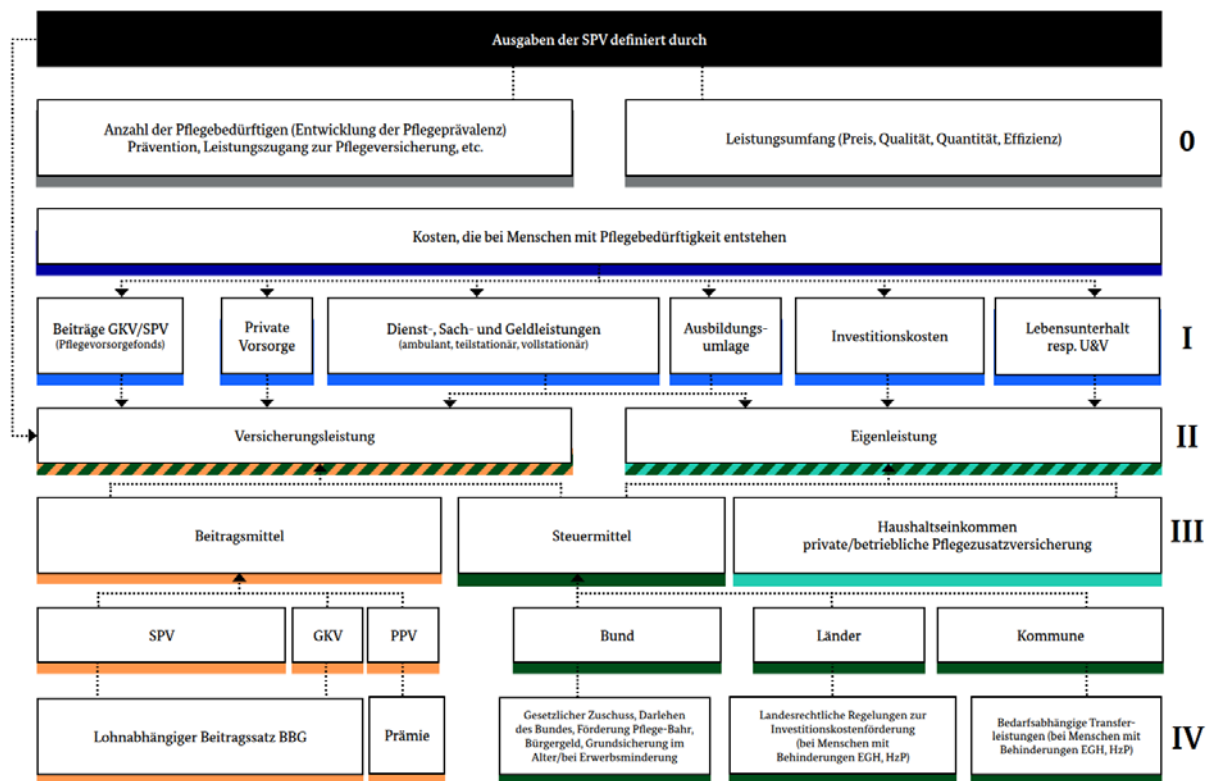


Abbildung 19: Ausgangsmodell: konstitutive Merkmale der sozialen Pflegeversicherung mit fünf Dimensionen

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 Einnahmenbasis 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 (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 Vollleistungssystem 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 Vollleistungssystem) 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 Vollleistungssystem gänzlich in der Umlagefinanzierung zu organisieren.

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

Der Finanzbedarf für ein umlagefinanziertes Vollleistungssystem, 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 Vollleistungssystem, 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 die Belastungen der Beitragszahlenden ist in dem Zusammenhang zu beachten.

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 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 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 7.1.6. wäre zu entscheiden, welche den jeweiligen Säulen zugeordneten einnahmeseitigen Stellschrauben umgesetzt werden sollten (vgl. Dimension IV). Hierbei wären auch die unter 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. 3.1.), sowie die Prinzipien, die der sozialen Pflegeversicherung zugrunde liegen (vgl. 3.2.), gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit (vgl. 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 %20

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/>