

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 150, September 2019

Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung

Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei
Umwandlung der Pflegeversicherung in eine
Bürgerversicherung mit Vollversicherung

Heinz Rothgang und Dominik Domhoff

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung“ von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Vorwort.....	8
Zusammenfassung.....	9
Hintergrund: Defizite der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung.....	15
Gerechtigkeitsdefizite in der „Pflegevolksversicherung“	15
Gerechtigkeitsdefizite in der Sozialen Pflegeversicherung	21
Strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung	24
Eigenanteile der Pflegebedürftigen	25
Pflegebürgervollversicherung als Lösungsansatz	34
Stand der Forschung und Forschungsbedarf zur Pflegebürgervollversicherung	36
Pflegebürgerversicherung	36
Pflegevollversicherung	38
Zielsetzung und Fragestellung des Vorhabens: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen einer Pflegebürgervollversicherung	41
Daten und Methoden	44
Beitragssatzeffekte.....	46
Daten und Methoden zur Beitragssatzermittlung.....	46
Ergebnisse.....	61
Diskussion	69
Verteilungswirkungen	74
Daten und Methoden	74
Ergebnisse.....	77
Diskussion	81
Moral Hazard bei einer Vollversicherung	85
Moral Hazard durch Wahl einer teuren Versorgungsform	86
Moral Hazard durch Wahl eines teuren Leistungsanbieters	89
Moral Hazard durch Steigerung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen.....	91
Literatur.....	93
Anhang.....	102
Autoren	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Altersklassen, 2017	16
Abbildung 2: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Geschlecht, 2017	17
Abbildung 3: Altersspezifische Pflegeprävalenzen für beide Versicherungszweige 2017, Pflegegrade 1 bis 5	18
Abbildung 4: Altersspezifische Prävalenzen für beide Versicherungszweige 2017, Pflegegrade 2–5	18
Abbildung 5: Quotient der Pflegeprävalenzen in PPV und SPV, 2017	19
Abbildung 6: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung	24
Abbildung 7: Entwicklung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied und des Bruttoinlandsprodukts	25
Abbildung 8: Anteil PPV-Versicherter nach Altersgruppen 2017 und 2060	61
Abbildung 9: Anzahl der Pflegebedürftigen 2017–2060 nach derzeitigem Versicherungsstatus	62
Abbildung 10: Entwicklung der realen Ausgaben der Pflegeversicherung, in Preisen des Jahres 2017	63
Abbildung 11: Entwicklung der Personenzahlen auf Einnahmeseite der Pflegeversicherung 2017–2060	64
Abbildung 12: Beitragspflichtige Einnahmen 2017–2060 nach Art der Pflegeversicherung	64
Abbildung 13: Differenz des ausgabendeckenden Beitragssatzes zum ausgabendeckenden Beitrag im Status quo für 2017	66
Abbildung 14: Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung 2017–2060, verschiedene Modelle	67
Abbildung 15: Beitragssatzdifferenz im Vergleich zum Status quo	68
Abbildung 16: Beitragssatzdifferenz im Vergleich zum Status quo als Anteilswert des Beitrags im Status quo	68
Abbildung 17: Jährlicher vom Mitglied getragener Pflegeversicherungsbeitrag für derzeitige SPV-Mitglieder nach Nettoäquivalenzeinkommen	77

Abbildung 18: Jährliche durchschnittliche von derzeit PPV-Versicherten getragene Pflegeversicherungsprämie nach Nettoäquivalenzeinkommen.....	78
Abbildung 19: Differenz zwischen jährlichem vom Mitglied durchschnittlich zu tragenden Beitrag im Status quo und Modellvarianten für derzeitige SPV-Mitglieder	79
Abbildung 20: Differenz zwischen durchschnittlicher jährlicher PPV-Prämie und Beitrag in Modellvarianten einer Pflegebürgerversicherung für derzeit PPV-Versicherte	80
Abbildung 21: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Bundesländern im 1. Quartal 2019	90
Abbildung 22: Landesbasisfallwerte für deutsche Krankenhäuser 2019	91

Tabellenverzeichnis

Übersicht: Zum Budgetausgleich notwendiger Beitragssatz	12
Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven im Jahr 2017	20
Tabelle 2: Beitragspflichtige Einnahmen von Ehepaaren in Abhängigkeit von ihrer Einnahmenaufteilung, fiktive Beispiele	23
Tabelle 3: Von Pflegebedürftigen zu tragende Teile der Heimvergütung pro Monat, 1. Quartal 2019	26
Tabelle 4: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege	27
Tabelle 5: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren	29
Tabelle 6: Probleme und mögliche Lösungsansätze	34
Tabelle 7: Merkmale der untersuchten Reformmodelle	42
Tabelle 8: Beschreibung und Parameter der untersuchten Modellvarianten einer Pflegesozialversicherung	43
Tabelle 9: Zugrunde gelegte Einnahmearten und Personenkreise	51
Tabelle 10: Durchschnittliche beitragsrelevante Einnahmen der berücksichtigten Personenkreise im Jahr 2017 – ohne Berücksichtigung einer Beitragsbemessungsgrenze	53
Tabelle 11: Prävalenz der verschiedenen Leistungsarten und Ausgaben nach Pflegegraden in % aller Leistungsempfänger, 2017	54
Tabelle 12: Angesetzte Ausgaben pro Leistungsempfänger und Monat in Euro nach Leistungsart und Pflegegrad im Jahr 2017	56
Tabelle 13: Berechnete kostendeckende Beitragssätze im Jahr 2017 und Differenz zum Status quo	65
Tabelle 14: Durchschnittliche jährliche Beiträge sowie Be- /Entlastungen für Arbeitgeber und Versicherte in Euro	80
Tabelle 15: Monatliche Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019	87
Tabelle 16: Monatliche Leistungsausgaben für Pflegesachleistungsempfänger und Heimbewohner in einer Pflegevollversicherung	88
Tabelle 17: Berechnete kostendeckende Beitragssätze bei Umstellung im Jahr 2017. Alle Modellvariationen	102

Tabelle 18: Höhe des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens in Quantilen der SPV-Versicherten	103
Tabelle 19: Höhe des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens in Quantilen der PPV-Versicherten	103

Vorwort

In den vergangenen Monaten ist deutlich geworden, dass wir vor der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe stehen, menschenwürdige Pflege heute und zukünftig zu sichern. Die Sicherung erfordert einen Ausbau der häuslichen und stationären Pflege sowie bessere Arbeitsbedingungen und höhere Entgelte für die Beschäftigten. Niemand wird ernsthaft bezweifeln, dass diese und weitere geplante Reformen auf der Leistungsseite notwendig sind. Weniger klar ist allerdings, wer die zusätzlichen Mittel dafür aufbringen soll.

Mit Einführung der Pflegeversicherung vor nunmehr fast 25 Jahren ist in Deutschland der Weg eingeschlagen worden, dass die Kosten bei Pflegebedürftigkeit solidarisch über das soziale Sicherungssystem von allen mitgetragen werden. Der Anspruch, dass Pflegebedürftigkeit nicht in die Armut führt, sondern als soziales Risiko – es kann jede und jeden treffen – abgesichert wird, kann gegenwärtig und zukünftig aber immer weniger eingelöst werden.

Die offenen Fragen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit waren für die Hans-Böckler-Stiftung der Ausgangspunkt, die vorliegende Studie in Auftrag zu geben. Unser Erkenntnisbedarf bezog sich auf die Frage, welche Effekte zu erwarten sind, wenn zwei Ziele erreicht werden sollen: Die Übernahme aller pflegebedingten Kosten durch das soziale Sicherungssystem und eine Stärkung des Solidarprinzip bei der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit. Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dominik Domhoff von der Universität Bremen stellen nun auf der Basis von Grundannahmen die Beitragssatz- und Verteilungseffekte von drei Reformmodellen vor und kommen zum Ergebnis, dass die genannten Ziele über eine Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung erreicht werden können.

Wir legen diese Ergebnisse zu einem Zeitpunkt vor, an dem Pflegebedürftige finanziell bereits stark belastet sind und private pflegebedingte Kosten ohne Reformen auf der Finanzierungsseite weiter steigen werden. Ganz aktuell stehen daher politisch verantwortliche Akteure vor der Frage, wie die nächsten konkreten Schritte aussehen können, um diese Entwicklung aufzuhalten. Wir möchten mit der vorliegenden Studie einen konstruktiven Beitrag zur Debatte leisten, indem wir uns mit Handlungs- und Orientierungswissen zur weiteren Ausgestaltung von Konzepten der solidarischen Finanzierung von Pflege in einer alternden Gesellschaft einbringen.

Dr. Dorothea Voss
Leiterin der Abteilung Forschungsförderung
Hans-Böckler-Stiftung

Zusammenfassung

Die Pflegeversicherung wurde 1994 als Teilleistungssystem etabliert. Zielvorstellung für die stationäre Langzeitpflege war es dabei, dass die pflegebedingten Kosten im Normalfall durch die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden sollten, die Pflegebedürftigen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernehmen sollten und insofern – anders als etwa bei einem Krankenhausaufenthalt – an den Kosten des Aufenthalts beteiligt sind. Von dieser Zielvorstellung hat sich die Realität inzwischen weit entfernt. Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege müssen neben monatlichen Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sowie für nicht geförderte Investitionskosten von zusammen derzeit bundesdurchschnittlich 1.212 Euro auch *Eigenanteile für die Pflegekosten* in Höhe von bundesdurchschnittlich 662 Euro aufbringen (Stand: 1. Quartal 2019). Die insgesamt aus eigenen Mitteln zu tragenden Kosten für stationäre Pflege belaufen sich damit aktuell bundesdurchschnittlich auf 1.874 Euro im Monat mit großer regionaler Varianz und weiter steigender Tendenz. Diese Eigenanteile übersteigen bereits heute die Einkommen vieler Pflegebedürftiger.

Für die Zukunft ist mit weiteren, erheblichen Steigerungen der Pflegesätze zu rechnen. So haben die Partner der „Konzertierten Aktion Pflege“ im Sommer 2019 vereinbart, eine stärkere Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen zu fördern und die Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI umzusetzen, was zusätzlich zu steigenden Personalschlüsseln und damit dann auch zu steigenden Personalkosten in Einrichtungen führen dürfte. Diese Maßnahmen sind zur Bekämpfung des Pflegenotstands unerlässlich. Bleiben die Finanzierungsregeln unverändert, werden die daraus resultierenden Mehrausgaben allerdings ausschließlich von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sein. Die *steigenden Eigenanteile* werden die Pflegebedürftigen in höherer Zahl und in zunehmendem Maße finanziell überfordern und so den Anteil der Sozialhilfeempfänger erhöhen. Die Pflegeversicherung verfehlt dann das zentrale Ziel, das Grund für ihre Einführung war – die Verhinderung von pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit.

Soll dies verhindert werden, müssen die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zumindest in absoluter Höhe begrenzt werden. Lediglich über fortlaufende Anpassungen der Leistungspauschalen der Pflegeversicherung ist eine zielkonforme Ausgestaltung dabei nicht möglich. Wenn Pflegeeinrichtungen auf Tarifbindung umstellen, kommt es nämlich zu sprunghaften Steigerungen der Pflegesätze um mehrere Hundert Euro im Monat, die in regelmäßigen Leistungsanpassungen nicht abgebildet

werden können. Notwendig ist vielmehr eine Systemreform. Diese kann in Form eines Sockel-Spitze-Tauschs vollzogen werden, bei dem – in genau umgekehrter Logik zum derzeit geltenden Finanzierungsprinzip der Pflegeversicherung – der Eigenanteil der Pflegebedürftigen auf einen festen Sockel begrenzt wird und die Pflegeversicherung alle darüberhinausgehenden Pflegekosten in der Spitze übernimmt. Bereits damit kann das Anwachsen der Eigenanteile nachhaltig verhindert werden. Sollen die Eigenanteile an den Pflegekosten – wie bei Einführung der Pflegeversicherung geplant – im Durchschnitt auf null zurückgefahren werden, resultiert hieraus eine „*Vollversicherung*“, bei der lediglich die Pflegekosten voll durch die Versicherung übernommen werden, die Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht geförderten Investitionskosten aber nach wie vor vom Pflegebedürftigen getragen werden. Eine solche Vollversicherung führt ceteris paribus zu steigenden Beitragssätzen. Ein entsprechender Anstieg wird jedoch verhindert, wenn die Vollversicherung gleichzeitig als Bürgerversicherung ausgestaltet wird, in welcher der gesetzliche und der private Zweig der Pflegeversicherung zusammengeführt werden.

Dies erscheint auch aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten: Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde mit dem Pflege-Versicherungsgesetz in Deutschland eine „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ (BVerfG 2001: zweiter Leitsatz). In seinem Urteil zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung vom 3. April 2001 hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass der Gesetzgeber dabei „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92). Diese „ausgewogene Lastenverteilung“ wird tatsächlich aber *nicht* realisiert. Das Versicherungskollektiv der Privaten Pflegepflichtversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren Pflegeprävalenzen. Bei gegebenem gleichen Leistungsrecht und gleichen Begutachungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Privatversicherten (bereits bei Hinzurechnung der Beihilfeleistungen) nur 40 % der Leistungsausgaben der Sozialversicherten. Da die Sozialversicherten zudem durchschnittlich nur ein halb so hohes Einkommen haben wie die Privatversicherten, liegt der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung beim Vierfachen des Beitragssatzes, der notwendig wäre, um die Privatversicherten in einer eigenen Sozialversicherung nach gleichen Regeln abzusichern. Von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann somit nicht die Rede sein. Soll der normativen Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen werden,

muss daher ein Finanzausgleich zwischen Privat- und Pflegeversicherung etabliert werden oder müssen diese bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung integriert werden. Diese würde so zu einer *Bürgerversicherung* weiterentwickelt. Das ist im Bereich der Pflegeversicherung wesentlich leichter umsetzbar als in der Krankenversicherung, da sich die Soziale Pflegeversicherung und die Private Pflegepflichtversicherung in Bezug auf Pflegebedürftigkeitsbegriff, Leistungsrecht und Vergütung der Leistungsanbieter nicht unterscheiden. Die resultierende Bürgerversicherung reduziert dann den zum Ausgabenausgleich notwendigen Beitragssatz und kann so dem ansonsten unvermeidlichen Beitragssatzanstieg einer Vollversicherung entgegenwirken.

Hauptgegenstand dieser Studie ist daher eine *Pflegebürgervollversicherung*, die sich als Kombination einer Vollversicherung (auf der Leistungsseite) und einer Bürgerversicherung (auf der Finanzierungsseite) ergibt. Für die Bürgerversicherung wird dabei nicht nur die Integration der gesamten Bevölkerung in eine Sozialversicherung, sondern zudem die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten des Steuergesetzbuches unterstellt. Damit kann auch der bislang vorherrschenden strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung entgegengetreten werden, die darin besteht, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt.

Für eine derartige Pflegebürgervollversicherung wird berechnet, welcher *Beitragssatz* zum Umstellungszeitpunkt zum Budgetausgleich notwendig ist und wie sich dieser Beitragssatz vom Status quo sowie von einer reinen Bürgerversicherung (ohne Vollversicherung) und einer reinen Vollversicherung (ohne Bürgerversicherung) unterscheidet. Hierzu wird ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell verwendet, das die *Ausgaben* der verschiedenen Versicherungsmodelle durch Kombination der aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen und den aktuellen Inanspruchnahmequoten für die verschiedenen Versicherungsleistungen sowie deren Leistungshöhen erfasst. Für die *Einnahmen* werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für verschiedene Versichertengruppen verwendet, wie sie sich aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) entnehmen lassen. Die Effekte einer Pflegebürgervollversicherung werden nicht nur zum hypothetischen Umstellungszeitpunkt im Jahr 2017 ermittelt, sondern auch bis zum Jahr 2060 *vorausberechnet*. Hierbei wird eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen gemäß der Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung und nicht – wie die derzeitige gesetzliche Regelung dies vorsieht – gemäß der Inflationsrate vorgesehen. Da angesichts des Pflegekräftemangels

von (Brutto)Reallohnsteigerungen ausgegangen werden muss, ist diese Annahme notwendig, soll eine kontinuierlich sinkende reale Kaufkraft der Versicherungsleistungen vermieden werden. Im Ergebnis liegen dann alle Beitragssätze deutlich höher als bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung. Darüber hinaus wird die *personelle Einkommensverteilung* betrachtet, und es wird berechnet, welche Einkommensgruppen bei Einführung einer Pflegebürgervollversicherung höhere oder niedrigere Beitragsbelastungen erfahren. Dabei wird zwischen den bislang Sozial- und Privatversicherten unterschieden, und es werden die Auswirkungen auf die Arbeitgeber der Versicherten untersucht. Verwendet wird hierbei ein Mikrosimulationsmodell unter Nutzung von SOEP-basierten Individualdaten zur sozioökonomischen Situation von Privatpersonen.

Bezüglich der *Beitragssatzentwicklung* zeigt sich, dass der im Referenzjahr zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der Pflegebürgervollversicherung nur unmerklich, nämlich um 0,02 Beitragssatzpunkte über dem im Status quo liegt. Auch bei der Vorausberechnung liegt der Beitragssatz in der Pflegebürgervollversicherung durchgängig nur sehr wenig über dem im Status quo der Sozialen Pflegeversicherung, im Jahr 2060 um 0,25 Beitragssatzpunkte. In einer Vollversicherung ohne Bürgerversicherung läge der Beitragssatz dann dagegen um 1,1 Beitragssatzpunkt über dem im Status quo. Bemerkenswert ist auch, dass der Beitragssatz für eine Bürgerversicherung (ohne Vollversicherung) nicht nur niedriger ist als im Status quo, sondern der Betrag dieser Differenz im Zeitverlauf sogar noch steigt, obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen unter den derzeit PPV-Versicherten schneller steigt als die unter den SPV-Versicherten, weil sich der Vorteil einer günstigeren Altersstruktur der PPV-Versicherten im Zeitverlauf in sein Gegenteil verkehrt. Die unterschiedliche Einkommensstruktur der beiden Versicherungskollektive sorgt dafür, dass die stärkere demographische Alterung des PPV-Versichertenkollektivs überkompensiert wird.

Übersicht: Zum Budgetausgleich notwendiger Beitragssatz

Modell	Beitragssatz (Prozentpunkte)	Differenz zum Status quo (in Prozentpunkten)	
	2017	2017	2060
Status quo (SPV)	2,72	±0,00	±0,00
Pflegebürger- vollversicherung	2,74	+0,02	+0,25
Vollversicherung (nur in der SPV)	3,33	+0,61	+1,08
Pflegebürgerversicherung	2,24	-0,49	-0,684

Bei der Ermittlung von *Verteilungseffekten* ist zu berücksichtigen, dass sich in den Reformmodellen nicht nur die Beitragssätze ändern, sondern dass bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Ausdehnung der Beitragspflicht auch für andere Einnahmenarten zudem modellspezifisch je eigene Bemessungsgrundlagen entstehen.

Im hypothetischen Einführungsjahr 2017 führt die Pflegebürgervollversicherung auch für die bislang *Sozialversicherten* zu höheren Beiträgen. Diese Mehrbelastungen liegen aber nur bei monatlich gut 5 Euro pro Mitglied. Hierbei steigt die Belastung mit dem Einkommen. Für die Mitglieder in den unteren zwei Dritteln der Einkommensverteilung liegt die Mehrbelastung sogar unterhalb des genannten Durchschnittswertes. Nur für die einkommensstärksten 10 Prozent entstehen monatliche Mehrbelastungen von 10 Euro und mehr. Da *Arbeitgeberbeiträge* weder für Selbständige noch für Rentner gezahlt werden und auch die zusätzlich beitragspflichtig gemachten Einnahmenarten keinen Arbeitgeberbeitrag aufweisen, sind die Mehrbelastungen der Arbeitgeber noch geringer und belaufen sich pro beitragszahlendes Mitglied auf gut 2 Euro.

Anders stellt sich dies für bislang *Privatversicherte* dar. Diese sind aufgrund der Risikoselektion im bisherigen dualen System im hohen Maße bevorteilt und werden jetzt den SPV-Versicherten gleichgestellt. Für eine Pflegebürgervollversicherung resultieren hieraus monatliche Beitragssteigerungen von durchschnittlich 44 Euro für Versicherte und 22 Euro für deren Arbeitgeber. Auch hier steigen die Belastungen mit dem Einkommen. Liegen die monatlichen Mehrbelastungen für Mitglieder im untersten Einkommensdezil bei 15 Euro, steigen sie bis ins oberste Einkommensdezil auf 75 Euro an.

Ausgangspunkt dieser Studie ist der gegenwärtig bereits offensichtliche und sich zukünftig verschärfende Reformbedarf der Pflegeversicherung. Von den analysierten Reformvarianten erweist sich die Pflegebürgervollversicherung als überlegene Variante: Auf der Leistungsseite wird mit der Vollversicherung erreicht, dass – im Zeitverlauf sicher steigende – Pflegekosten von der Versicherung und nicht von den Pflegebedürftigen getragen werden, und somit auch als geeignet, die ursprüngliche Zielvorstellung der Pflegeeilleistungsversicherung umzusetzen. Auf der Finanzierungsseite können die damit einhergehenden Beitragssteigerungen für die Sozialversicherten begrenzt werden, wenn die Vollversicherung zugleich als Bürgerversicherung ausgestaltet wird. Die daraus resultierende Beitragsmehrbelastung für SPV-Versicherte und ihre Arbeitgeber ist äußerst moderat – insbesondere in Relation dazu, dass damit die Pflegekosten nun vollständig abgedeckt sind und die Sozialversicherung so Lebensstandardsicherung leisten kann. Damit einhergehend werden auch die ungerechten Belastungen im derzeitigen dua-

len Versicherungssystem beendet, und der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ wird Rechnung getragen. Hieraus ergeben sich für die bislang Privatversicherten deutliche Mehrbelastungen, die aber unvermeidlich sind, wenn das Gerechtigkeitsdefizit zwischen Sozial- und Privatversicherten ausgeglichen werden soll. Aber auch Privatversicherten können trotz Beitragsmehrbelastungen Verbesserungen in Aussicht gestellt werden: In einer Pflegebürgervollversicherung werden bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit erstmals die Pflegekosten vollumfänglich abgedeckt.

Hintergrund: Defizite der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung

Das derzeitige duale Versicherungssystem in der Pflege weist erhebliche *Gerechtigkeitsdefizite* auf, und auch innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung sind Gerechtigkeitsdefizite zu erkennen. Beides gemeinsam führt weiterhin zu einer *strukturellen Einnahmeschwäche* der Sozialen Pflegeversicherung, die deren nachhaltige Finanzierung gefährdet.

Um die Beitragssätze trotz dieser strukturellen Einnahmeschwäche stabil zu halten, sind die Leistungen der Pflegeversicherung in der Vergangenheit nicht (bis 2008) bzw. unzureichend (bis 2015) angepasst worden. Insbesondere in der vollstationären Pflege hat dies dazu geführt, dass die *Eigenanteile der Pflegebedürftigen* inzwischen sehr hoch und – gemessen an der Zielsetzung bei Einführung der Pflegeversicherung – zu hoch sind. Auch aufgrund der Beschlüsse der Konzertierte Aktion Pflege zu erwartenden Preissteigerungen in der vollstationären Pflege zeigt sich hier Handlungsbedarf.

Gerechtigkeitsdefizite in der „Pflegevolksversicherung“

Bevor Gerechtigkeitsdefizite untersucht werden können, gilt es zunächst die *normativen Grundlagen* einer Bewertung offen zu legen. Im zweiten Leitsatz seines Urteils vom 3. April 2001 zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Kompetenz des Gesetzgebers bestätigt, mit dem Pflegeversicherungsgesetz „eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung“ einzurichten (BVerfG 2001). Dabei habe der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“, wobei er „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92).

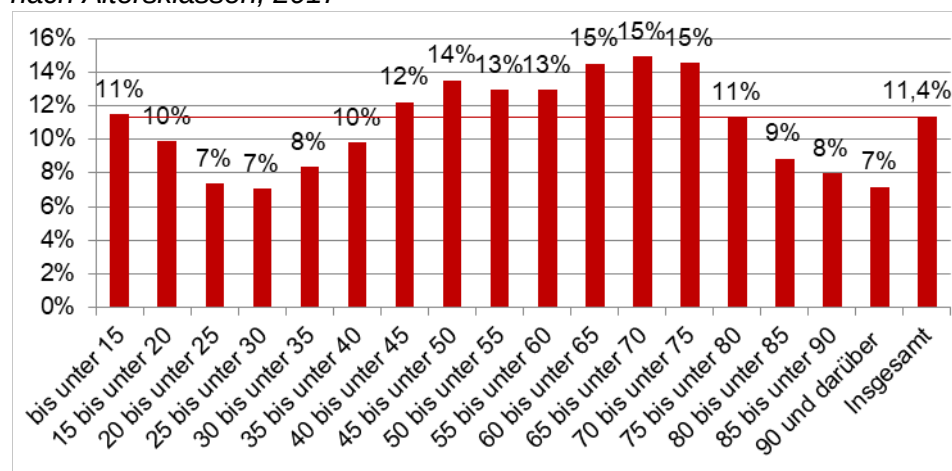
Damit hat das Bundesverfassungsgericht den normativen Maßstab genannt, an dem Finanzierungsgerechtigkeit zu bemessen ist: eine „*ausgewogene Lastenverteilung*“. Diese ist insbesondere zwingend, weil die weit überwiegende Zahl der Versicherten entweder der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) *zugewiesen* wird, ohne diesbezüglich ein Wahlrecht zu haben

(Rothgang 2011). Werden Versicherte einem System zugewiesen und entstehen ihnen dadurch höhere Finanzierungslasten, lässt sich für diese Besser- bzw. Schlechterstellung keine überzeugende Begründung finden und es besteht Reformbedarf (Rothgang 2010). Nachfolgend wird daher geprüft, inwieweit Risiko- und Einkommensunterschiede zwischen den beiden Teilkollektiven bestehen, die eines finanziellen Ausgleichs bedürfen, um eine umfassende Einkommens- und Risikosolidarität zwischen beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung zu gewährleisten.

Altersstruktur

Inzwischen liegt das Durchschnittsalter der Privatversicherten nicht mehr unter dem der Sozialversicherten. Allerdings ist das Durchschnittsalter für einen Strukturvergleich auch irrelevant. Wichtig ist vielmehr die *Altersverteilung*. Abbildung 1 zeigt den Anteil der PPV-Versicherten an der jeweiligen Altersklasse. Dabei zeigt sich, dass die Personen im Alter von 40 bis 75 Jahren in der PPV über-, die Personen bis 40 und über 80 Jahren dagegen unterrepräsentiert sind (mit gleichem Ergebnis auch Neusius 2019, der dazu die von der Bundesagentur für Finanzdienstleistungen bereitgestellten Daten heranzieht). Stark besetzt sind damit die Altersklassen, in denen Erwerbstätige ihre im Lebenszyklus höchsten Einkünfte erzielen, Pflegebedürftigkeit aber noch selten ist. Gleichzeitig ist die PPV in den hohen Altersklassen, die in besonderem Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und in denen die Einkommen durchschnittlich unterhalb der Einkommen der Erwerbstätigen liegen, geringer besetzt. Die PPV weist damit die deutlich günstigere Altersstruktur auf.

Abbildung 1: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Altersklassen, 2017

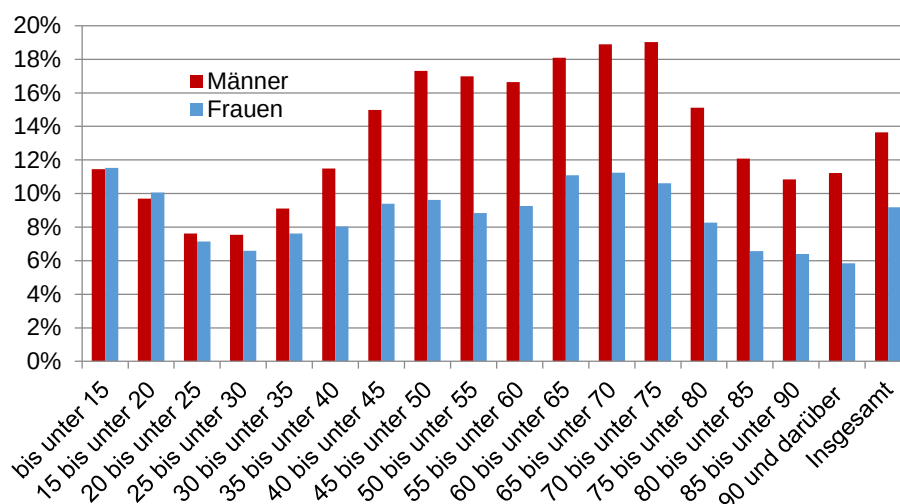


Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018.

Geschlechterverteilung

Diese vorteilhafte Altersverteilung ist bei Männern noch ausgeprägter als bei Frauen (Abbildung 2). Vor dem Hintergrund der im Durchschnitt deutlich höheren Erwerbseinkünfte von Männern im Vergleich zu Frauen (gender pay gap) führt dies zu einer zusätzlichen systematischen Begünstigung des PPV-Kollektivs auf der Einnahmenseite. Da Frauen höhere Pflegeprävalenzen aufweisen, bewirkt die „männlichere“ Versichertenstruktur die PPV ebenfalls eine Bevorzugung auf der Ausgabenseite.

Abbildung 2: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Geschlecht, 2017

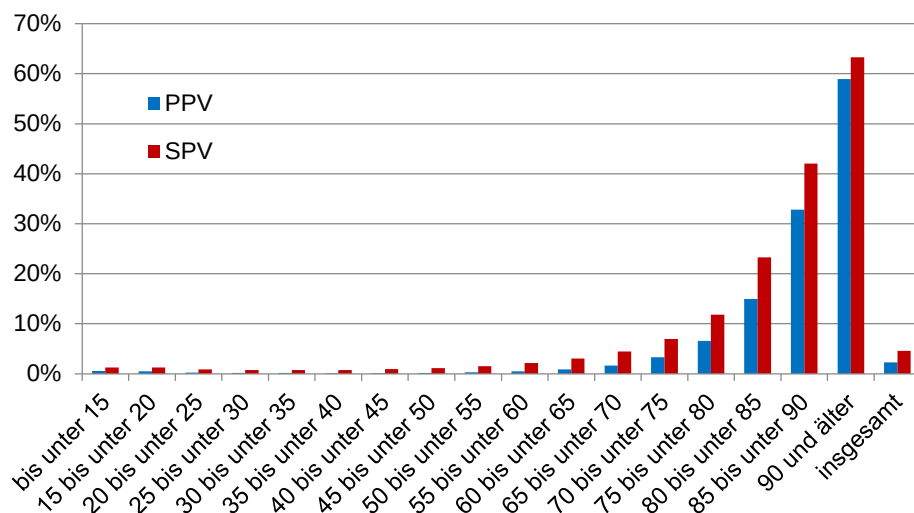


Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018

Prävalenzen

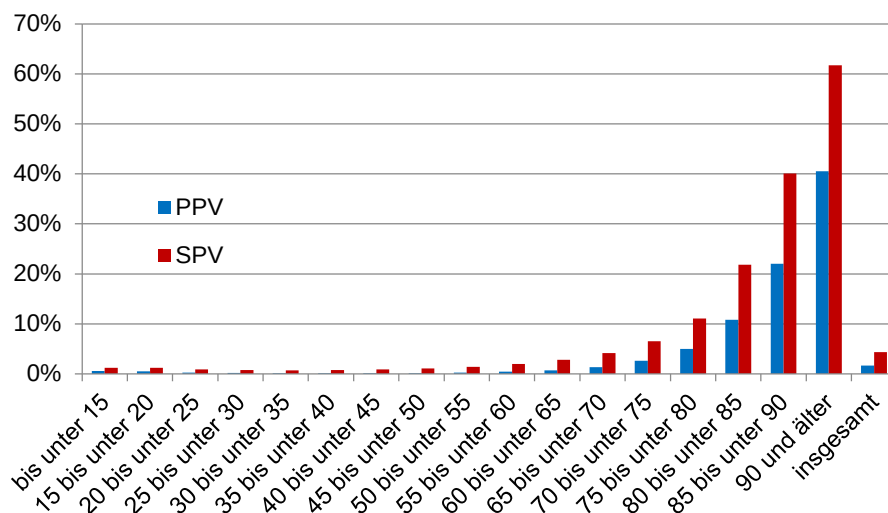
Die PPV weist aber nicht nur eine günstigere Altersstruktur auf, sondern auch niedrigere altersspezifische Pflegeprävalenzen – und zwar in jeder Altersklasse (Abbildung 3). Dabei ist zu beachten, dass beim Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 nur Leistungen in geringer Höhe zur Verfügung gestellt werden. Zur Abschätzung der Finanzeffekte (ebenso wie zum Vergleich mit der Situation vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) ist daher eine Betrachtung nur der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 aussagekräftiger. Hier sind die Unterschiede zwischen SPV und PPV sogar noch deutlich ausgeprägter (Abbildung 4).

Abbildung 3: Altersspezifische Pflegeprävalenzen für beide Versicherungszweige 2017, Pflegegrade 1 bis 5



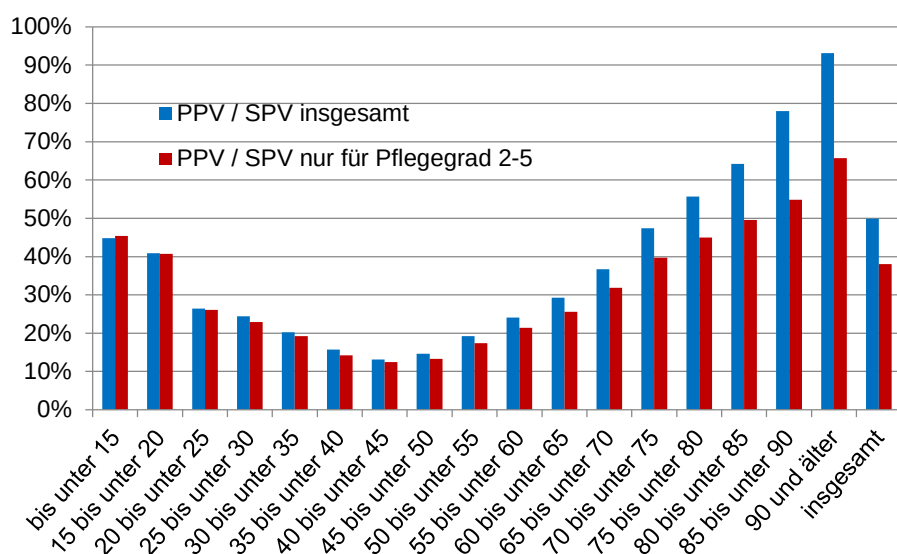
Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018

Abbildung 4: Altersspezifische Prävalenzen für beide Versicherungszweige 2017, Pflegegrade 2–5



Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018

Abbildung 5: Quotient der Pflegeprävalenzen in PPV und SPV, 2017



Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018

Abbildung 5 setzt die Prävalenzen beider Systeme ins Verhältnis zueinander – sowohl für alle Pflegebedürftigen als auch ausschließlich für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5. Wie die Abbildung zeigt, belaufen sich die Prävalenzen der PPV-Versicherten im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter, in dem der Eintritt in die PKV und damit auch die PPV in der Regel erfolgt, nur auf 10 bis 20 % des Wertes für die SPV. Dies ist insbesondere Ausdruck der Risikoprüfung des Privatversicherungssystems, die dafür sorgt, dass sich vor allem gesunde Personen privatversichern (können). Mit steigendem Alter nähern sich die Prävalenzen dann an, da Privat- und Sozialversicherte gleichermaßen neue Erkrankungen und Behinderungen, die auch zur Pflegebedürftigkeit führen können, erleiden. Im gewogenen Mittel liegt die Prävalenz der Privatversicherten dabei nur halb so hoch wie bei den Sozialversicherten. Wird auf die – hinsichtlich der damit verbundenen Leistungsausgaben – relevantere Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 abgestellt, sind die Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen sogar noch deutlicher ausgeprägter. Im Durchschnitt liegt die Pflegehäufigkeit der Privatversicherten dann bei weniger als 40 % der Häufigkeit der Sozialversicherten.

Ausgaben pro versicherter Person

Der kombinierte Effekt der aufgezeigten unterschiedlichen Risikostruktur sowohl nach Alter, Geschlecht als auch nach altersspezifischen Prävalenzen zeigt sich, wenn die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro versicherter Person verglichen werden (Tabelle 1). Sie liegen in der SPV um den Faktor 3,6 höher als in der PPV, und auch unter Einbezug der durch Beihilfe zusätzlich getragenen Leistungsausgaben verbleibt ein Unterschied, der sich mit dem Faktor 2,4 beziffern lässt. Dieser Faktor ist etwas höher als der Wert von 2, den Neusius (2019) berechnet, allerdings unter Annahme eines höheren Anteils Beihilfeberechtigter für die höheren Altersklassen und eines gegriffenen höheren Beihilfeanspruchs. Die kumulierten Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Versichertenkollektive führen somit dazu, dass die Leistungsausgaben in der SPV pro versicherter Person mehr als doppelt so hoch sind wie in der PPV – und zwar bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsregeln.

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven im Jahr 2017

	(1) Leistungs- ausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungs- ausgaben pro versicherter Person (in Euro)	(4) = (3 _{SPV}) / (3 _{PPV}) Zahlenver- hältnis der jeweiligen Ausgaben
SPV	35,540	72,267	491,79	
PPV	1,286	9,327	137,89	3,566
PPV zuzüg- lich Beihilfe	1,929	9,327	206,84	2,378

Anmerkung: Rund die Hälfte aller Privatversicherten haben Beihilfeansprüche (Verband der Privaten Krankenversicherung 2018). Die Höhe des Beihilfeanspruchs unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund. Im Durchschnitt dürften für Beihilfeberechtigte aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann $0,5 \times 1 + 0,5 \times 1/3 = 2/3$ der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten wurden daher mit 50 % der PPV-Ausgaben angesetzt.

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung 2018; Bundesministerium für Gesundheit 2019e; Bundesministerium für Gesundheit 2019a

Einkommen

Unterschiede zeigen sich auch im jährlichen Durchschnittseinkommen der Versicherten. Beläuft sich dies im Jahr 2016 bei den SPV-Versicherten auf 24.790 Euro, liegt es bei den PPV-Versicherten mit 52.287 Euro (Greß et al. 2019: 248) mehr als doppelt so hoch. Wird das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten betrachtet, zeigt sich, dass dieses immer noch um rund zwei Drittel über dem der SPV-Versicherten liegt (berechnet nach Greß et al. 2019: 251).

Gesamteffekt

Unterschiede zwischen den Versicherungszweigen zeigen sich somit sowohl bei der Einkommens- als auch bei der Risikostruktur. Um den kombinierten Effekt beider Aspekte zu berücksichtigen, kann berechnet werden, wie groß der Beitragssatzunterschied wäre, wenn für die bislang Privatversicherten eine eigene Sozialversicherung nach den Regeln der SPV eingerichtet und der resultierende Beitragssatz zum Beitragssatz der SPV ins Verhältnis gesetzt würde.

Da die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen für das Privatversicherungskollektiv um zwei Drittel höher liegen als für die Sozialversicherten, die Ausgaben aber um den Faktor 2,4 niedriger sind, wäre der resultierenden Beitragssatz um den Faktor $2,38 \times 1,66 = 3,95$ *niedriger* als der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der SPV. Der Beitragssatz würde damit weniger als ein Viertel des Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung ausmachen.

Das Risiko der beiden Versicherungszweige unterscheidet sich in Bezug auf Einkommen und Pflegerisiko somit insgesamt um den Faktor vier. Von der vom Bundesverfassungsgericht geforderten „ausgewogene[n] Lastenverteilung“ (BVerfG 2001: Rn. 92) kann also nicht die Rede sein. Vielmehr zeigt sich hier aus Gerechtigkeitsüberlegungen ein deutlicher und dringender Reformbedarf.

Gerechtigkeitsdefizite in der Sozialen Pflegeversicherung

Die Sozialversicherung in Kranken- und Pflegeversicherung ist ihrem eigenen Selbstverständnis nach durch das *Solidarprinzip* geprägt, das sich aus dem Zusammentreffen einer Leistungsgewährung nach dem

Bedarfsprinzip mit einer Finanzierung nach dem *Leistungsfähigkeitsprinzip* ergibt (Greß/Rothgang 2010). Das Leistungsfähigkeitsprinzip impliziert dabei, dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit in gleichem Umfang (horizontale Gerechtigkeit), Haushalte mit höherem Einkommen aber stärker als solche mit niedrigerem Einkommen belastet werden (*vertikale Gerechtigkeit*). Gegen diese Prinzipien, die nachfolgend als normativer Bewertungsmaßstab für die Gerechtigkeit in einer Pflegesozialversicherung herangezogen werden, wird bei der derzeitigen Ausgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung mehrfach verstoßen:

Der offensichtlichste Verstoß gegen das Postulat *horizontaler Gerechtigkeit* liegt darin, dass für Pflichtversicherte, nicht aber für freiwillig Versicherte, bei der Einkommensbestimmung nur bestimmte Einkunftsarten berücksichtigt werden. Von den in § 2 Einkommenssteuergesetz (EStG) unterschiedenen sieben Einkunftsarten (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Einkünfte) sind nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten), die unter „sonstige Einkünfte“ fallen, beitragspflichtig. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen sowie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung werden dagegen *nicht* berücksichtigt. Dies ist ein offensichtlicher Verstoß gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung, da der Ursprung der Einkünfte über die Verbeitragung entscheidet. Zudem führen Verschiebungen in der Struktur der Einkünfte dann zu Schwankungen in der Beitragsbasis. Dies hat in der Vergangenheit zur strukturellen Einnahmeschwäche beigetragen.

Ein weiterer Verstoß gegen die horizontale Gerechtigkeit ergibt sich regelmäßig, wenn das Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt. Dann ist die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens auch davon abhängig, wie sich das Haushaltseinkommen auf die Haushaltsmitglieder verteilt (Dräther/Rothgang 2004). Dies verdeutlicht Tabelle 2, in der exemplarisch Haushalte von Ehepaaren (ohne Kinder) mit gleichem Haushaltseinkommen, aber unterschiedlicher Aufteilung auf die Partner eingetragen sind. Das Haushaltseinkommen ist dabei auf das Doppelte der BBG des Jahres 2019 ($2 \times 4.537,50 = 9.075$ Euro im Monat) festgesetzt worden, um maximale Ungleichbehandlungen zu demonstrieren.

Tabelle 2: Beitragspflichtige Einnahmen von Ehepaaren in Abhängigkeit von ihrer Einnahmenaufteilung, fiktive Beispiele

Haushaltstyp	Beitragsrelevante Einkommen			Beitragspflichtige Einnahmen		
	Partner	Partner	Haus-	Partner	Partner	Haus-
	1	2	halt	1	2	halt
1 Alleinverdienerehe	9.075,0	0,0	9.075,0	4.537,5	0,0	4.537,5
2 Doppelverdienerehe	8.167,5	908,0	9.075,5	4.537,5	907,0	5.444,5
3 Doppelverdienerehe	7.260,0	1.815,0	9.075,0	4.537,5	1.815,0	6.352,5
4 Doppelverdienerehe	6.352,5	2.723,0	9.075,5	4.537,5	2.722,0	7.259,5
5 Doppelverdienerehe	5.445,0	3.630,0	9.075,0	4.537,5	3.630,0	8.167,5
6 Doppelverdienerehe	4.537,5	4.538,0	9.075,5	4.537,0	4.537,0	9.074,0

Anmerkung: Als „beitragsrelevant“ werden hier die Einnahmen bezeichnet, die aus einer Einkommensart erwachsen, die grundsätzlich beitragspflichtig ist. Die „beitragspflichtigen“ Einnahmen bezeichnen den Teil der beitragsrelevanten Einnahmen, der unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze tatsächlich beitragspflichtig ist.

Quelle: eigene Darstellung

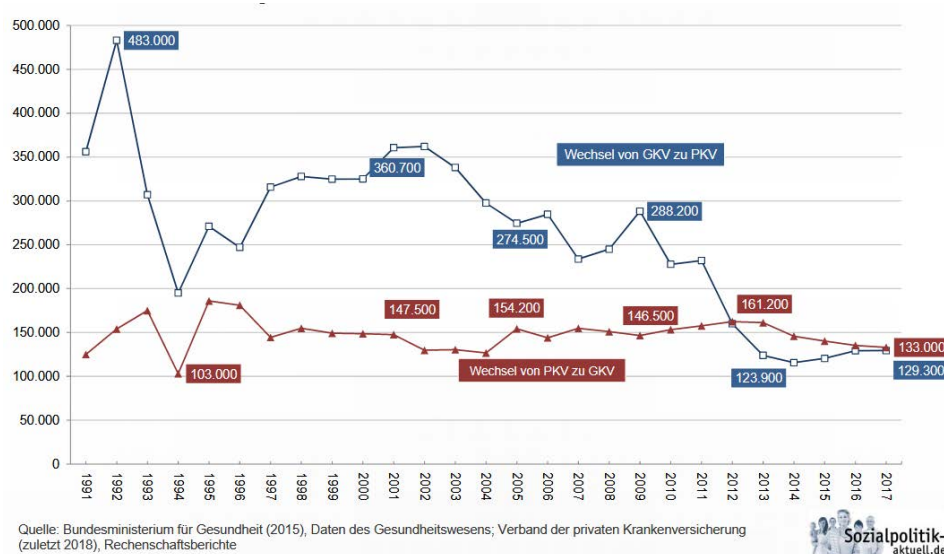
Für die Alleinverdienerehen (Haushaltstyp 1) werden nur beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der einfachen Beitragsbemessungsgrenze von 4.537,50 Euro verbeitragt. Sobald sich die haushaltsinterne Einkommensverteilung aber verschiebt, erhöht sich das beitragspflichtige Einkommen – bis auf das Doppelte. Letzteres ist genau dann der Fall, wenn beide Partner gleich viel verdienen und insgesamt 9.075 Euro verbeitragt werden (Haushaltstyp 6). Die Ungleichbehandlung bezieht sich also nicht nur auf das Verhältnis von Allein- und Doppelverdienerehen. Auch innerhalb der Doppelverdienerehen ist die Beitragslast bei identischem Haushaltseinkommen umso größer, je geringer die Einkommensunterschiede zwischen den Partnern sind (Vergleich der Haushaltstypen 2 bis 6). Auch diese horizontale Ungleichbehandlung lässt sich normativ schwer rechtfertigen.

Ursache für diese horizontale Ungerechtigkeit ist letztlich die Beitragsbemessungsgrenze, die auch zu *vertikaler Ungerechtigkeit* führt. Da Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) nicht beitragsrelevant ist, führt ein höheres Einkommen nicht mehr zu einer höheren Beitragslast. Das Postulat einer mit dem Einkommen steigenden Gesamtbelastung erfordert dabei nicht zwingend, dass der bis zur BBG geltende Beitragssatz auch für Einkommen darüber gilt. Kompatibel wäre etwa auch ein ab der BBG reduzierter Beitragssatz, der allerdings einem regressiven Tarifverlauf führen würde (Greß/Rothgang 2010). Eine Grenzbelastung von Null, wie sie derzeit oberhalb der BBG gilt, ist aber mit dem Postulat der vertikalen Gerechtigkeit, wie es aus dem Leistungsfähigkeitsprinzip abgeleitet werden kann, unvereinbar.

Strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung

Das sogenannte „duale System“ von Sozial- und Privatversicherung führt nicht nur zu einer höchst ungleichen und damit ungerechten Lastenverteilung zwischen Sozial- und Privatversicherten, es ist auch dysfunktional für eine *nachhaltige Sozialversicherung*. Bis 2012 sind im wiedervereinigten Deutschland jedes Jahr mehr Menschen von der Gesetzlichen zur Privaten Krankenversicherung gewechselt als umgekehrt (Abbildung 6). Da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, sind die versicherten Personenkreise in der Privaten Kranken- und der Privaten Pflegepflichtversicherung annähernd identisch. Die Angaben zum Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherten können daher auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

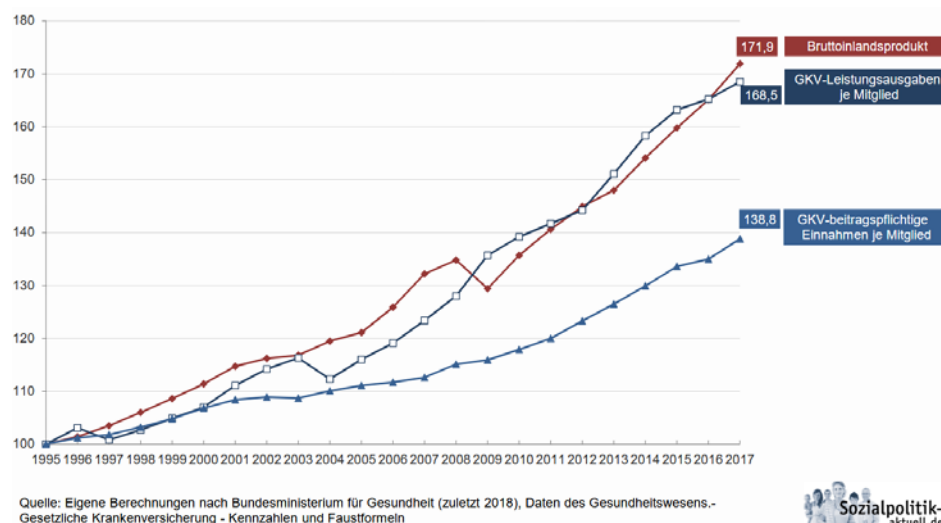
Abbildung 6: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung



Quelle: IAQ (2018b)

Dabei haben einkommensstarke und risikoarme Personen die Sozialversicherung verlassen und damit die Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Kollektive noch verschärft. Die Beitragsbemessungsgrenze und eine Beschränkung der Beitragspflicht auf den Faktor Arbeit hat – bei einer sinkenden Lohnquote – ebenfalls dazu geführt, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen insgesamt langsamer gewachsen ist als das Bruttoinlandsprodukt (Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied und des Bruttoinlandsprodukts



Index: 1995 = 100

Quelle: IAQ (2018a)

Bezogen auf die jeweiligen Werte für 1995 ist das Bruttoinlandsprodukt bis 2016 fast doppelt so stark gestiegen wie die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied. Diese „strukturelle Einnahmeschwäche“ hat daher den Beitragssatz mit nach oben getrieben und schwächt die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Sozialversicherung entscheidend.

Eigenanteile der Pflegebedürftigen

Ein weiterer Ausgangspunkt der aktuellen Diskussion über eine Finanzreform der Pflegeversicherung ist die Höhe der Eigenanteile. Nachfolgend werden zunächst die Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung, die derzeitige Höhe sowie die zukünftige Entwicklung der Eigenanteile beschrieben. Anschließend werden normative Maßstäbe benannt, anhand derer die Situation abschließend bewertet wird.

Höhe der Eigenanteile

Pflegebedürftige mussten für vollstationäre Pflege im ersten Quartal 2019 im Durchschnitt monatlich knapp 1.900 Euro aus eigenen Mitteln aufwenden (Rothgang et al. 2019). Dabei entfielen rund 660 Euro auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der den Teil der Pfl-

gevergütungen angibt, den die Pflegebedürftigen selbst finanzieren müssen, 800 Euro auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie gut 400 Euro auf den nicht öffentlich geförderten Teil der Investitionskosten, der gesondert in Rechnung gestellt wird (Tabelle 3).

Tabelle 3: Von Pflegebedürftigen zu tragende Teile der Heimvergütung pro Monat, 1. Quartal 2019

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

Legende:

EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegekosten)

U & V = Unterkunft und Verpflegung

IK = (gesondert in Rechnung gestellte) Investitionskosten

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

Die Durchschnittswerte unterscheiden sich zwischen den Ländern erheblich – und zwar bei allen drei Komponenten: Lag der durchschnittliche monatliche EEE in Thüringen bei 274 Euro, betrug er in Baden-Württemberg 925 Euro. Auch bei den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung ist die Spannweite erheblich und reichte von monatlich 551 Euro in Sachsen bis zu 1.261 Euro in Nordrhein-Westfalen. Die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten reflektieren nicht zu-

letzt die Förderpolitik zum Zeitpunkt der Errichtung der Einrichtung. Hier reichen die monatlichen Durchschnittswerte von 259 Euro in Thüringen bis zu 519 Euro in Bremen. Der Ost-West-Unterschied ist dabei u. a. auf die achtjährige gesonderte Investitionsförderung für die neuen Bundesländer gemäß Art. 52 PflegeVG zurückzuführen, dessen Folgen auch heute noch in den niedrigeren Durchschnittswerten für die ostdeutschen Länder erkennbar sind. Die insgesamt von Pflegebedürftigen aufzuwendenden Eigenmittel reichten damit von durchschnittlich 1.203 Euro in Sachsen-Anhalt bis zum mehr als doppelt so hohen Wert von 2.516 Euro in Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 4: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile in %			Durchschnittlicher Eigenanteil
Jahr	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32 %	45 %	23 %	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33 %	45 %	22 %	316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34 %	45 %	21 %	394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35 %	44 %	21 %	422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36 %	43 %	21 %	449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38 %	42 %	20 %	502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39 %	41 %	20 %	507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39 %	41 %	20 %	560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40 %	40 %	20 %	602
2017										587
2019										662

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009–2015; Angaben für das Jahr 2017: Rothgang et al. 2017a: 29, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mai 2017, zur Verfügung gestellt vom vdek; Angaben für 2019: Tabelle 3. Die Angaben für 2019 beziehen sich auf das 1. Quartal.

Dabei hat sich der Betrag für die Pflegevergütung im Zeitverlauf kontinuierlich erhöht (Tabelle 4). Neben den durchschnittlichen Pflegevergütungen enthält die Tabelle auch die Eigenanteile, die sich nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen gemäß § 43 SGB XI ergeben. Diese Eigenanteile haben seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2015 in Pflegestufe I und II kontinuierlich zugenommen, da zwar die Pflegevergütungen gestiegen, die Leistungen der Pflegeversicherung aber konstant geblieben sind. In der Pflegestufe III wurden die Leistungen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile von 2009 bis 2011 ge-

sunken sind und die Wachstumsrate der Steigerung in dieser Stufe insgesamt geringer ist. Werden die Eigenanteile der jeweiligen Pflegestufe mit den bundesweiten Belegungsanteilen gewichtet, ergibt sich der durchschnittliche Eigenanteil. Tabelle 4 zeigt, dass sich der durchschnittliche Eigenanteil von 1999 mit 277 Euro bis 2015 mit 602 Euro mehr als verdoppelt hat. Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert 2017 zwar in geringem Umfang zurückgegangen, danach aber wieder kontinuierlich weiter angestiegen und liegt heute wieder deutlich über dem Wert vor Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahre 2017.

Normative Bewertungsmaßstäbe

Die Bewertung dieser Entwicklung ist nur auf Basis *normativ gesetzter Maßstäbe* möglich. Als solche bieten sich zum einen die Überlegungen an, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt haben und damit die Ziele der Pflegeversicherung widerspiegeln, und zum anderen allgemeine sozialstaatliche Prinzipien.

Zielsetzungen der Pflegeversicherung

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

Um dieses Ziel zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen. Die in § 82 SGB XI normierte Aufteilung der Heimentgelte in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und gesondert in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen, soweit sie nicht nach Landesrecht gefördert sind, geht auf den sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 zurück. Nach diesem

Vorschlag sollten die Kassen die pflegebedingten Aufwendungen finanzieren, die Pflegebedürftigen die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung übernehmen und die Kommunen die sonstigen Kosten tragen, womit implizit die Investitionskosten (IK) gemeint waren (AWO 1976). Vorgesehen war dabei also, dass die gesamten pflegebedingten Aufwendungen von der Kasse finanziert werden sollten. Entsprechend wurde im Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) festgelegt, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U&V) von Pflegebedürftigen zu tragen sind. Gleichzeitig wird in der Gesetzesbegründung zum PflegeVG konstatiert: „Die Pflegekasse [...] trägt [...] den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind (PflegeVG-E, S. 115). Dass die Versicherungsleistungen die gesamten durchschnittlichen Pflegevergütungen im Pflegeheim abdecken sollten, zeigt sich auch am Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze bei Einführung der Pflegeversicherung. Da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erstmals 1999 erhoben wurde, liegen für die Zeit zuvor keine entsprechenden Werte vor. Tabelle 5 weist daher hilfsweise die Entwicklung im Rheinland aus. Das Rheinland hat dabei traditionell höhere Pflegesätze als der andere Landesteil, Westfalen-Lippe, und NRW insgesamt höhere Pflegesätze als der Bundesdurchschnitt (Augurzky et al. 2008a und 2008b). Die Pflegesätze im Rheinland dürften daher deutlich über den bundesdurchschnittlichen Sätzen liegen.

Tabelle 5: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

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

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

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

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

Sozialstaatliche Prinzipien

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

Vergleich von aktueller Situation und normativem Bewertungsmaßstab

Die Probleme der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung zeigen sich im Vergleich von normativen Vorgaben (Soll) und realisiertem Zustand (Ist). Hierbei sei zunächst auf die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit und ihre Determinanten und dann auf die Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich des Risikos von überdurchschnittlichen Kosten eingegangen.

Höhe der Eigenanteile und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit

Tatsächlich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 1994 bis 1998 um 40 % gesunken (Roth/Rothgang 2001: 297), und der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen unter allen pflegebedürftigen Heimbewohnern, der 1994 noch bei 80 % lag (PflegeVG-E: 61; vgl. mit weiteren Nachweisen Rothgang 1997: 224 ff.), liegt seit 20 Jahren weitgehend stabil bei rund einem Drittel (Rothgang et al. 2017a: 158). Allerdings war bei Einführung der Pflegeversicherung vom seinerzeit zuständigen Bundesarbeitsministerium angestrebt worden, das vor Einführung der Pflegeversicherung bestehende zahlenmäßige Verhältnis von Hilfeempfängern und Selbstzahlern umzukehren (Bader 1994: 36). Dies impliziert eine Quote von 20 % Sozialhilfeempfängern an den Heimbewohnern, die bereits bei Einführung der Pflegeversicherung deutlich verfehlt wurde.

In den am 4. Juni dieses Jahres veröffentlichten Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) wird sowohl eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte als auch eine verbesserte Personalausstattung – über die separat finanzierten Stellen des Sofortprogramms hinaus – gefordert. Allein die Mehrausgaben aufgrund flächendeckender Tarifverträge in der Altenzeitpflege werden von Tisch et al. (2019: 8) in einem Gutachten für die KAP je nach Ausgestaltung mit 1,6 bis 5,2 Mrd. Euro beziffert.

In der derzeitigen Finanzierungssystematik werden die damit verbundenen Kostensteigerungen aber vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet sind. Einen Hinweis auf die quantitativen Auswirkungen der grundsätzlich zu begrüßender Lohn- und Gehaltssteigerungen auf die individuellen Eigenanteile geben aktuelle Fälle, in denen Einrichtungen bzw. ganze Trägergruppen auf Tarifbindung umsteigen. In den stationären Einrichtungen dieser Träger erhöhten sich die Eigenanteile um monatlich zusätzlich mehrere Hundert Euro.¹ Werden die beschlossenen

1 Vgl. z.B. <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Pflegeheime-erhoehen-Kosten-um-Hunderte-Euro,pflegekosten106.html>;

Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflege also unter den aktuell geltenden Mechaniken der Pflegeversicherung durchgeführt, wird es zu einem erheblichen Anstieg der Eigenanteile kommen, der zu einem steigenden Anteil der Sozialhilfeempfänger an den Heimbewohnern führen und damit die Intentionen der Pflegeversicherung konterkarieren wird. Dies zu verhindern, ist ein weiteres ausdrückliches Ziel der KAP (2019: 171 f.).

Ursächlich für die jetzt schon hohe Belastung der Pflegebedürftigen sind zum einen die angesprochenen gestiegenen und weiterhin steigenden Eigenanteile an den Pflegevergütungen (vgl. Tabelle 3 und Tabelle 4), die durch die fehlende Leistungsdynamisierung der vergangenen Jahre ihre derzeitige Höhe erreicht haben und – ohne Finanzreform – in Zukunft verstärkt weiter steigen werden. Zum anderen sind aber auch die *Investitionskosten* zu nennen, deren Finanzierung bei Einführung der Pflegeversicherung strittig war. Im Gesetzentwurf wurde – mit Verweis auf die negativen Erfahrungen der dualen Finanzierung im Krankenhausbereich – noch eine monistische Finanzierung vorgeschlagen (PflegeVG-E: 84). Da die Länder hierzu aber nicht bereit waren, wurde schließlich stattdessen eine „unechte duale Finanzierung“ (Jung 1994: 13) eingeführt, der zufolge die Länder Einsparungen bei der Sozialhilfe zur Finanzierung der Investitionskosten einführen „sollen“. Da dem Bund die notwendige Gesetzeskompetenz fehlt, konnte er die Länder im PflegeVG jedoch nicht zu einer rechtlich verbindlichen Übernahme der Investitionskosten verpflichten. Der § 9 SGB XI lautet daher: „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). Tatsächlich unterschieden sich die nach Einführung der Pflegeversicherung verabschiedeten Landespflegegesetze bezüglich ihrer Ambitionen erheblich (Eifert/Rothgang 1998 und 1999), waren insgesamt aber sehr zurückhaltend. Schon im 1. Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung hat sich das damals noch zuständige Arbeitsministerium daher beklagt: „Entgegen der politischen Zusage im Gesetzgebungsverfahren übernimmt kein Land vollständig die Investitionskosten“ (BMA 1998: 98). Tatsächlich sind die Nettoausgaben allein bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 1994 bis 1998 um 7,6 Mrd. DM zurückgegangen (Roth/Rothgang 2001: 295), während die Reinvestitionsquote dieser Einsparungen nur bei rund 35 % (Nordrhein-Westfa-

<https://www.sovd-sh.de/2019/03/14/pflege-irrsinn-kosten-fuer-eigenanteil-gehen-durch-die-decke/>;

<https://www.spiegel.de/spiegel/pflege-warum-jetzt-die-kosten-fuer-pflegeheime-explodieren-a-1203011.html>.

len), 14 % (Bremen), 30 % (Baden-Württemberg), 13 % (Hessen) bzw. 20 % (Niedersachsen) lag (ebd.: 296 f.).

Im Ergebnis müssen die Pflegebedürftigen selbst in erheblichem Maße für nicht geförderte Investitionskosten aufkommen (vgl. Tabelle 3). Dies trägt zu den hohen Belastungen der Pflegebedürftigen bei, ist aber ein Problem, das nur von den Ländern gelöst werden kann. Daher wird dieser Aspekt nachfolgend auch nicht weiter diskutiert. Die diskutierten Lösungsvorschläge beziehen sich dagegen ausschließlich auf die pflegebedingten Aufwendungen und die zugehörigen Pflegevergütungen.

Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich besonders hoher Pflegekosten

Auch in Bezug auf die Versicherungsfunktion gegen überdurchschnittlich hohe Pflegekosten kann die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung nicht überzeugen. Bis zum Inkrafttreten des Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2017 sind die Eigenanteile in der stationären Pflege regelmäßig gestiegen, wenn sich die Pflegestufe im Zeitverlauf erhöht hat. Dieses Risiko ist durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im PSG II nunmehr aufgehoben: der Eigenanteil ist für pflegebedürftigen Heimbewohner (mit mindestens Pflegegrad 2) unabhängig vom Pflegegrad. Allerdings tragen die Versicherten das Risiko vom Durchschnitt abweichender Pflegevergütungen vollständig selbst. Dabei ist dieses Risiko von den Pflegebedürftigen selbst – angesichts inzwischen wieder sichtbar werdender Kapazitätsengpässe – durch die Wahl der Einrichtung nur teilweise beeinflussbar, wenn dem Wunsch nach Wohnortnähe entsprochen werden soll. Veränderungen des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils nach Einzug sind vom Pflegebedürftigen wiederum weder beeinflussbar noch vorhersehbar, da sie nicht zuletzt von der Veränderung der Bewohnerstruktur abhängen. Vollständig vom Pflegebedürftigen zu tragen ist auch das Risiko der Langlebigkeit mit Pflegebedürftigkeit. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn die Eigenanteile durch Vermögensverzehr finanziert werden.

Insgesamt ist die Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung daher nicht geeignet, Lebensstandardsicherung zu garantieren. Auch private Zusatzversicherungen können hier keine Abhilfe schaffen, da sie regelmäßig mehrere Jahrzehnte vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden und es zu diesem Zeitpunkt unmöglich ist vorherzusagen, wie hoch die Eigenanteile zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit sein werden, die Jahrzehnte zuvor versichert werden sollen.

Pflegebürgervollversicherung als Lösungsansatz

Die vorstehende Problemanalyse hat gezeigt, dass das duale Versicherungssystem dem vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Postulat einer ausgewogenen Lastenverteilung *nicht* entspricht. Um diesem Postulat gerecht zu werden, ist zumindest ein Finanzausgleich zwischen der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung erforderlich, wie er im Koalitionsvertrag 2005 bereits zwischen den damaligen Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD vereinbart war (CDU/CSU/SPD 2005) – oder eben die Schaffung eines integrierten Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung.

Auch in der Sozialen Pflegeversicherung zeigen sich Gerechtigkeitsprobleme sowie Nachhaltigkeitsdefizite aufgrund der strukturellen Einnahmeschwäche des Systems und der (drohenden) Überforderung der Pflegebedürftigen durch hohe und weiter steigende Eigenanteile. In Bezug auf die Gerechtigkeitsprobleme würde eine einheitliche Beitragspflicht für alle Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Beitragssplitting von Ehepaaren Abhilfe schaffen können. Um der strukturellen Einnahmeschwäche zu begegnen, ist weiterhin eine Integration der Gesamtbevölkerung in die Sozialversicherung notwendig. Den ansonsten weiter steigenden Eigenanteilen kann durch Begrenzung der Eigenanteile (durch Deckelung oder eine entsprechende Anhebung der Leistungssätze) oder durch eine Aufhebung der Eigenanteile für Pflegeleistungen, wie sie dem ursprünglichen Konzept der Teilleistungssozialversicherung bei deren Einführung entsprochen hat, begegnet werden.

Tabelle 6: Probleme und mögliche Lösungsansätze

Problem	Lösungsansatz
Gerechtigkeitsdefizite der dualen Finanzierung	• <i>Finanzausgleich zwischen SPV und PPV</i> • Integrierte Volksversicherung
Gerechtigkeitsdefizite in der SPV	• Beitragspflicht für alle Einkommensarten • Anhebung der BBG • <i>Beitragssplitting</i>
Strukturelle Einnahmeschwäche der SPV	• Integrierte Volksversicherung • Beitragspflicht für alle Einkommensarten • Anhebung der BBG
Hohe Eigenanteile für Pflegebedürftige	• <i>Begrenzung der Eigenanteile</i> • Aufhebung der Eigenanteile

Quelle: eigene Zusammenstellung

Tabelle 6 stellt den jeweiligen Problemen die entsprechenden Lösungsvorschläge gegenüber. Dabei wird zwischen den kursiv gesetzten Optionen, die nachfolgend nicht weiter behandelt werden und den berücksichtigten Lösungselementen unterschieden. Letztere werden nachfolgend unter dem Begriff der Pflegebürgervollversicherung subsumiert und bezüglich ihrer Auswirkungen untersucht.

Untersuchungsgegenstand ist damit eine „Pflegebürgervollversicherung“, die gekennzeichnet ist durch

- Integration der gesamten Bevölkerung in eine Sozialversicherung („Pflegebürgerversicherung“),
- Beitragspflicht für alle Einkommensarten,
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung und
- Aufhebung der Eigenanteile für die Pflegekosten („Pflegevollversicherung“) und damit Umsetzung einer Sachleistungslogik – wie sie aus der Krankenversicherung bekannt ist – auch in der Pflegeversicherung.

Für eine solche Pflegebürgervollversicherung wird insbesondere berechnet, welche Beitragssatzeffekte sich zum Einführungszeitpunkt im Vergleich zum Status quo ergeben, wie sich diese im Zeitverlauf entwickeln und welche Verteilungswirkungen zum Einführungszeitpunkt resultieren.

Stand der Forschung und Forschungsbedarf zur Pflegebürgervollversicherung

Da sich die Pflegebürgervollversicherung als das Zusammentreffen einer Pflegebürgerversicherung und einer Pflegevollversicherung charakterisieren lässt, kann der Forschungsstand entsprechend gegliedert werden.

Pflegebürgerversicherung

In der Diskussion über eine Bürgerversicherung wurden sowohl in gesetzlicher Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung wiederkehrend drei Fragestellungen aufgegriffen: Die Frage nach der rechtlichen Zulässigkeit einer Bürgerversicherung, die Frage nach der Einführungsmethodik und die nach Beitragssatz- und Verteilungseffekten.

Auf die grundsätzlichen *rechtlichen Erwägungen* soll hier nicht weiter eingegangen werden. Hierzu besteht im juristischen Schrifttum eine ausführliche Diskussion, die auch in einer aktuellen Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages (WD 2018a) noch einmal zusammengefasst wurde. In einer weiteren Ausarbeitung haben die Wissenschaftlichen Dienste auch die grundsätzlichen Argumente für und gegen eine Bürgerversicherung zusammengetragen (WD 2018b). Bezogen auf eine *Pflegebürgerversicherung* finden sich entsprechende Würdigungen auch in den Stellungnahmen zur Anhörung im Gesundheitsausschuss vom 8. Mai 2019. Hinzuweisen ist allerdings darauf, dass die Voraussetzungen für die Einführung einer Bürgerversicherung in der *Pflegeversicherung* ungleich günstiger sind als in der *Krankenversicherung*. PPV-Versicherten stehen Versicherungsleistungen zu, „die nach Art und Umfang“ den Leistungen für Sozialversicherte „gleichwertig sind“. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung“ (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI). Zudem sind die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet „für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen“ (§ 23 Abs. 6 Ziffer 1 SGB XI). Da weiterhin – anders als bei ambulanten ärztlichen Leistungen in der Krankenversicherung – die gleiche Vergütungssystematik und die gleichen Vergütungssätze für (ambulant und stationär erbrachte) Pflegesachleistungen gelten, die von

allen relevanten Kostenträgern einschließlich des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam ausgehandelt und kontrahiert werden, gibt es weder im Leistungs- noch im Leistungserbringungsrecht Gesichtspunkte, die einer Integration der beiden Versicherungszweige entgegenstehen. Insbesondere der im Krankenversicherungsbereich drohende Konflikt mit der Ärzteschaft ist in der Pflegeversicherung nicht gegeben.

Zu diskutieren ist in rechtlicher Perspektive lediglich, wie mit *den Altersrückstellungen der PPV* umgegangen werden soll. Diese werden gebildet, damit die Privatversicherten im Alter keine risikoäquivalenten Prämien zahlen müssen, die sie dann finanziell überfordern würden. Bei der Integration der PPV in die SPV entfällt die Notwendigkeit für diese Altersrückstellungen, da die hohen Versorgungskosten im Alter dann vom gesamten Versicherungskollektiv übernommen werden. Um dieses nicht zu belasten, ist es wiederum sachgerecht, wenn die zu diesem Zweck gebildeten Altersrückstellungen in eine integrierte Sozialversicherung übergeben werden. Die rechtliche Bewertung der Altersrückstellungen ist allerdings strittig (Kingreen/Kühling 2013; Bieback 2014; Boetius 2014; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2018a) und wird abschließend nur durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu klären sein.

Auch auf die Frage, wie eine Pflegebürgerversicherung *eingeführt* werden kann, soll hier nicht weiter eingegangen werden. In seinen Urteilen zur Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber ausdrücklich die Kompetenz zugebilligt, eine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung zu schaffen und ihm dabei Gestaltungsspielraum eingeräumt. Dennoch wird zu diskutieren sein, wie eine integrierte Versicherung mit möglichst geringen Eingriffen in bestehende Privatversicherungsverträge möglich ist. Denkbar ist hier beispielsweise der Einbezug auch der Privatversicherten in ein umfassendes Risikostrukturausgleichsverfahren, um so die oben benannten Unterschiede im Morbiditätsrisiko ebenso wie die Finanzkraftunterschiede auszugleichen, ohne bestehende privatrechtliche Verträge aufzuheben. Entsprechende Übergangsszenarien werden bei Albrecht et al. (2016) diskutiert.

Gegenstand dieser Studie sind vielmehr *Modellrechnungen zu den Beitragssatzeffekten und den Verteilungswirkungen* einer Pflegebürgerversicherung. Modellrechnungen zu einer Bürgerversicherung wurden in der Vergangenheit vor allem für die *Krankenversicherung* durchgeführt (vgl. insbesondere Rothgang et al. 2010; Bartsch 2012; Albrecht et al. 2013 sowie die diesbezügliche Dokumentation der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages (WD 2017) mit weiteren Verweisen). Eine *Pflegebürgerversicherung* wurde dagegen nur selten, insbe-

sondere von Rothgang et al. (2011) und Rothgang/Domhoff (2017) durchgeführt. Beide genannten Studien modellieren die Bürgerversicherung allerdings nicht als Vollversicherung. Weiterhin wird bei Rothgang/Domhoff (2017) keine Projektion in die Zukunft vorgenommen. Diese erfolgt zwar bei Rothgang et al. (2011) – dort allerdings noch vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und daher mit Ergebnissen, die heute nicht mehr ohne weiteres verwendet werden können.

Eine aktuelle Modellrechnung, die die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt, Vorausberechnungen für die Beitragssatzentwicklung umfasst und das für *Pflegebürgerversicherung*, *Pflegevollversicherung* und *Pflegebürgervollversicherung*, kann daher wertvolle, noch nicht vorliegende Informationen für die aktuelle Reformdiskussion liefern.

Pflegevollversicherung

Vor dem Hintergrund der seit Einführung der Pflegeversicherung steigenden Eigenanteile (s. o.) wird seit einigen Jahren auch immer wieder die Umwandlung der Pflegeversicherung von einer Teilleistungs- in eine Vollversicherung gefordert. Entsprechende Forderungen werden u. a. vom Sozialverband Deutschland (SoVD), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) sowie dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) erhoben, um so die Eigenanteile für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wieder auf das ursprünglich geplante Maß herunterzufahren (vgl. WD 2019 für einen Sachstand zur diesbezüglichen Debatte einschließlich der entsprechenden Nachweise zur Positionierung der Akteure). Kritik an dieser Forderung, u. a. seitens der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) bezieht sich auf die *Finanzierbarkeit* einer solchen Vollversicherung. Dabei wird zum einen auf die direkten Mehrausgaben, zum anderen aber auf die Ausgabensteigerung verwiesen, die durch Verhaltensänderungen ausgelöst werden, wenn Pflegebedürftige vollversichert sind. Ein vermittelnder Vorschlag wurde von Rothgang und Kalwitzki (2017) vorgelegt. Durch einen „Sockel-Spitze-Tausch“ sollen die Eigenanteile der Versicherten zwar zuverlässig begrenzt und ein weiterer Aufwuchs verhindert werden. Gleichzeitig können die direkten Umstellungskosten durch entsprechende Festlegung des nach wie vor von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Sockels begrenzt werden – bis zur ausgabenneutralen Umstellung.

Auch bei einem „Sockel-Spitze-Tausch“ gehen steigende Pflegesätze (Preiskomponente) dann aber zu Lasten der Sozialversicherung und nicht mehr zu Lasten des einzelnen Pflegebedürftigen. Gleiches gilt für eine Ausweitung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Sowohl bei der Umstellung auf eine Vollversicherung als auch bei einem Sockel-Spitze-Tausch, der an einem Eigenanteil für Pflegekosten festhält, ist daher die Moral-Hazard-Thematik zu diskutieren.

Moral Hazard umschreibt in der ökonomischen Theorie ganz allgemein die Verhaltensänderung eines Individuums nach Abschluss eines Vertrages. Bezogen auf eine Versicherung ist der Grundgedanke von Moral Hazard, dass Menschen (und auch Organisationen) ihr Verhalten bei Vorhandensein von Versicherungsschutz aufgrund des Versicherungsvertrages – bzw. wie im hier zu diskutierenden Vorschlag aufgrund des Übergangs von einer Teil- auf eine Vollversicherung – ändern. Dies ist für den Versicherer nicht kontrollierbar. Verhaltensänderungen des Versicherungsnehmers erscheinen dem Versicherer als „hidden action“ und können daher bei der Tarifierung nicht berücksichtigt werden. Damit fallen die vom Versicherten ausgelöst und die bei Vertragsabschluss berücksichtigen Kosten systematisch auseinander, was zu Wohlfahrtsverlusten führen kann. Die Bedeutung von Moral Hazard in der Pflege ist schon sehr früh kritisch diskutiert worden (z. B. Mager 1995; Rothgang 1997: 97–126). So dürfte ex ante Moral Hazard (vorsätzliche oder fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit bzw. Simulation von Pflegebedürftigkeit) keine bedeutsame Rolle spielen. Denkbar ist hingegen, dass pflegebedürftige Personen bei einer Vollversicherung andere Entscheidungen in Bezug auf den Versorgungsort (häusliche vs. Heimpflege), die Pflegeeinrichtungen (bei stationärer Pflege: Heime mit hohen vs. niedrigen Pflegesätzen) und – bei häuslicher Pflege – die Anzahl der Pflegeeinsätze treffen. Wenngleich Moral Hazard auch in der Pflege in der volkswirtschaftlichen Theorie diskutiert wird (s. z. B. Meier 1998) liegen theoretisch und empirisch fundierte Studien hierzu nicht vor. Eine Diskussion möglicher Fehlanreize bei Einführung einer Pflegevollversicherung ist daher notwendig.

In Bezug auf die *Ausgaben- und Beitragssatzeffekte* bei Umstellung der sozialen Pflegeversicherung auf eine Vollversicherung liegt bislang nur eine Modellrechnung von Lungen (2012) vor. Das dort vorgeschlagene Modell würde die SPV um jene ambulanten oder stationären Leistungen ergänzen, die derzeit von Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen privat finanziert würden. Die Höhe der damit verbundenen Mehrkosten wurde auf 6 bis 13 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Zudem wurde die Option benannt, auch bei abgelehnten Anträgen auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit geringfügige Pflegeleistungen abzude-

cken. Ausgaben hierfür hätten etwa eine halbe Milliarde Euro betragen. Diskutiert wurde ebenfalls eine mögliche Eingliederung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in die Pflegeversicherung (Lüngen 2012). Moral Hazard schreibt Lüngen in der Pflegeversicherung eine geringe Rolle zu. Aufgrund der Einkommensstruktur der von Pflege betroffenen Haushalte, von denen 40 Prozent in einer niedrigen Einkommensgruppe liegen, geht er vielmehr davon aus, dass eine Vollversicherung zunächst eine bestehende Unterversorgung beheben und keine Überversorgung auslösen würde (Lüngen 2012).

Zielsetzung und Fragestellung des Vorhabens: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen einer Pflegebürgervollversicherung

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Forschungsstands sollen in dieser Studie insbesondere die Beitragssatzeffekte durch Einführung einer Pflegebürgerversicherung, einer Pflegevollversicherung und einer Pflegebürgervollversicherung sowie resultierende Effekte in der persönlichen Einkommensverteilung untersucht werden. Für die Beitragssatzeffekte wird dabei die Entwicklung bis ins Jahr 2060 projiziert, um zu überprüfen, wie stabil die Effekte einer Bürgerversicherung im Zeitverlauf sind. In Bezug auf die Verteilungswirkungen ist eine derartige Vorausberechnung angesichts der Unsicherheiten über die Entwicklung der Einkommensverteilung nicht sinnvoll.

Die untersuchten Reformmodelle sind dabei durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege decken die pflegebedingten Kosten (Pflegesatz) vollständig ab. Versicherte tragen nach wie vor die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten (Pflegevollversicherung).
- In der häuslichen Pflege werden die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen auf Pflegesachleistungen soweit ausgedehnt, dass auch die bislang durchschnittlich privat gezahlten Leistungen nunmehr von der Pflegeversicherung übernommen werden (Pflegevollversicherung).
- Die gesamte Bevölkerung wird einheitlich in einer Sozialversicherung versichert (Pflegebürgerversicherung). Für derzeit Privatversicherte wird eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen eingeführt, sofern die bestehenden Voraussetzungen erfüllt werden. Für Beamte werden die bestehenden Beihilferegeln durch einen Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung ersetzt.
- Die Pflegebürgervollversicherung bezeichnet das gleichzeitige Auftreten der Merkmale einer Pflegebürgerversicherung und einer Pflegevollversicherung.
- Bezüglich der beitragspflichtigen Einkommensarten und der Beitragsbemessungsgrenze werden verschiedene Optionen berücksichtigt:
 - Status quo,
 - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung,

- Beitragspflicht für alle Einkommen oder für alle Einkommen außer Einkommen aus Vermietung und Verpachtung.

Tabelle 7 fasst die Definitionsmerkmale und die fakultativen Ausgestaltungsmerkmale der drei untersuchten Sozialversicherungsvarianten noch einmal zusammen.

Tabelle 7: Merkmale der untersuchten Reformmodelle

	PBV	PVV	PBVV
Definitionsmerkmale			
Umfassende Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung in einer Sozialversicherung	X		X
Leistungshöhen, die ausreichen, um die pflegebedingten Kosten der vollstationären Pflege zu decken		X	X
Leistungshöhen, die ausreichen, um die in der häuslichen Pflege bislang durchschnittlich privat finanzierten Pflegesachleistungen zu decken		X	X
Fakultative Ausgestaltungsmerkmale			
Beitragspflicht für alle Einkommensarten	X		X
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der Rentenversicherung (West)	X		X

Legende:

PBV = Pflegebürgerversicherung

PVV = Pflegevollversicherung

PBVV = Pflegebürgervollversicherung

Quelle: eigene Zusammenstellung

Für diese drei Varianten wird jeweils untersucht,

1. welche Beitragssatzeffekte sich im Vergleich zum Status quo zum Umstellungszeitpunkt ergeben,
2. wie sich die Beitragssatzeffekte bis 2060 entwickeln und
3. welche Auswirkungen auf die personelle Verteilung aus dieser Umstellung zum Umstellungszeitpunkt erfolgt.

Durch Permutation der fakultativen Ausgestaltungsmöglichkeiten entsteht eine Vielzahl an Varianten, die alle modelliert wurden. Nachfolgend werden die Ergebnisse jedoch lediglich für vier primäre Modelle zur Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung berichtet:

- Im *Status quo* verbleiben Regelungen zur Beitragspflicht, zur Mitgliedschaft in und zum Leistungsumfang der SPV wie bisher. Dieses Modell dient als Referenz.

- Das Modell *Vollversicherung SPV* belässt unter den Bedingungen einer Vollversicherung den Versichertenkreis und Beitragsbemessung wie im Status quo.
- Dem gegenüber umfasst die *Pflegebürgerversicherung* keine Vollversicherung, sondern entspricht dem Konzept einer Bürgerversicherung mit erweitertem Versichertenkreis, ausgeweiteter Bemessungsgrundlage und angehobener BBG bei gleichbleibendem Leistungsumfang.
- Das primäre Modell der *Pflegebürgervollversicherung* verbindet schließlich eine Pflegevollversicherung mit den Elementen einer Bürgerversicherung, d. h. mit einer Versicherungspflicht für alle Personen und einer Verbeitragung aller Einkommen bei Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung (RV West).

Tabelle 8: Beschreibung und Parameter der untersuchten Modellvarianten einer Pflegesozialversicherung

Modellname	Versicherungsumfang	Versicherter Personenkreis	Einkunftsarten	BBG
Status quo	Status quo	SPV-Versicherte	Status quo	Status quo (52.200 €)
Vollversicherung SPV	Vollversicherung	SPV-Versicherte	Status quo	Status quo (52.200 €)
Pflegebürgerversicherung	Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte	RV West (76.200 €)
Pflegebürgervollversicherung	Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte	RV West (76.200 €)

Quelle: eigene Darstellung

Daten und Methoden

Der *Beitragssatzvorausberechnung* liegt ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell zugrunde, das die *Ausgaben* der Pflegesozialversicherung auf Basis einer Bevölkerungsvorausberechnung, aktueller alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen, der derzeitigen Inanspruchnahmequoten für die verschiedenen Versicherungsleistungen und der gesetzlichen Leistungshöhen für die jeweiligen Varianten der Sozialversicherung bis 2060 vorausberechnet. Für die *Einnahmen* werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für verschiedene Versichertengruppen unter Berücksichtigung der je nach Modell unterschiedlichen Regelungen zur Beitragspflicht bis 2060 fortgeschrieben. Daraus kann der zum Budgetausgleich in der Sozialversicherung notwendige *Beitragssatz* berechnet und ebenfalls bis 2060 fortgeschrieben werden.

Referenzjahr ist das Jahr 2017. Berechnet wird zunächst, welcher Beitragssatz in diesem Jahr in den jeweiligen Modellen zum Budgetausgleich notwendig gewesen wäre. Die Differenz zu dem Beitragssatz, der im Status quo zum Budgetausgleich notwendig gewesen ist, wird dann als Beitragssatzeffekt des Reformmodells interpretiert. Entsprechend wird auch der Reformeffekt bis 2060 vorausberechnet. Datengrundlage sind insbesondere das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) für die Einnahmeseite und die Statistiken der Pflegeversicherung für die Ausgaben. Für die demographische Entwicklung wird auf die 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, auf die die Prävalenzen angewendet werden, die sich für 2017 ergeben.²

Neben den Beitragssatzeffekten interessieren auch die *Verteilungswirkungen* der Reformmodelle. Berechnet werden die Effekte auf die privaten Haushalte und auf die Arbeitgeber. Die Darstellung der Verteilungswirkungen nimmt Bezug auf die berechneten Beitragssatzeffekte und berechnet die resultierenden Beitragsbelastungen unter Berücksichtigung veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und -grenzen. Verwendet wird hierbei ein Mikrosimulationsmodell unter Nutzung von

2 Nach Abschluss der Berechnungen wurden die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung sowie die Leistungsempfängerzahlen der SPV für 2018 vorgelegt. Während die Verwendung der neuen Bevölkerungsvorausberechnung keine wesentliche Veränderung der Projektionsergebnisse erwarten lässt, sind die Prävalenzen im Jahr 2018 in Folge des PSG II deutlich gestiegen. Die vorausberechneten Fallzahlen sind daher zu niedrig – allerdings vor allem im Pflegegrad 1, der nur wenig ausgabenwirksam ist. Da die Fallzahlen sowohl im Status quo-Modell als auch in den Reformmodellen unterschätzt werden, ergeben sich für den Vergleich der Reformmodelle mit dem Status quo keine relevanten Effekte.

SOEP-basierten Individualdaten zur sozioökonomischen Situation von Privatpersonen.

Eine detaillierte Darstellung der verwendeten Daten und Methoden findet im entsprechenden Abschnitt statt.

Beitragssatzeffekte

Erstes Erkenntnisinteresse dieser Studie sind die *Beitragssatzeffekte*, welche sich aus einer Modifikation des Versicherungsmodells, der Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze sowie des versicherten Personenkreises bei bekannter und zu erwartender demographischer Entwicklung ergeben. Hierzu werden in diesem Kapitel

- die verwendeten Daten und Methoden zur Berechnung der Beitragssätze erläutert,
- die Ergebnisse der Berechnungen für die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, die Ausgaben der Sozialversicherung und den Beitragssatz dargestellt, um
- diese Ergebnisse abschließend im Kontext bereits vorhandener Erkenntnisse zu diskutieren.

Daten und Methoden zur Beitragssatzermittlung

Dieser Abschnitt stellt zunächst die Grundlagen zur Entstehung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung dar und wie diese Berechnungen in der vorliegenden Studie umgesetzt wurden. Weiterhin werden die verwendeten Datenquellen dargelegt, sowie die Operationalisierung der zur Berechnung notwendigen Merkmale mit den verfügbaren Daten. Im Abschnitt zur Parametrisierung werden die so gewonnenen Werte in die Formel eingesetzt. Die Fortschreibung der Werte für die Projektion wird in einem weiteren Abschnitt erläutert.

Zum Budgetausgleich notwendiger Beitragssatz

Der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der Pflegesozialversicherung entspricht dem Quotienten aus Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung und der Summe aller beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder:

$$b_j = \frac{A_j}{BPE_j} \quad (1)$$

mit:

b_j = Beitragssatz in Jahr j

A_j = Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr j

BPE_j = Beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder im Jahr j .

Die durch Anwendung des Beitragssatzes auf die beitragspflichtigen Einkommen generierten Beitragseinnahmen decken somit exakt die Kosten, welche im Rahmen der Pflegeversicherung entstanden sind.

Da der Beitragssatz jedoch vorab zu einem Zeitpunkt festgelegt werden muss, zu dem sowohl die tatsächlichen Ausgaben der Pflegeversicherung als auch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen noch nicht bekannt sind, ergibt sich für ein Kalenderjahr als Abrechnungszeitraum zumeist eine Differenz zwischen den Einnahmen und den Ausgaben. Zur Berechnung des in der Vergangenheit tatsächlich gültigen Beitragssatzes muss daher der Einnahmen- bzw. Ausgabenüberschuss berücksichtigt werden:

$$b_j = \frac{A_j - V_j}{BPE_j} \quad (2)$$

mit:

b_j = Beitragssatz in Jahr j

A_j = Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr j

V_j = Ausgabenüberschuss im Jahr j

BPE_j = Beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder im Jahr j

Da Ausgabe- bzw. Einnahmeüberschüsse nicht angestrebt werden, sondern sich nur in der ex post-Betrachtung zeigen, findet Formel 1 bei Berechnung zukünftiger, kostendeckender Beitragssätze Anwendung. Die Berücksichtigung des Überschusses in Formel 2 ist insbesondere notwendig, um den in der vorliegenden Studie errechneten Beitragssatz an Hand des im Jahr 2017 tatsächlich gültigen Beitragssatzes zu validieren und eine entsprechende Korrektur vorzunehmen.

Beitragspflichtige Einnahmen

Für verschiedene Personengruppen gelten, insbesondere in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus, unterschiedliche Regelungen zur Verbeitragung von Einkünften. Dabei ergibt sich die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkünfte als Produkt aus den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen unter Berücksichtigung der BBG und der Anzahl der Personen in dieser Personengruppe.

$$BPE_j = \sum (M_{i,j} * \bar{Y}_{i,j}) \quad (3)$$

mit

BPE_j = Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen in Jahr j

$M_{i,j}$ = Anzahl der versicherten Personen in Gruppe i in Jahr j

$\bar{Y}_{i,j}$ = durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen der Personengruppe i in Jahr j .

Ausgaben

Die Ausgaben der Pflegeversicherung ergeben sich als Produkt der Zahl der Pflegebedürftigen und der durchschnittlichen Ausgaben pro pflegebedürftiger Person.

Die *Zahl der Pflegebedürftigen* lässt sich als Produkt der Zahl der Versicherten und der Pflegeprävalenz darstellen. Da die Pflegeprävalenz zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen verschieden ist, wird im Hinblick auf die Projektion nach diesen Merkmalen unterschieden. Für die Ausgaben ist weiterhin der Pflegegrad von Bedeutung, der ebenfalls zu berücksichtigen ist. Die *Zahl der Pflegebedürftigen* im Jahr j ergibt sich daher als

$$N_j = \sum_k \sum_l \sum_m (M_{l,m} * P_{k,l,m}) \quad (4)$$

mit

N_j = Zahl der Pflegebedürftigen in Jahr j

$M_{l,m}$ = Anzahl der Versicherten in Alter l und mit Geschlecht m in Jahr j

$P_{k,l,m}$ = Pflegeprävalenz für Pflegegrad k , Alter l und Geschlecht m .

Bei den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen wird für die Vorausberechnung unterstellt, dass sie im Zeitverlauf konstant sind.

Für die einzelnen Pflegegrade k ergibt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in Jahr j entsprechend als

$$N_{j,k} = \sum_l \sum_m (M_{l,m} * P_{k,l,m}) \quad (5),$$

mit

$N_{j,k}$ = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrade k in Jahr j

$M_{l,m}$ = Anzahl der Versicherten in Alter l und mit Geschlecht m in Jahr j

$P_{k,l,m}$ = Pflegeprävalenz für Pflegegrad k , Alter l und Geschlecht m .

Die *Ausgaben* für die Pflegebedürftigen in Pflegegrad k lassen sich als Produkt der durchschnittlichen Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung und der durchschnittlichen Ausgaben für diese Leistung darstellen. Die Verwaltungsausgaben im weitesten Sinne müssen dabei auf die Pflegebedürftigen verteilt werden, etwa als Pro-Kopf-Ausgaben.

$$\bar{A}_{j,k} = \sum_l \sum_m (N_{j,k} * Q_{k,l,m,n} * \bar{A}_n) \quad (6),$$

mit

$\bar{A}_{j,k}$ = Ausgaben für die Pflegebedürftigen in Pflegegrade k in Jahr j

$N_{j,k}$ = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrade k in Jahr j

$Q_{k,l,m,n}$ = Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad k , Alter l und mit Geschlecht m die in Jahr j die Leistung n in Anspruch nehmen

$\bar{A}_n$ = Durchschnittliche Leistungshöhe bei Inanspruchnahme der Leistung n im Jahr j .

Die *Gesamtausgaben der Pflegeversicherung* im Jahr j ergeben sich als der Ausgaben über alle Pflegegrade

$$A_j = \sum_k \bar{A}_{j,k} \quad (7)$$

bzw. als Summe des Produkts der Anzahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegegraden und den Durchschnittsausgaben für diesen Pflegegrad über alle Pflegegrade

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n (N_{j,k} * Q_{k,l,m,n} * \bar{A}_n) \quad (8).$$

bzw.

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n (M_{l,n} * P_{k,l,m} * Q_{k,l,m,n} * \bar{A}_n) \quad (9).$$

Datenquellen

Gemäß den vorstehenden Formeln werden zur Berechnung der Beitragssätze empirische Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten differenziert nach Beitragszahlergruppen, zur demographischen Struktur und zu den Pflegeprävalenzen sowie zum Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger und den Durchschnittskosten für die einzelnen Leistungsarten benötigt.

Beitragspflichtige Einkommen

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

Für die *Zahl der Beitragszahler* in den einzelnen Beitragszahlergruppen wird dagegen auf öffentliche Statistiken zurückgegriffen, da diese Informationen auf einer Vollerhebung beruhen und damit der Stichprobe des SOEP überlegen sind. Im Einzelnen werden folgende Datenquellen zugrunde gelegt:

- Zur Fortschreibung der Bevölkerung wird die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die

Jahre 2017–2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1-L1-W1) verwendet (Statistisches Bundesamt 2019).

- Zur Bestimmung der Anzahl der Erwerbstätigen werden die Potenzialerwerbsquoten bis 2060 nach Alter und Geschlecht des IAB genutzt (Fuchs et al. 2017).
- Informationen der Bundesagentur für Arbeit (2018) werden zur Bestimmung der Anteile von Arbeitslosen und Berufstätigen im Jahr 2017 herangezogen.
- Zur Ermittlung der Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2017 wird dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018a) gefolgt.

Ausgaben

Zur Bestimmung der Gesamtausgaben werden die Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad sowie die Inanspruchnahmequoten einzelner Leistungen und deren durchschnittliche Höhe benötigt. Diesbezügliche Datengrundlagen sind insbesondere:

- Angaben des Bundesgesundheitsamtes zu Versicherten in der SPV nach Alter und Geschlecht (Bundesministerium für Gesundheit 2019e) und zur Prävalenz der Pflegegrade nach Alter und Geschlecht in der SPV (Bundesministerium für Gesundheit 2019c) sowie
- Statistiken zu den Leistungsempfängern in der SPV nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungsart (Bundesministerium für Gesundheit 2019d) und zur Finanzentwicklung der SPV (Bundesministerium für Gesundheit 2019a).

Parametrisierung

Nachdem die notwendigen Informationen im Formelwerk beschrieben und die Datenquellen benannt sind, können die Modellvariablen gefüllt werden. Im Folgenden werden die Werte ausgewiesen, die in den Modellrechnungen verwendet wurden.

Durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen

Zur Nachbildung der im Jahr 2017 gültigen Regelungen zur Beitragsbemessungen gemäß dem fünften und elften Buch Sozialgesetzbuch werden im SOEP zunächst die Personengruppen abgegrenzt, für die in der Sozialen Pflegeversicherung jeweils spezifische Regelung zur Beitragsbemessung/-zahlung gelten. Jede Person wird einem dieser Personenkreise eindeutig zugeordnet und verbleibt über alle Modellvarianten in diesem Personenkreis.

Tabelle 9 zeigt die Einkunftsarten, welche für die Bestimmung des individuellen beitragspflichtigen Einkommens im Status quo, d. h. unter derzeit gültigen Regelungen des SGB V und SGB XI, sowie in einer angenommenen Bürgerversicherung mit einer breiteren Bemessungsgrundlage, angelegt werden. Es werden die im SOEP vorliegenden Angaben zum Einkommen im Monat vor der Befragung genutzt, um für das Jahr 2017 aktuelle Werte zu erhalten. Diese wurden auf Jahreswerte hochgerechnet. Sofern keine Vormonatsangaben verfügbar waren, wurden ersatzweise Angaben zu Beträgen des Vorjahres verwendet. Angaben zu Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkünften aus Kapitalvermögen lagen lediglich auf Haushaltsebene vor. Diese Einkünfte werden daher zu gleichen Teilen auf alle Haushaltsmitglieder über 18 Jahren aufgeteilt. Fehlende Werte durch Antwortverweigerung oder unplausible Werte werden durch Mittelwerte ersetzt.

Tabelle 9: Zugrunde gelegte Einnahmearten und Personenkreise

Personenkreis	Status quo	Bürger(voll)versicherung
1. Abhängig/Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Bruttoeinkünfte aus Haupttätigkeit	alle Einkünfte ¹
2. Selbständige und Beamt*innen	alle Einkünfte ¹	alle Einkünfte ¹
3. Rentner*innen	Renten ²	alle Einkünfte ¹
4. Pensionär*innen	alle Einkünfte ¹	alle Einkünfte ¹
5. Arbeitslosengeld I-Empfangende	8/6 der ALG I-Leistungshöhe (§ 57 SGB XI und § 232a SGB V)	alle Einkünfte ¹
6. Arbeitslosengeld II-Empfangende	0,2266 x Bezugsgröße (§ 57 SGB XI; 2017: 2975 Euro/Monat)	wie Status quo
7. Studierende (gem. § 236 SGB V)	649 Euro (§ 236 SGB V und § 55 SGB VI)	alle Einkünfte ¹
8. Mitversicherte	Keine	alle Einkünfte
9. Kinder (unter 18)	Keine	keine
10. Übrige	alle Einkünfte ¹	alle Einkünfte ¹

¹ Umfasst Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeiten, Renten (eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung), Pensionen aus Beamtenversorgung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung abzgl. steuerlich abzugsfähiger Kosten, BAFöG-Leistungen, Entnahmen aus Personengesellschaften

² Umfasst eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung

Quelle: eigene Darstellung

Die Gesamtsummen der beitragspflichtigen Einkommen werden durch Addition der jeweiligen Positionen erreicht. Durch die Berücksichtigung von Kosten für Vermietung oder Verpachtung, welche steuerlich als Verlust geltend gemacht werden konnten, gehen auch negative Beträge in die Berechnung ein. Negative Personensummen beitragspflichtiger Einnahmen werden nicht zugelassen und auf null gesetzt.

Für die weiteren Berechnungen werden die in Tabelle 9 genannten Gruppen in folgende fünf Personenkreise weiter zusammengeführt:

1. Erwerbstätige: Abhängig/sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (1), Selbständige (2);
2. Rentner*innen: Rentner*innen (3), Pensionäre (4);
3. Arbeitslose: Beziehende von Arbeitslosengeld I (5) und Arbeitslosengeld II (6);
4. Kinder: Kinder (9) und
5. Übrige: Studierende (7), Mitversicherte (8), Übrige (10).

Für diese Gruppen werden unter Berücksichtigung der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für das Jahr 2017 gebildet. Hierbei wird der im SOEP enthaltene Hochrechnungsfaktor (Kroh et al. 2015) genutzt, um eine Angleichung an die Gesamtbevölkerung zu erreichen und eventuelle Selektionseffekte zu vermindern. Die Durchschnittswerte werden separat für Versicherte in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ermittelt. Die Besetzung dieser fünf Gruppen im Ausgangsjahr 2017 wird durch die zuvor benannten Datenquellen bestimmt. Die Anzahl der Arbeitslosen und der Rentner*innen wurde aus den öffentlichen Statistiken übernommen. Die Menge der Erwerbstätigen ergibt sich aus der Summe der Personen der Bevölkerungsvorausberechnung multipliziert mit den altersspezifischen Potenzialerwerbsquoten und abzüglich der Anzahl der Arbeitslosen. Als Kinder werden hier alle Personen unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Besetzung der Gruppe „Übrige“ entspricht somit der Differenz aus Erwerbstätigen, Arbeitslosen und Rentner*innen zur Gesamtbevölkerung.

Tabelle 10 zeigt die so berechneten Werte für die durchschnittlichen beitragsrelevanten Einnahmen der zugrunde gelegten Personenkreise differenziert nach deren derzeitigem Versicherungsstatus. Dabei wurde die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze noch *nicht* berücksichtigt. Bei deren Berücksichtigung ergeben sich bei den meisten Personenkategorien niedrigere Werte. Versicherte in der PPV weisen unter Nichtberücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze durchgängig ein etwa doppelt so hohes Einkommen auf. Dabei führt eine Erhöhung der Beitragsbemessung bei der größten Personengruppe, den Erwerbstätigen, nur

zu geringen Auswirkungen. Die Berücksichtigung aller Einkünfte führt – im Vergleich zum Status quo – teilweise sogar zu geringeren Durchschnittswerten. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass bei Verbeitragung aller Einkünfte auch negative Werte bei Vermietung und Verpachtung zugelassen wurden, sofern diese steuerlich absetzbar waren. In der PPV zeigt sich aktuell ein mit 0,44 höherer Rentnerquotient als in der SPV mit 0,41. Sowohl bei SPV- als auch bei PPV-versicherten Rentner*innen liegen die Einkünfte um etwa die Hälfte niedriger als bei den Erwerbstätigen. Da für Personen unter 18 Jahren im SOEP keine Informationen zu deren Einkommen vorlagen und diese Personen überwiegend noch als Schülerinnen und Schüler ohne beitragspflichtige Einnahmen sind, wird für alle Modellvarianten ein Einkommen von null angenommen.

Tabelle 10: Durchschnittliche beitragsrelevante Einnahmen der berücksichtigten Personenkreise im Jahr 2017 – ohne Berücksichtigung einer Beitragsbemessungsgrenze

PV	Personengruppe	Anzahl Personen	beitragsrelevante Einnahmen in Euro pro Jahr		
			Status quo	alle Einkünfte	alle Einkünfte ohne Mieteinkünfte
SPV	Erwerbstätige	38.468.568	31.395	31.868	31.417
PPV	Erwerbstätige	4.952.867	63.272	62.673	59.437
SPV	Arbeitslose	2.325.247	8.152	3.963	3.875
PPV	Arbeitslose	299.378	16.287	18.601	17.953
SPV	Kinder	11.431.111	0	0	0
PPV	Kinder	1.441.889	0	0	0
SPV	Rentner*innen	15.856.888	14.890	16.200	15.581
PPV	Rentner*innen	2.190.621	29.979	32.315	30.568
SPV	Übrige	4.193.641	2.620	2.016	1.565
PPV	Übrige	389.789	6.553	5.154	2.707

Legende: SPV: Soziale Pflegeversicherung, PPV: Private Pflegepflichtversicherung

Quelle: eigene Berechnungen

Zuführungen aus dem Pflegevorsorgefonds, die ab 2035 geplant sind, sind nicht berücksichtigt, da unklar ist, ob dieser Fonds wirklich solange bestehen bleibt. Eine Berücksichtigung führt in allen Modellen zu einem um etwa 0,1 Prozentpunkte niedrigeren Beitragssatz.

Ausgaben

Wie in Formel 7 dargestellt, erfolgt die Berechnung der Ausgaben differenziert nach Pflegegraden. Innerhalb eines Pflegegrades werden In-

formationen darüber benötigt, wie oft eine bestimmte Versicherungsleistung in Anspruch genommen wird (Mengenkomponente) und welche durchschnittliche Leistungshöhe dabei zugrunde zu legen ist (Preiskomponente) (Formel 8).

Zur Abschätzung der Mengenkomponente wird das derzeitige Inanspruchnahmeverhalten herangezogen. Tabelle 11 enthält hierzu den Anteil aller Pflegebedürftigen im jeweiligen Pflegegrad, die die entsprechenden Leistungen 2017 in Anspruch genommen haben. Diese relativen Häufigkeiten werden als Punktschätzer für die Prävalenzen verwendet, die für die Zukunft als konstant gesetzt werden. Unterschieden werden kann dabei zwischen den Leistungen, die konstitutiv für ein Pflegearrangement sind und sich gegenseitig ausschließen. Das sind Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen und Leistungen bei vollstationärer Pflege, sowie zusätzliche Leistungen der teilstationären und häuslichen Pflege (Entlastungsbetrag, Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson, Pflegekurse, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen etc.). Die Verwaltungskosten im weiteren Sinne (einschließlich der anteiligen Kosten für den MDK) werden auf alle Pflegebedürftigen umgelegt und als zusätzliche Ausgaben für alle berücksichtigt.

Tabelle 11: Prävalenz der verschiedenen Leistungsarten und Ausgaben nach Pflegegraden in % aller Leistungsempfänger, 2017

Leistungsart	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflegegeld	0	64	50	35	27
Pflegesachleistung	0	5	5	5	5
Kombileistung	0	16	17	14	12
vollstationär (inkl. § 43b SGB XI)	3	10	24	42	53
Behinderteneinrichtungen (§ 43a SGB XI)	0	5	4	4	3
Zusätzliche Leistungen teilstationär	0	2	4	5	3
Zusätzliche Leistungen häusliche Pflege	97	85	72	54	43
Verwaltungsausgaben etc.	100	100	100	100	100

Quelle: eigene Berechnungen

Für die Parametrisierung der Mengenkomponente müssen die *Hauptleistungsarten der Pflegeversicherung* und die ergänzenden Leistungen unterschieden werden. Für die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), das Pflegegeld (§ 37 SGB XI), die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI), die vollstationäre Pflege (§§ 43, 43b SGB XI) und die stationäre Pflege in Einrichtungen für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) werden regelmäßig die vollen Leistungsansprüche der Pflegeversicherung in Anspruch genommen. Bei den Kombinationsleistungen richten sich die So-

zialversicherungsausgaben dabei danach, welcher Anteil des Anspruchs in Form von Sachleistungen und welcher in Form von Pflegegeld in Anspruch genommen wird. Für die Berechnungen wird dabei ein Sachleistungsanteil von 40 % angenommen. Dieser ergibt sich aus Berechnung der Schnittmenge zwischen Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistung der Finanzstatistik (Bundesministerium für Gesundheit 2019a) auf Basis der Statistik der versorgten Pflegebedürftigen (Bundesministerium für Gesundheit 2019c).

Zusätzliche Leistungen werden derart berücksichtigt, dass nicht potenzielle Leistungsansprüche als Ausgaben erachtet werden, sondern die im Jahr 2017 entstandenen Kosten aus tatsächlicher Inanspruchnahme maßgeblich sind. Für Personen, die teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) in Anspruch nahmen, wird lediglich der Anteil des Leistungsanspruchs angesetzt, welcher dem Anteil der tatsächlichen Ausgaben an den hypothetischen Maximalausgaben entspricht. Gleiches gilt für den Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI).

Ausgaben für Leistungen, auf die lediglich ambulant versorgte Pflegebedürftige Anspruch haben (Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI), Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI), Hilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung gemäß § 40 SGB XI) und soziale Sicherung für Pflegepersonen nach § 44 SGB XI)), werden in gleichem Umfang auf alle Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 in ambulanter Versorgung umgelegt. Alle übrigen Aufwendungen, die alle Pflegebedürftigen betreffen (Verwaltungsausgaben, Kosten für Pflegeberatung und alle weiteren Ausgaben der Finanzstatistik der SPV), werden gleichmäßig auf alle Pflegebedürftigen, unabhängig von der Art der Versorgung umgelegt.

Im Falle einer *Pflege(bürger)vollversicherung* fallen für die Pflegeversicherung weitere Ausgaben an, die sich nicht aus vorhandenen Rechnungsergebnissen entnehmen lassen. Diese werden für die Berechnungen wie folgt angesetzt:

- In vollstationären Pflegeeinrichtungen wird für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil übernommen, der entsprechend der Berechnungen der Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt 2018) mit 629 Euro pro Monat angesetzt wird.
- In häuslicher Pflege werden für Sachleistungsempfangende auch weitere Ausgaben übernommen, die den derzeitigen Betrag gem. § 36 SGB XI übersteigen und privat getragen werden. Angaben zur tatsächlichen Höhe von privat finanzierten Pflegeleistungen liegen in den amtlichen Statistiken nicht vor. Befragungsdaten beziehen sich auf „im Zusammenhang mit der Pflege entstehenden Kosten“ (Schneekloth et al. 2017: 158) und umschließen damit Pflegeleistungen im engeren Sinne ebenso wie hauswirtschaftliche Unterstüt-

zung. Zudem wurden diese Angaben noch vor den Leistungsausweitungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes erhoben. In den Berechnungen wird in Anlehnung an Rothgang und Kalwitzki (2017: 35 f.) für Sachleistungen daher ein weiterer Betrag von pauschal 150 Euro im Monat veranschlagt, um diese bisher noch nicht finanzierten Pflegesachleistungen abzudecken.

- Hinzu kommt für alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen ein pauschaler monatlicher Betrag von 100 Euro zur Finanzierung einer obligatorischen Fallsteuerung, die notwendig ist, um Moral Hazard in der ambulanten Pflege zu vermeiden (vgl. hierzu das letzte Kapitel).

Tabelle 12 enthält die so ermittelten Ausgaben pro Leistungsempfänger für die jeweilige Leistungsart und den jeweiligen Pflegegrad.

Tabelle 12: Angesetzte Ausgaben pro Leistungsempfänger und Monat in Euro nach Leistungsart und Pflegegrad im Jahr 2017

Modell	Leistungsart	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Status quo	Pflegegeld	0	316	545	728	901
	Pflegesachleistung	0	689	1.298	1.612	1.995
	Kombileistung	0	465	846	1.082	1.339
	vollstationär (§§ 43, 43b SGB XI)	278	923	1.415	1.928	2.158
	Behinderteneinr. (§ 43a SGB XI)	153	419	419	419	419
	Zusätzlich: teilstationär	0	322	607	754	933
	Zusätzlich: häusliche Pflege	45	203	203	203	203
	Verwaltungsausgaben etc.	87	87	87	87	87
Vollversicherung	Pflegegeld	0	316	545	728	901
	Pflegesachleistung	0	839	1.448	1.762	2.145
	Kombileistung	0	465	846	1.082	1.339
	vollstationär (§§ 43, 43b SGB XI)	278	1.552	2.044	2.557	2.787
	Behinderteneinr. (§ 43a SGB XI)	153	419	419	419	419
	Zusätzlich: teilstationär	0	322	607	754	933
	Zusätzlich: häusliche Pflege	145	303	303	303	303
	Verwaltungsausgaben etc.	87	87	87	87	87

Quelle: eigene Berechnungen

Kalibrierung

Die zuvor errechneten Angaben werden zunächst validiert, indem der für das Jahr 2017 im Status quo in der SPV gültige Beitragssatz berechnet wird. Dabei wird auf Formel 2 zurückgegriffen, die den rechnerischen Überschuss des Jahres 2017 berücksichtigt. Bei optimaler Passung von

Daten und Modell sollte sich dabei exakt der im Jahr 2017 gültige Beitragssatz von 2,55 Prozentpunkten ergeben. Allerdings gibt es einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Versicherte über 23 Jahren. Da kinderlose Personen im SOEP nicht identifizierbar sind, muss der Zuschlag pauschal berücksichtigt werden. Die Schätzung bei Einführung des Beitragszuschlags ging dabei von einem Anteil von 11 Millionen der 50 Millionen Versicherten aus, die diesen Beitrag entrichten müssten (Deutscher Bundestag 2004). Dies entspräche einem durchschnittlichen Beitragszuschlag von 0,055 Prozentpunkten über alle Versicherten. Dieser Wert wird von allen berechneten Beitragssätzen abgezogen. Zur besseren Vergleichbarkeit wird auch im Folgenden lediglich der Beitragssatz für Personen mit Elterneigenschaft berichtet und nicht der gewogene Beitragssatz für Kinderlose und Eltern. Für die Projektionen wird jedoch unterstellt, dass Kinderlose auch weiterhin einen Beitragszuschlag von 0,25 % tragen und entsprechend gerechnet.

Tatsächlich stimmt der errechnete Beitragssatz nicht präzise mit dem tatsächlich gültigen Beitragssatz überein. Errechnet wurde – unter Berücksichtigung des Überschusses für 2017 – ein Wert von 2,634 Beitragssatzpunkten. Er liegt geringfügig, nämlich um 0,029 Beitragssatzpunkte (bzw. um 1,1 %) über dem tatsächlichen Wert von 2,605 Beitragssatzpunkten (gewogener Mittelwert für Beitragszahler mit und ohne Elterneigenschaft). Diese Abweichung ist Ausdruck aller bei der Modellierung notwendigerweise vorzunehmenden Vereinfachungen. Unter der Annahme, dass dieser systematische Fehler auch für die Zukunft in gleichem Maße auftritt, kann eine Abweichung zwischen modelliertem Beitragssatz im Status quo und tatsächlich gültigem Beitragssatz durch einen Korrekturfaktor ausgeglichen werden. Dieser berechnet sich als Quotient aus dem mit Formel 2 berechneten Beitragssatz geteilt durch den real gültigen Beitragssatz von 2,605 % im Jahr 2017 (inkl. durchschnittlichem Kinderlosenzuschlag) und beträgt 0,989. Eine optimale Modellgüte würde einen Faktor von 1 aufweisen und damit keine Korrektur notwendig machen. Für dieses Modell ist der Korrekturfaktor sehr nahe bei 1; es ist daher von einer sehr guten Anpassung des Modells auszugehen. Der so errechnete Korrekturfaktor wird nachfolgend auf alle berechneten Beitragssätze angewendet, um Abweichungen zwischen den für die Modellierung verwendeten Daten und der tatsächlichen Situation auszugleichen.

Für das Umstellungsjahr 2017 werden sowohl der Beitragssatz unter Berücksichtigung des Ausgabenüberschusses von 2,4 Milliarden Euro (Formel 2) als auch der kostendeckende Beitragssatz (Formel 1) darge-

stellt. Für die Projektion des Beitragssatzes wird lediglich der kostendeckende Beitragssatz gemäß Formel 1 ausgewiesen.

Fortschreibung

Für die Projektion der Beitragssatzentwicklung bis zum Jahr 2060 werden die für das Jahr 2017 berechneten Inputwerte fortgeschrieben. Grundlage für die Fortschreibung des Modells bilden insbesondere die Bevölkerungsentwicklung entsprechend der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts, die Fortschreibung der Potenzialerwerbsquoten des IAB, und Annahmen zur Lohn- und Gehalts- sowie Rentenentwicklung.

Beitragspflichtige Einnahmen

Für alle Jahre im Untersuchungszeitraum wird zunächst das Arbeitsangebot auf Basis von Bevölkerungsvorausberechnung und der vorausberechneten Potenzialerwerbsquoten bestimmt. Das *Beschäftigungsvolumen* wird als Minimum aus Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage unter Berücksichtigung einer Arbeitslosenquote von mindestens 4 % (Friktionsarbeitslosigkeit) bestimmt. Die Arbeitsnachfrage wird dabei auf dem Stand des Jahres 2017 konstant gehalten (vgl. hierzu auch Rothgang 2009: 349 ff.). Ein demographisch bedingter Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials führt demnach im Modell zunächst zu einem Rückgang der Arbeitslosenzahl und erst wenn die Arbeitslosenquote auf 4 % zurückgegangen ist, zu einer Verringerung der Beschäftigung. Die Beschäftigungsstruktur (zahlenmäßiges Verhältnis von abhängig Beschäftigten, Beamten und Selbständigen) wird dabei konstant gehalten.

Die *Anzahl der Arbeitslosen* ergibt sich dann als Differenz von Arbeitsangebot und Beschäftigung, beträgt jedoch mindestens 4 % aller potenziellen Erwerbspersonen.

Die *Anzahl der Rentner*innen* wird für jedes Kalenderjahr um den Faktor verändert, wie sich die Anzahl der über 65-Jährigen in der Gesamtbevölkerung gemäß der Bevölkerungsvorausberechnung entwickelt. Die Anzahl der Kinder entspricht jeweils der Anzahl von Personen unter 18 Jahren. Die verbleibende Anzahl von Personen wird der Kategorie „Übrige“ zugeordnet.

Für die Fortschreibung der *durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen* wird von einer Steigerung der Nominaleinkommen um 3 % pro Jahr ausgegangen. Diese Annahme folgt dem Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018b). Lediglich für Rentner*innen wird dieser Wert durch den Nachhaltigkeitsfaktor modifiziert, der durch das Verhältnis zwischen Rentner*innen und Erwerbstätigen bestimmt wird (Bundesministerium für Arbeit

und Soziales 2019). Für diese Verhältniszahl werden die Modellergebnisse verwendet. Die *individuellen beitragspflichtigen Einnahmen* werden jährlich um den definierten Satz erhöht. Dies wäre der Fall, wenn die Beitragsbemessungsgrenzen in gleichem Maße wie die Einkommen angehoben werden und sich die Einkommensverteilung nicht ändert, so dass der Anteil der Beitragszahler oberhalb der BBG konstant bleibt.

Bei allen Berechnungen wird von einer *Inflationsrate von 2 % pro Jahr* ausgegangen. Alle *Preise* sind als *Realwerte* angegeben, in Preisen des Jahres 2017. Basisjahr aller Berechnungen ist das Jahr 2017.

Ausgaben

In Bezug auf die Ausgaben wird von gleichbleibendem Leistungsumfang im Zeitverlauf ausgegangen. Da die Kosten für Pflege vor allem von Lohnkosten abhängen, werden die Ausgaben der Pflegeversicherung ebenfalls mit einer Steigerungsrate von nominal 3 % pro Jahr *dynamisiert*. Dies impliziert eine Steigerung der Leistungshöhen in gleichem Maße. Damit wird über die derzeitige Dynamisierungsregel des § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB XI hinausgegangen, der für die alle drei Jahre zu prüfende Leistungsdynamisierung als einen „Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit [...] die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren“ vorsieht und dabei die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum als zusätzliche Obergrenze benennt. Angesichts des aktuellen und für die Zukunft in noch stärkerem Maße zu erwartenden Pflegenotstands ist allerdings davon auszugehen, dass die Entlohnung für Pflegekräfte eher stärker wachsen wird als die Entlohnung für alle abhängig Beschäftigten. Da die Personalkosten die Gesamtkosten der Pflegeeinrichtung wesentlich bestimmen und deren Preise im Wesentlichen den Kosten folgen, ist eine Dynamisierung mindestens entsprechend der durchschnittlichen Bruttolohnentwicklung in Deutschland notwendig, soll ein weiterer Kaufkraftverlust der Pflegeleistungen verhindert werden. Für die Pflege(bürger)vollversicherung impliziert dies aber, dass deren Zusatzkosten mit diesem Ansatz in der Projektion deutlich höher liegen als bei einer Dynamisierung entsprechend der Inflationsrate.

Die *Anzahl der Pflegebedürftigen* wird differenziert für SPV und PPV bestimmt. Datengrundlage bildet die Anzahl der Versicherten in der SPV und der PPV im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht in Verbindung mit der deutschen Gesamtbevölkerung. Hieraus werden alters- und geschlechtsspezifische SPV-/PPV-Anteile berechnet. Diese werden entsprechend der Komposition der Personenkreise nach Alter und Geschlecht angewendet.

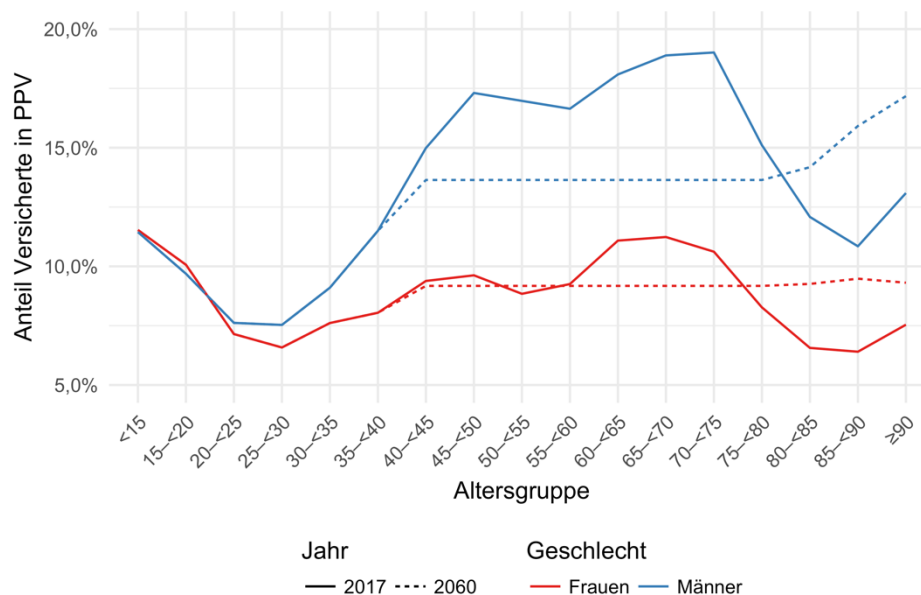
Es wird angenommen, dass die Anteile der Pflegeversicherung im Altersverlauf zukünftig größtenteils konstant bleiben, d. h. den Anteilen

aus dem Jahr 2017 entsprechen. Weiterhin wird erwartet, dass der durchschnittliche Anteil von Versicherten in der PPV langfristig konstant bleibt. Für Berufseinsteiger steigt daher dieser Anteil geschlechtsspezifisch lediglich bis zum durchschnittlichen Anteil des Jahres 2017 an. In dieser Periode im Erwerbsleben ist ein Wechsel in die PPV am wahrscheinlichsten und ein Zurückwechseln in die SPV zunehmenden unwahrscheinlicher. Bei Personen im fortgeschrittenen Erwerbsleben ist davon auszugehen, dass keine nennenswerten Wechsel des Versicherungssystems mehr stattfinden, sodass für alle Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr die Anteile mit dem Zeitverlauf fortgeschrieben wurden.

Abbildung 8 zeigt die Projektion des Anteils PPV-Versicherter nach Altersgruppen und Geschlecht für das Jahr 2060 im Vergleich zur Verteilung im Jahr 2017. Der Anteil wächst dabei ab dem Berufseinstieg mit dem Alter an, wird jedoch beim aktuellen Durchschnittswert von 9,2 Prozent bei Frauen und 13,6 Prozent bei Männern gedeckelt. Anteile ab dem 40. Lebensjahr wurden im Zeitverlauf fortgeschrieben. Dieses Vorgehen führt mit Versterben der derzeit seltener PPV-versicherten hochaltrigen Personen dabei zunächst zu einem Anstieg des Durchschnitts, welcher im Zeitverlauf mit Versterben der Altersgruppen mit hohem PPV-Anteil jedoch wieder nachlässt.

Langfristig reduziert sich durch das gewählte Vorgehen der durchschnittliche Anteil an PPV-Versicherten in sehr geringem Maße. Dies liegt im Versterben der mittleren Altersgruppen begründet, welche derzeit einen überdurchschnittlich hohen PPV-Anteil aufweisen.

Abbildung 8: Anteil PPV-Versicherter nach Altersgruppen 2017 und 2060



Quelle: eigene Berechnungen

Ergebnisse

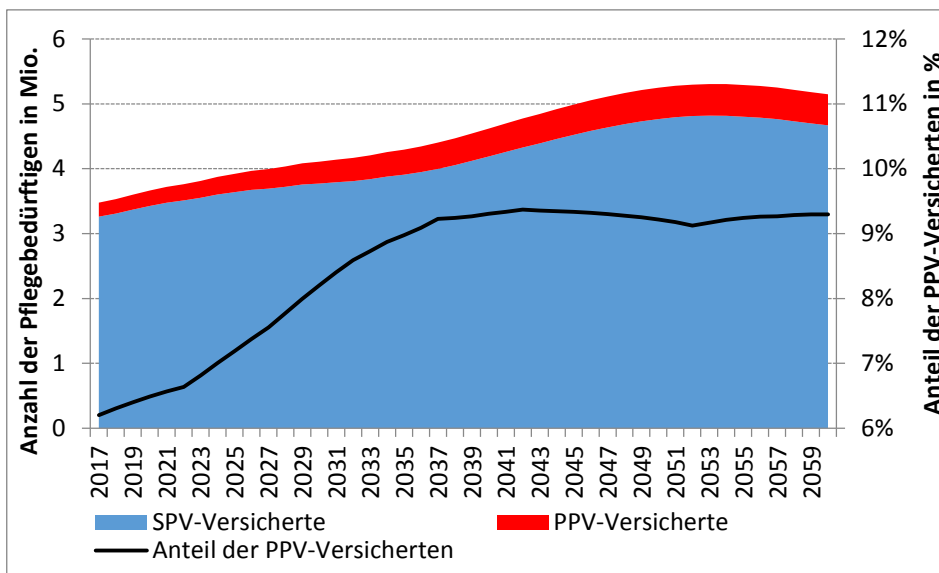
Die Darstellung der Beitragssatzeffekte bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung und ihrer Komponenten erfolgt in folgenden Schritten: Zunächst wird die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung im Zeitverlauf bis 2060 berichtet. Danach werden die berechneten Beitragssatzeffekte bei einer fiktiven Umstellung der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ausgewiesen. Abschließend werden die Ergebnisse zur Projektion des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 vorgestellt.

Einnahme- und Ausgabenentwicklung

Basierend auf der Bevölkerungsvorausberechnung ergibt sich bei im Zeitverlauf konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen eine steigende Zahl Pflegebedürftiger. In der Sozialen Pflegeversicherung steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Maximalwert im Jahr 2053 um 48 Prozent auf 4,6 Millionen. Die Private Pflichtversicherung weist im gleichen Zeitraum eine deutlich größere Steige-

rung von insgesamt 125 Prozent aus. Entsprechend steigt der Anteil der PPV-versicherten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen von 6,2 Prozent auf 9,3 Prozent, also um die Hälfte (Abbildung 9).

Abbildung 9: Anzahl der Pflegebedürftigen 2017–2060 nach derzeitigem Versicherungsstatus

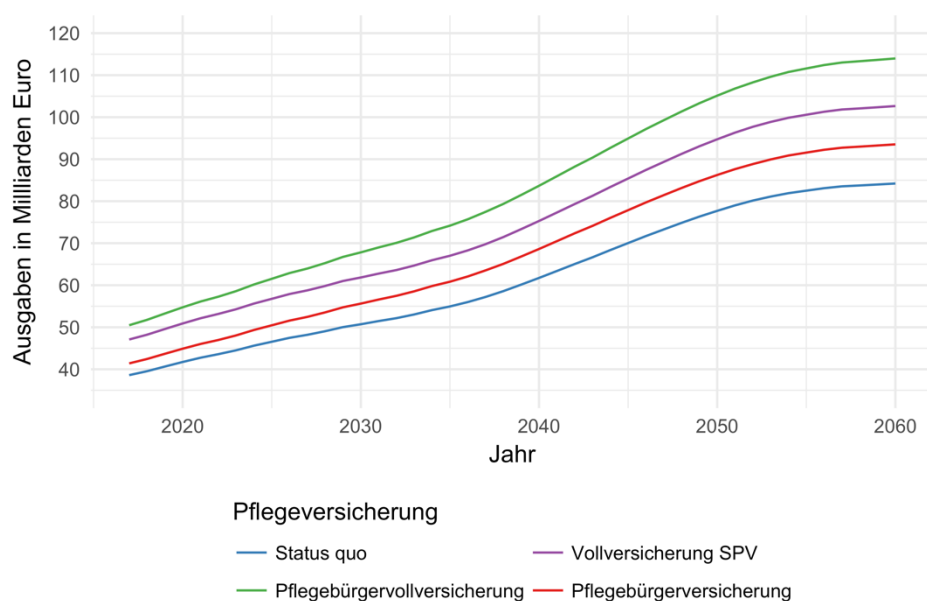


Quelle: eigene Berechnungen

Für eine Pflegebürgerversicherung ist der Anstieg der Leistungsempfängerzahlen damit größer als im Status quo, nämlich 48 Prozent im Vergleich zu 43 Prozent, jeweils für den Zeitraum 2017 bis 2060.

Für die absoluten *Ausgaben der Pflegeversicherung* zeigt sich ein entsprechendes Bild (Abbildung 10). In allen Modellen steigen die Ausgaben bis zum Jahr 2060 an. Kurz vor Ende des Projektionszeitraumes setzt dabei eine Stagnation ein, die durch die leicht rückläufigen Pflegebedürftigenzahlen in Verbindung mit der Leistungsdynamisierung um 1 Prozent entsteht. Ohne Ausweitung der Leistungen und des Versichertenkreises verbleiben die Ausgaben im Status quo immer am geringsten, erhöhen sich jedoch bis 2060 um insgesamt 118 Prozent. Eine Erweiterung um die PPV-Versicherten führt unabhängig vom Ausgangsniveau sowohl mit als auch ohne Vollversicherung zu einem Anstieg der Ausgaben um 126 Prozent von 2017 bis 2060.

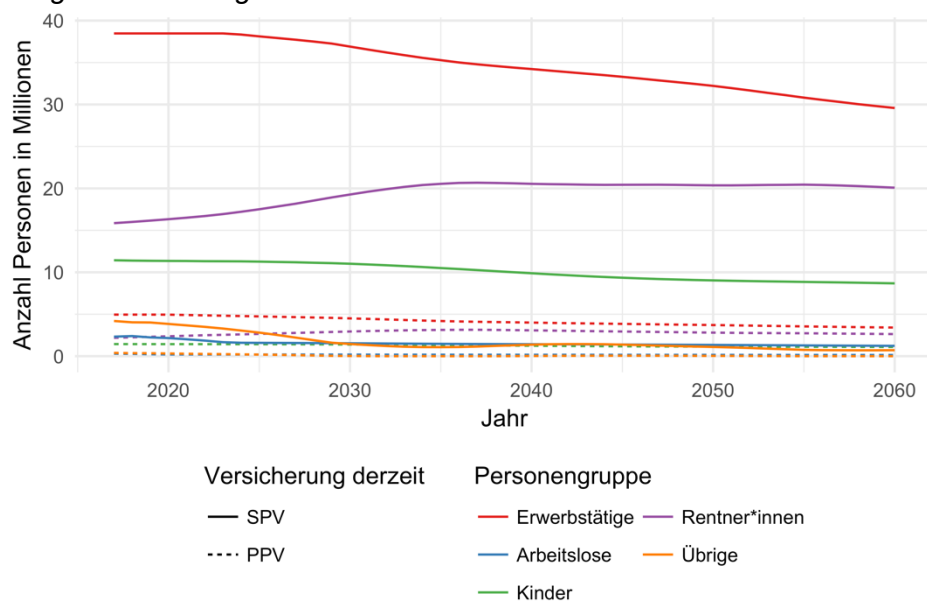
Abbildung 10: Entwicklung der realen Ausgaben der Pflegeversicherung, in Preisen des Jahres 2017



Quelle: eigene Berechnungen

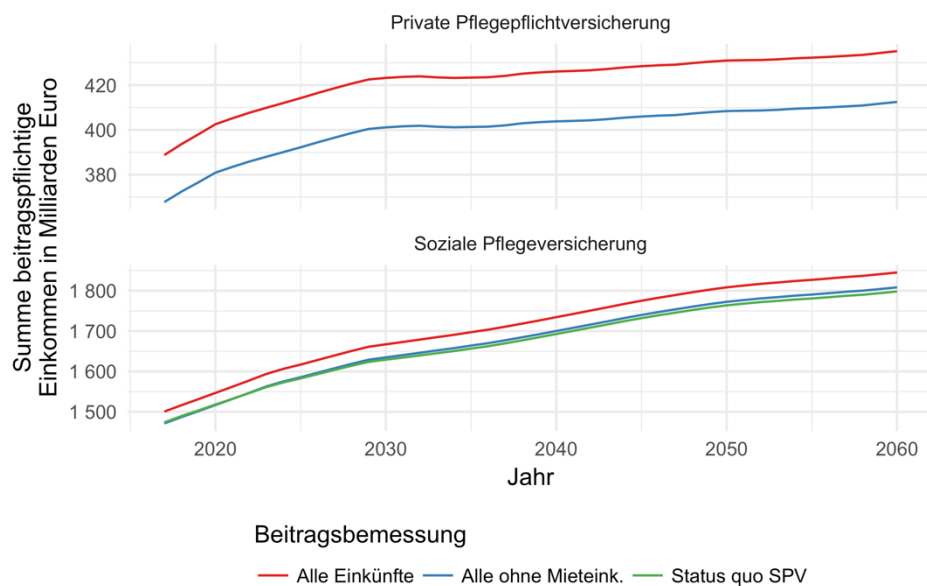
Wird die *Einnahmeseite* betrachtet, so zeigen sich in der SPV und in der PPV gleichförmige Trends: Während die Anzahl der Rentner*innen steigt, sinkt die Anzahl der Personen in allen anderen Gruppen. In der SPV reduziert sich die Anzahl der Erwerbstätigen dabei bis 2060 lediglich um 23 Prozent, während in der PPV 31 Prozent weniger erwartet werden. Hingegen steigt der Anteil der Rentner*innen in der SPV um 27 Prozent, im Vergleich zu 20 Prozent in der PPV (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Personenzahlen auf Einnahmeseite der Pflegeversicherung 2017–2060



Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 12: Beitragspflichtige Einnahmen 2017–2060 nach Art der Pflegeversicherung



Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 12 enthält die Summe der beitragspflichtigen Einkommen für bislang SPV- und PPV-Versicherte in Abhängigkeit von der Beitragspflicht für verschiedene Einnahmearten. Während sich im Projektionszeitraum in der SPV ein relativ konstanter Anstieg zeigt, lässt sich für die derzeit PPV-Versicherten zunächst ein stärkerer Anstieg bis zum Jahr 2030 erkennen, der danach deutlich abflacht. Während die Summe der beitragspflichtigen Einkommen in der SPV innerhalb von 44 Jahren um 23 Prozent ansteigt, steigt sie in der PPV lediglich um 12 Prozent.

Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr

Die Ergebnisse für eine Umstellung der Pflegeversicherung im Jahr 2017 sind in Tabelle 13 dargestellt. 2017 schloss die SPV mit einem Ausgabenüberschuss von 2,4 Milliarden Euro ab. Kostendeckend wäre ein um 0,17 Beitragssatzpunkte erhöhter Beitragssatz von 2,72 Prozent gewesen, der deshalb nachfolgend als Referenz herangezogen wird.

Tabelle 13: Berechnete kostendeckende Beitragssätze im Jahr 2017 und Differenz zum Status quo

Modell	Pflegebe- dürftige in Tausend	bpE in Mrd. Euro	Ausgaben in Milliar- den Euro	kostende- ckender Beitrags- satz	Differenz zum Sta- tus quo
Status quo	3.261	1.373	38,6	2,72 %	±0,00 %
Pflegebürger- vollversiche- rung	3.477	1.785	50,5	2,74 %	+0,02 %
Vollversiche- rung SPV	3.261	1.373	47,1	3,33 %	+0,61 %
Pflegebürger- versicherung	3.477	1.785	41,4	2,24 %	-0,49 %

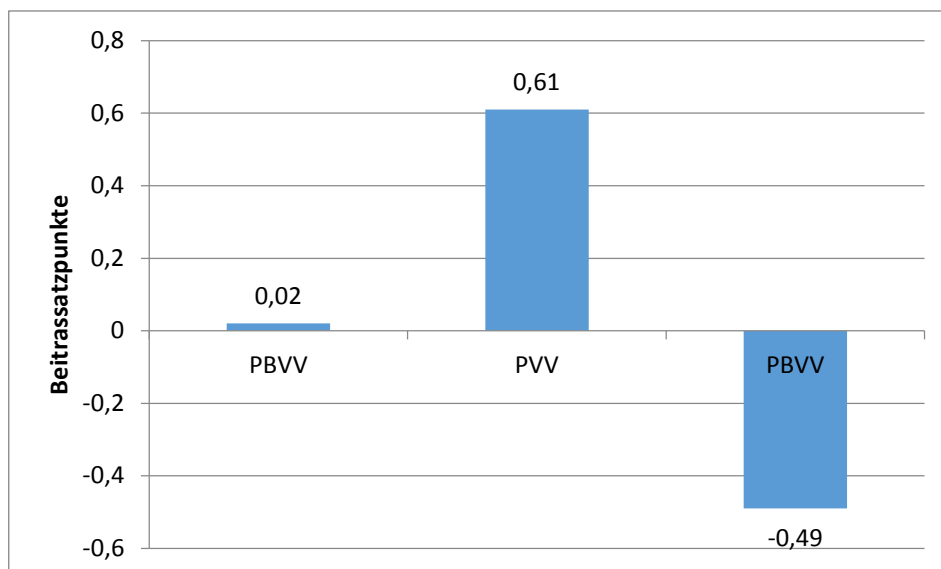
Legende: bpE: Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen

Quelle: eigene Berechnungen

Durch Einschluss aller derzeit PPV-Versicherten in eine *Pflegebürgerversicherung* (PBV) würden sich die Ausgaben 2017 um 7 Prozent, von 38 auf 41 Milliarden Euro, erhöhen, während die beitragspflichtigen Einnahmen um 30 Prozent stiegen. Der kostendeckende Beitragssatz reduziert sich daher um 0,49 Beitragssatzpunkte. In einer *Pflegebürgervollversicherung* (PBVV) würden die Ausgaben um 31 Prozent steigen, die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen um 30 Prozent. Der kostendeckende Beitragssatz verändert sich daher nur unmerklich um

0,02 Beitragssatzpunkte. Die Mehrausgaben einer Vollversicherung lassen sich zum Umstellungszeitpunkt also praktisch beitragsatzneutral finanzieren, wenn gleichzeitig eine Pflegebürgerversicherung eingeführt wird. Für eine *Pflegevollversicherung* (PVV) lediglich für die derzeit schon in der SPV Versicherten, ergäbe sich dagegen ein Anstieg des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes von 0,61 Beitragsatzpunkten. Abbildung 13 fasst die Beitragssatzeffekte in Bezug auf den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz zusammen. Weitere Modellvarianten, die auch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze beinhalten, finden sich im Anhang in Tabelle 17.

Abbildung 13: Differenz des ausgabendeckenden Beitragssatzes zum ausgabendeckenden Beitrag im Status quo für 2017



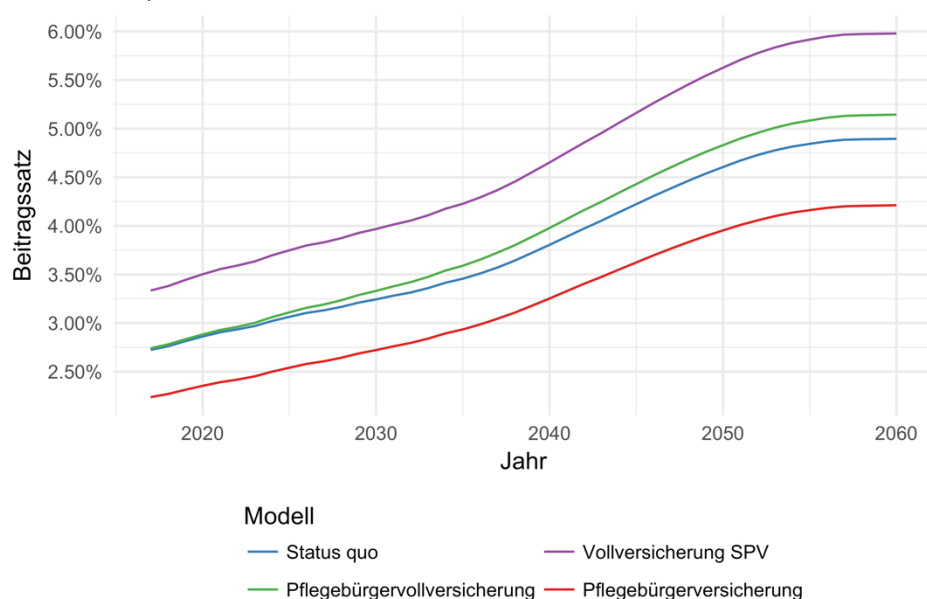
Quelle: Tabelle 13

Projektion der Beitragssatzentwicklung

Die weitere Entwicklung der Beitragssätze der vorgeschlagenen Modelle bis zum Jahr 2060 lassen sich Abbildung 14 entnehmen. Es zeigt sich, dass der Beitragssatz im Status quo auf bis zu 4,90 Prozent im Jahr 2060 ansteigen würde. Während eine Pflegebürgervollversicherung im Jahr 2017 beim gleichen Ausgangspunkt startet, steigt deren Beitragssatz stärker an und weist den höchsten Wert von 5,14 Prozent ebenfalls am Ende des Projektionszeitraumes auf. Der geringste Beitragssatz wäre immer mit einer Pflegebürgerversicherung ohne Vollversicherung zu erzielen. Auf mittlere Frist würde der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 für eine Pflegebürgervollversicherung eine Marke von 3,98 Prozent errei-

chen verglichen mit 3,80 Prozent im Status quo. Im Jahr 2055 stellt sich in allen Modellen eine Stagnation bei der Steigerung des Beitragssatzes ein. Zu beachten ist hierbei immer, dass die Leistungsdynamisierung hier mit dem Bruttolohn- und -gehaltsniveau erfolgt. Bei einer lediglich inflationsindexierten Dynamisierung ergeben sich entsprechend niedrigere kostendeckende Beitragssätze von 3,22 Prozent (Status quo), 2,77 Prozent (Bürgerversicherung), 3,93 Prozent (Pflegevollversicherung) und 3,38 Prozent (Pflegebürgervollversicherung) – jeweils für 2060.

Abbildung 14: Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung 2017–2060, verschiedene Modelle

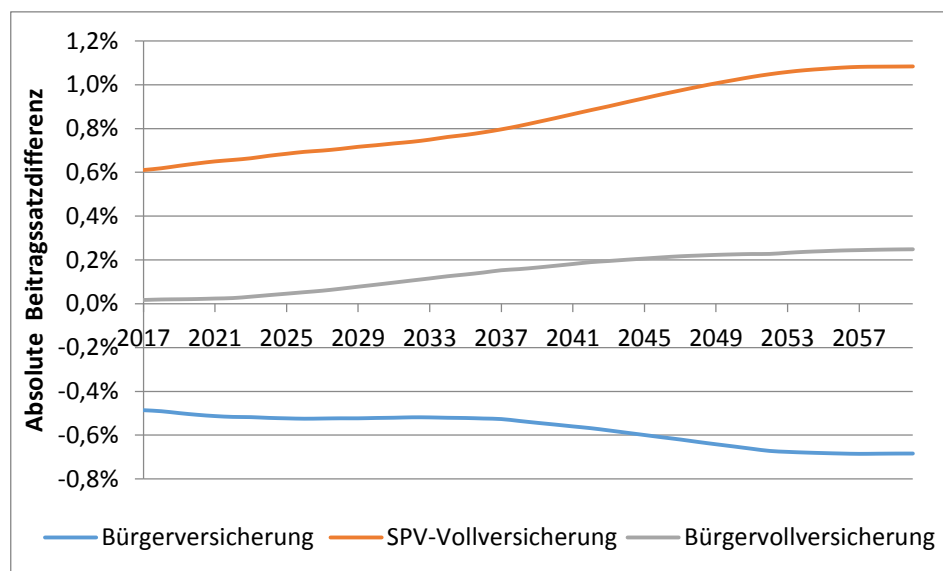


Quelle: eigene Berechnungen

Aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den beiden Versichertenkollektiven steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in der PPV schneller als in der SPV (Abbildung 9). Daraus wurde geschlossen, dass ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV der Sozialversicherung langfristig „nicht hilft“ (Neusius 2019). Tatsächlich zeigt Abbildung 15, dass die absolute Beitragssatzreduktion durch die Bürgerversicherung, die als eine besondere Form der Institutionalisierung eines Finanzausgleichs zwischen den Systemen angesehen werden kann, im Zeitablauf sogar noch größer wird. Liegt die Differenz des ausgabendeckenden Beitragssatzes in der Pflegebürgerversicherung im Vergleich zum Status quo 2017 bei -0,49 Beitragssatzpunkten, steigt diese Beitragssatzreduktion bis 2060 sogar auf 0,68 Beitragssatzpunkte an. Ursächlich hierfür ist, dass die PPV-Versicherten nicht nur eine aktuell günstigere Altersverteilung auf-

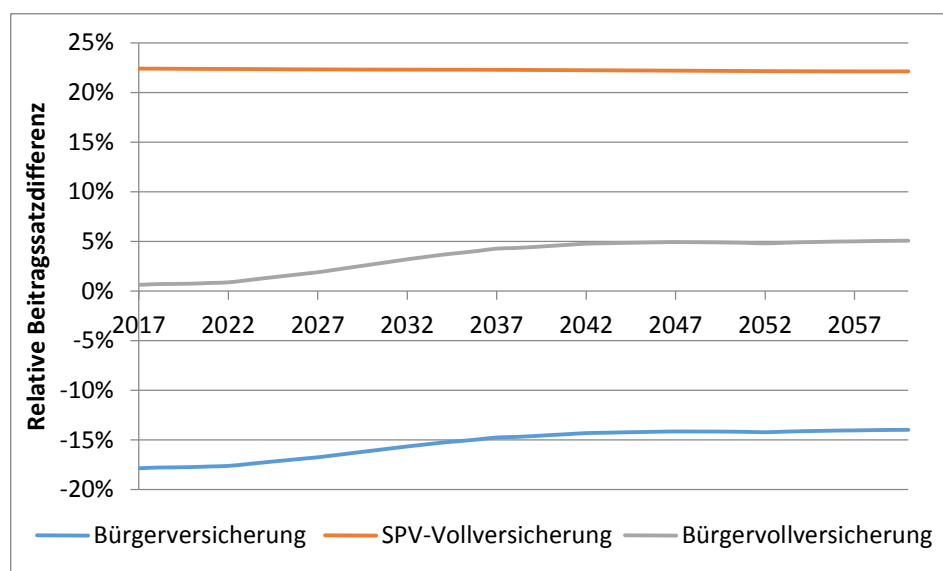
weisen, sondern auch eine niedrigere Morbidität, ein günstigeres Geschlechterverhältnis und höhere Einkommen aufweisen. Diese Faktoren bleiben auch im Zeitverlauf erhalten.

Abbildung 15: Beitragssatzdifferenz im Vergleich zum Status quo



Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 16: Beitragssatzdifferenz im Vergleich zum Status quo als Anteilswert des Beitrags im Status quo



Quelle: eigene Berechnungen.

Dass die Veränderung der Altersstruktur der PPV-Versicherten und die daraus resultierend stärker steigende Fallzahl dennoch einen Effekt haben, macht Abbildung 16 deutlich. Darin wird die Beitragssatzreduktion, die eine Bürgerversicherung im Vergleich zum Status quo mit sich bringt, als Anteilswert des jeweiligen Beitragssatzes im Status quo dargestellt. Diese relative Beitragssatzdifferenz verringert sich von 17,8 % im Jahr 2017 auf 14 % im Jahr 2060.

Für die reine *Bürgervollversicherung* steigt die Beitragssatzdifferenz im Zeitverlauf kontinuierlich von 0,61 auf 1,08 Beitragssatzpunkte an. Die relative Beitragssatzdifferenz bleibt im Zeitverlauf konstant, da sich SPV und Bürgerpflegevollversicherung nur durch höhere Leistungsversprechen der Letzteren unterscheiden, diese aber annahmegemäß wie alle anderen Leistungen dynamisiert werden und die Inanspruchnahmequoten ebenfalls konstant gehalten werden. Der Beitragssatz zur Pflegebürgervollversicherung steigt absolut und relativ etwas schneller als im Status quo. Die Unterschiede sind aber gering, so dass das Ergebnis des Umstellungszeitpunkts auch langfristig gilt: Eine Pflegebürgervollversicherung wie sie hier modelliert wird, erfordert in etwa den gleichen ausgabendeckenden Beitragssatz wie die SPV im Status quo.

Diskussion

Nachstehend sollen die vorgenannten Ergebnisse zunächst vor dem Hintergrund der Problemanalyse bewertet werden. Anschließend werden diese Ergebnisse in den Forschungsstand eingeordnet, um abschließend auf die Limitationen der Modellrechnung einzugehen.

Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass eine Pflegebürgerversicherung zu einer Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen kann. Obwohl die aktuell vorteilhafte Altersstruktur der PPV langfristig verloren geht und dies negative Effekte auf Altersstruktur der integrierten Versicherung hat, kann eine Pflegebürgerversicherung auch langfristig mit einem niedrigeren Beitragssatz betrieben werden als die derzeitige Pflegesozialversicherung. Eine Pflegebürgerversicherung ist damit nicht nur in der Lage, die eklatanten Gerechtigkeitsdefizite zu großen Teilen auszugleichen, sondern kann auch den Beitragssatzanstieg der Pflegesozialversicherung erheblich dämpfen. Für die langfristige Betrachtung ist es dabei unerheblich, ob eine Bürgerversicherung zu einem Stichtag eingeführt wird

oder ob längere Übergangszeiten entstehen. Im erstgenannten Fall kann der Beitragssatz zunächst absinken und steigt dann wieder stark an, im letztgenannten wird der Beitragssatzanstieg ausgehend vom jetzigen Niveau verlangsamt, mit gleichem langfristigem Ergebnis. Der Beitragssatzeffekt wird dabei sowohl über die Einnahmen- als auch über die Ausgabenseite erreicht. Sollte anstelle einer Bürgerversicherung ein Finanzausgleich zwischen den beiden Systemen angestrebt werden, ist es notwendig, hierbei ebenfalls Ausgaben- und Einnahmenseite zu berücksichtigen, um den hier berechneten Effekt erzielen zu können.

Eine Pflegebürgerversicherung hilft zwar, Gerechtigkeitsdefizite bei der Finanzierung der Pflegeversicherung abzubauen und den Beitragssatzanstieg in der Pflegesozialversicherung zu moderieren, ist aber kein Element, um die steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen, insbesondere in vollstationärer Pflege, zu begrenzen. Hierzu ist eine Begrenzung der Eigenanteile im Sinne eines Sockel-Spitze-Tauschs oder eine Vollversicherung der Pflegekosten, die als spezifische Variante eines Sockel-Spitze-Tauschs mit Sockel Null angesehen werden kann, notwendig. Eine Pflegevollversicherung reduziert den Eigenanteil und realisiert damit die Zielsetzungen bei Einführung der Pflegeversicherung. Allerdings erhöht eine Pflegevollversicherung mit den hier zugrunde gelegten Parametern, die nicht nur eine Übernahme des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) in vollstationärer Pflege, sondern auch Leistungsausweitungen im Bereich der häuslichen Pflege vorsehen, den Beitragssatz beachtlich. Schon zum Einführungszeitpunkt resultiert ein Beitragssatzanstieg um 0,6 Beitragssatzpunkte, der im Zeitverlauf zu einer Beitragssatzdifferenz im Vergleich zum Status quo von mehr als einem Beitragssatzpunkt ansteigt (Abbildung 16).

Anders ist das, wenn Pflegebürger- und Pflegevollversicherung zur *Pflegebürgervollversicherung* kombiniert werden. Damit werden die Gerechtigkeitsdefizite der aktuellen dualen Versicherung weitgehend beseitigt, die Anstiege der Eigenanteile verhindert und diese auf das bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehene Maß zurückgeführt. Wie Abbildung 15 und Abbildung 16 zeigen, ist dies zum Einführungszeitpunkt bei praktisch unverändertem Beitragssatz möglich. Auch längerfristig liegt der Beitragssatz der Pflegebürgervollversicherung kaum über dem der Pflegesozialversicherung im Status quo.

Mitte der 2050er Jahre erreicht die Zahl der Pflegebedürftigen ihr Maximum. Gleichzeitig ist die demographische Transformation beendet: Seit den 1970er Jahren ist die Fertilitätsrate bei rund 1,4 Kindern pro Frau konstant. Ab den 2060er Jahren leben dann nur noch Kohorten mit etwa gleicher Kinderzahl. Der demographisch bedingte Beitragsanstieg, der auf einem Anstieg der Zahl der (hochaltrigen) Pflegebedürftigen im

Verhältnis zur Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter beruht, kommt dann zum Erliegen, so dass aus rein demographischen Gründen nicht mit Veränderungen des dann erreichten Beitragssatzes zu rechnen ist.

Die errechneten Beitragssatzsteigerungen sind in allen Modellen vergleichsweise hoch. Das ist auf die gewählte Dynamisierung mit der Lohn- und nicht mit der Inflationsentwicklung zurückzuführen. Würde lediglich inflationsindexiert dynamisiert – wie dies der aktuellen Gesetzeslage des § 30 SGB XI entspricht – ergäben sich mittel- und langfristig deutlich niedrigere Beitragssätze. Allerdings ist angesichts der derzeitigen Pflegepersonalsituation damit zu rechnen, dass die Entlohnung in diesem Segment mindestens so schnell steigt wie in der gesamten Wirtschaft. Da Personalkosten rund 70 % der Kosten einer Pflegeeinrichtung ausmachen und langfristig von einer kostenorientierten Preisentwicklung auszugehen ist, impliziert dies einen permanenten Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen. Soll dies vermieden werden, muss lohnindexiert dynamisiert werden. Die gewählte Variante erscheint daher realistischer als die derzeitige Rechtslage.

Einordnung in den Forschungsstand

Der Effekt einer *Pflegebürgerversicherung* wurde von Rothgang et al. (2011) zum Einführungszeitpunkt mit 0,4 Beitragssatzpunkten bzw. rund 20 % des aktuellen Beitragssatzes angegeben. Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit dem hier ermittelten Effekt von 0,5 Beitragssatzpunkten bzw. 18 % des Ausgangswertes.

Lüngen (2012: 8) schätzt die Mehrkosten für eine *Vollversicherung* in seinen Berechnungen für das Jahr 2010 auf insgesamt knapp 10 Milliarden Euro. Dieser Wert liegt höher als die in dieser Studie veranschlagten Mehrausgaben von rund 8,5 Mrd. Euro, obwohl die Datenbasis sieben Jahre älter ist und Preise und Ausgaben seitdem gestiegen sind. Dies ist insbesondere auf den Ansatz für den ambulanten Bereich zurückzuführen. Lüngen (2012: 9) errechnet Mehrausgaben von 4,45 Milliarden Euro im stationären und 5,4 Milliarden Euro im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich werden in dieser Studie Mehrausgaben von rund 6 Mrd. Euro errechnet. Angesichts der seit 2010 gestiegenen Eigenanteile für Pflegeheimbewohner stimmen diese Zahlen gut überein. Für die häusliche Pflege wurden in dieser Studie dagegen nur Mehrausgaben von 2,5 Mrd. Euro eingestellt, die auf Leistungsausweitungen von 100 Euro pro Monat für zusätzliche Regieleistungen und 150 Euro pro Monat für bislang privat aufgebrauchte Pflegeleistungen zurückzuführen sind. Lüngen (2010: 9) gibt für die Mehrausgaben im am-

bulanten Bereich eine Spannweite von 2,3 bis 8,5 Mrd. Euro an und weist damit selbst auf die Unsicherheit der Schätzung hin. Bezogen auf den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz kommt Längen zu einem Mehrbedarf von 1,0 Beitragssatzpunkten, wenn die in seinem Modell angelegten Verschiebungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung wieder herausgerechnet werden (ebd.: 9). Damit ist der Beitragssatzeffekt deutlich höher als die hier ermittelten 0,6 Beitragssatzpunkte.

Bartsch (2012) ermittelt für eine Pflegebürgerversicherung bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf den Stand der Rentenversicherung (West) einen Rückgang des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes von 0,22 Beitragssatzpunkten. Diese Differenz ist im Zeitverlauf (betraglich) steigend. Allerdings beinhaltet dieses Bürgerversicherungsmodell eine Leistungserhöhung um 25 % zum Ausgleich vergangener Kaufkraftverluste. Ohne diese Ausgabensteigerung wäre der Beitragssatzeffekt deutlich größer und auch größer als in der vorliegenden Modellrechnung. Dies ist auf die von Bartsch modellierten makroökonomischen Kreislaufeffekte zurückzuführen, die in anderen vorliegenden Studien nicht berücksichtigt werden.

Verglichen mit der Prognose des *Beitragssatzes der SPV* im Status quo der Bertelsmann Stiftung (2019) liegt der hier projizierte Beitragssatz bis 2040 jeweils ca. 0,2 Prozentpunkte niedriger, gleicht sich dann jedoch bis auf unter 0,1 Prozentpunkt an. Somit konnte auch mit unterschiedlicher Methodik ein sehr ähnliches Ergebnis ermittelt werden.

Limitationen

Insbesondere ausgehend von mangelnder Datenverfügbarkeit ergeben sich bei den durchgeführten Berechnungen verschiedene Limitationen. Dies betrifft zunächst die Projektion der notwendigen Kennzahlen. Auf der Einnahmeseite wurde angenommen, dass für alle Personen alle Einkommen in gleichem Maße ansteigen. *Verschiebungen zwischen Einnahmearten* bzw. differentielle Einkommenssteigerungen würden zwar kaum Modelle betreffen, die alle Einkommen berücksichtigen (Bürgerversicherung), da diese gegenüber solchen Effekten stabil sind, wohl aber die Berechnungen im Status quo. Eine wachsende Lohnungleichheit würde auf Grund der Beitragsbemessungsgrenze zu einer Überschätzung der beitragspflichtigen Einkommen führen.

Die Projektion zur *Zahl der Erwerbstätigen, Rentner*innen und weiteren Personengruppen* unterliegt erheblichen Unsicherheiten. Üblicherweise wird jedoch davon ausgegangen, dass das Erwerbspersonenpo-

tenzial in Deutschland mittelfristig sinkt (Deutscher Bundestag 2014). Höhere Erwerbstätigenzahlen und/oder verringerte Teilzeitquoten führen dann zu geringeren als den hier vorausberechneten Beitragssätzen.

Mit Unsicherheit behaftet ist auch die Projektion des *Anteils der PPV-Versicherten* im jetzigen System. Der verwendete Ansatz friert diesen Anteilswert im Status-quo-Szenario tendenziell ein. Ein im Zeitverlauf steigender (sinkender) Anteil PPV-Versicherter würde die Ausgaben in der SPV im Status quo erhöhen (verringern) und damit den beitragsatzsenkenden Effekt einer Bürgerversicherung vergrößern (reduzieren).

Auf der Ausgabenseite ergibt sich insbesondere das Problem der *Vorausberechnung der Inanspruchnahme* von Leistungen der Pflegeversicherung. Inanspruchnahme setzt ein entsprechendes Angebot voraus, das wiederum durch Personalknappheit beim Pflegepersonal limitiert sein kann. In dieser Studie wurde dagegen davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Pflegeleistung immer befriedigt werden kann. Andererseits schöpfen Pflegebedürftige ihre Leistungsansprüche bei den Zusatzleistungen wie der Tagespflege noch bei weitem nicht aus. Hier ist auch eine zunehmende Nachfrage gut vorstellbar. Sollte die Inanspruchnahme steigen, würde dies mit höheren Kosten und einem höheren Beitragssatz einhergehen, auch ohne eine formale Leistungsausweitung.

Für die Modellierung einer Pflegevollversicherung ist insbesondere die Abschätzung der derzeit privat finanzierten Pflegeleistungen in häuslicher Pflege aufgrund fehlender trennscharfer Daten schwierig. Bei Einführung einer obligatorischen Fallsteuerung könnten sich zudem bisher nicht abschätzbare Folgen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ergeben.

Generell stellt sich die Frage, wie verlässlich und damit auch wie sinnvoll Vorausberechnungen über einen so langen Zeitraum sind. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass große Unsicherheitsfaktoren, wie etwa die Leistungsdynamisierung, alle Modellvarianten betreffen. Wenn deshalb die Unterschiede in der Entwicklung der untersuchten Pflegeversicherungsmodelle betrachtet werden und hierbei noch auf die relativen Differenzen, gewinnt die Vorausberechnung an Robustheit. Für die Langzeitpflege sind Projektionen bis in die 2050er Jahre zudem von besonderem Interesse, weil die Demographie bis dahin zu steigenden Beitragssätzen führt, danach aber nicht mehr. Kürzere Betrachtungszeiträume bergen daher immer die Gefahr, dass relevante Entwicklungen ausgeblendet werden. Auch dies rechtfertigt den Projektionszeitraum – trotz der zweifellos vorhandenen Unsicherheit.

Verteilungswirkungen

Eine Veränderung der Beitragsbemessung und des Beitragssatzes haben Effekte auf die personelle Einkommensverteilung, die nun dargestellt werden. Dazu müssen zunächst die verwendeten Daten und Methoden festgelegt werden. Anschließend werden die so ermittelten Ergebnisse differenziert für SPV- und PPV-Versicherte dargestellt und abschließend in ihrer Bedeutung vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstands diskutiert.

Daten und Methoden

Die Veränderung des Beitragssatzes, der beitragspflichtigen Einkommen, der Beitragsbemessungsgrenze und ein Einschluss von PPV-Versicherten in die SPV führen zu veränderten Beiträgen sowohl für Privathaushalte als auch für Arbeitgeber. Grundlage für die Berechnung entsprechender Effekte ist die Bestimmung der individuell durch Mitglieder und Arbeitgeber zu zahlenden Beiträge zur Pflegeversicherung mithilfe von Individualdaten. Primäre Datenquelle hierzu ist erneut das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) in der Version 34.

Für diese Analysen wurden lediglich die Personengruppen der abhängig Beschäftigten, Selbständigen, Beamt*innen, Rentner*innen und Studierenden berücksichtigt. Bei den verbleibenden Gruppen werden die Beiträge entweder aus öffentlichen Haushalten gezahlt oder die Beitragszahlenden können nicht zweifelsfrei identifiziert werden. Es werden lediglich Mitglieder über 18 Jahren betrachtet, da das SOEP keine Einkommensangaben für Minderjährige enthält. In den Sozialversicherungsmodellen wird auf Mitglieder abgestellt, da Mitversicherte keine Beiträge abführen.

Gemäß der geltenden Rechtslage gibt es eine paritätische Finanzierung der Beiträge in der SPV lediglich für abhängig Beschäftigte. Für diese muss der Arbeitgeber den hälftigen Beitragssatz auf Löhne und Gehälter abführen (§ 58 SGB XI). Bei freiwilliger Versicherung in der GKV trägt das Mitglied den SPV-Beitrag zwar allein, erhält jedoch einen Beitragszuschuss bis zur Hälfte des maximalen Beitrags vom Arbeitgeber. Alle übrigen Personengruppen schulden den vollständigen SPV-Beitrag selbst. Für Beamte bietet die SPV – anders als die GKV – einen beihilfefähigen Tarif an. Der Beamte versichert dann lediglich den durch die Beihilfe nicht gedeckten Anteil, trägt diesen Beitrag aber vollständig (§ 28 Abs. 2 in Verbindung mit § 55 Abs. 1 SGB XI).

In der PPV sind die Prämien komplett durch die Versicherten zu tragen. Abhängig Beschäftigte erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss bis zur Hälfte der Versicherungsprämie und maximal den Arbeitgeberanteil bei Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze. Beamte versichern sich auch in der PPV für den von der Beihilfe nicht gedeckten Anteil und erhalten keinen Zuschuss des Dienstherrn.

Im Modell einer Bürgerversicherung wird an der Aufteilung der Beiträge überwiegend festgehalten. Für abhängig Beschäftigte kann es dabei aber zu einer Aufhebung der paritätischen Finanzierung kommen, sofern neben Lohn oder Gehalt weitere Einkünfte vorliegen. Für diese trägt allein das Mitglied den anfallenden Beitrag. Für Beamte wird die Beihilfe durch einen Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung ersetzt.

Für die Berechnungen müssen diese sozialrechtlichen Regelungen operationalisiert werden. Als beitragspflichtige Einnahmen gelten die in Tabelle 9 dargestellten Einkunftsarten. Diese werden in den Berechnungen differenziert nach Beitragszahlung durch den Arbeitgeber und das Mitglied. Zu den Ausgaben, die den Arbeitgebern zugerechnet werden, zählen neben den Arbeitgeberanteilen zur Sozialversicherung auch die Beitragszuschüsse für PPV-Versicherte und freiwillig SPV-Versicherte. Im Status quo wird angenommen, dass der Arbeitgeber die Hälfte des monatlichen Beitrags bis zu einem Maximum von 55,46 Euro, entsprechend dem maximalen Arbeitgeberanteil in der SPV (Bundesministerium für Gesundheit 2019b), in Form eines Zuschusses zahlt. Für Beamte werden die Ausgaben für die Beihilfe dem Arbeitgeber/Dienstherrn zugerechnet. Dieses Vorgehen stellt eine Vergleichbarkeit des Status quo mit einer Bürgerversicherung her, in der die Beihilfeausgaben durch einen Arbeitgeberbeitrag abgelöst würden. Die Höhe der Beihilfeausgaben für (privatversicherte) Beamte wird näherungsweise mit der Hälfte der gezahlten PPV-Prämie angenommen, da keine Angaben zu tatsächlichen Ausgaben der Beihilfe vorliegen. Diese Näherung ergibt sich aus der Annahme, dass der Beihilfeanteil im Durchschnitt zwischen 60 und 70% liegt. Die Auswirkungen auf öffentliche Haushalte werden aufgrund der datenbedingten Unschärfen in der Berechnung nicht gesondert ausgewiesen.

Die Höhe der durch das Mitglied selbst zu tragenden Beiträge entspricht bei abhängig Beschäftigten den Arbeitnehmerbeiträgen, bei freiwillig SPV- und PPV-Versicherten den Gesamtbeiträgen abzüglich eines eventuellen Arbeitgeberzuschusses und bei allen anderen Gruppen dem gesamten Beitrag bzw. der gesamten Prämie.

Um die Be- und Entlastungen von PPV-Versicherten zu bestimmen, muss die aktuelle Höhe der PPV-Prämien bekannt sein. Da diese nicht im SOEP hinterlegt sind, müssen sie aus der Einkommens- und Ver-

brauchsstichprobe 2013 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016) entnommen werden. Es werden für alle PPV-Versicherten Durchschnittswerte differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht und Beihilfebezug (ja/nein) erzeugt. Um die Werte von 2013 auf 2017 hochzurechnen, wurden sie mit dem Faktor 1,17 multipliziert, sodass die Summe aller Prämienzahlungen zur PPV den Angaben der PKV-Statistik im Jahr 2017 entspricht (Verband der Privaten Krankenversicherung 2018). Schließlich wurden die Angaben entsprechend der Differenzierungsmerkmale den Personen im SOEP zugespielt.

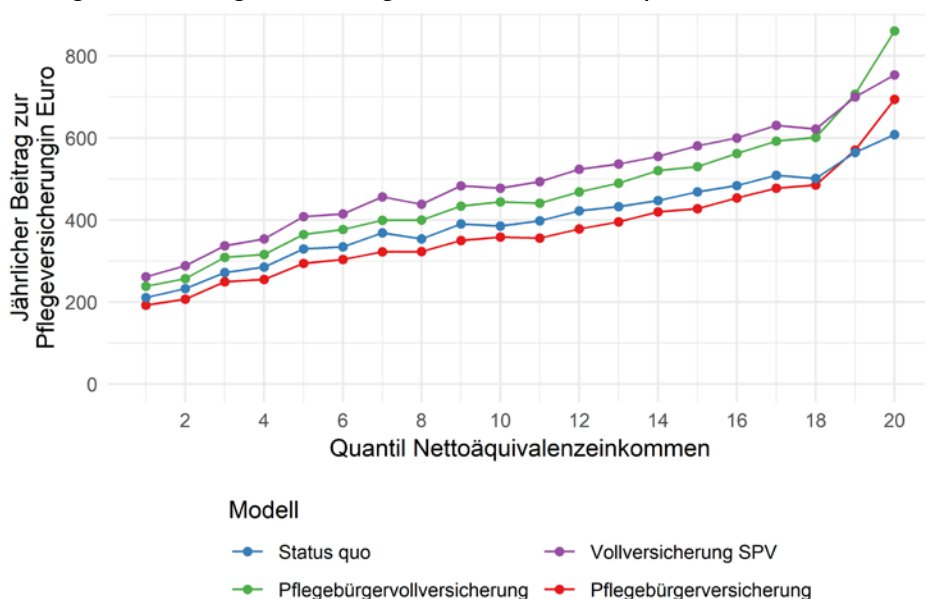
Die Berechnung und Darstellung der Verteilungswirkungen erfolgt anhand des *Nettoäquivalenzeinkommens* der Mitglieder und differenziert für derzeit SPV- und PPV-Versicherte. Für die Mitglieder werden jeweils das beitragspflichtige Einkommen und die selbst und durch den Arbeitgeber zu zahlenden Beiträge in den maßgeblichen Modellen berechnet. Zudem wird die Differenz zwischen aktuell zu entrichtendem Beitrag oder zu zahlender Prämie berechnet. Das Nettoäquivalenzeinkommen wird nach der modifizierten OECD-Skala gebildet (Statistisches Bundesamt 2017), welche neben dem jährlichen Nettoeinkommen des Haushaltes auch die Haushaltsgröße berücksichtigt. Alle Personen in einem Haushalt weisen daher das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen auf. Da auch für gleiche Nettoäquivalenzeinkommen die zu zahlenden Beiträge stark schwanken können, wurden die Personen für stabilere Schätzungen entsprechend des Einkommens in zehn (PPV) bzw. 20 (SPV) Quantile zusammengefasst. Für jedes Quantil werden die durchschnittlichen Beiträge und Beitragsdifferenzen berechnet. Die berechneten Werte sind somit als Durchschnittswerte für Personen innerhalb einer bestimmten Spanne des Nettoäquivalenzeinkommens zu verstehen. Die individuelle Belastung einzelner Personen weicht somit insbesondere in Abhängigkeit von der Familiensituation und in Bezug darauf, ob es eine Arbeitgeberbeteiligung an der Beitrags- bzw. Prämienzahlung gibt, ab. Der Kinderlosenzuschlag gemäß § 55 Abs. 3 SGB XI wird bei der Darstellung der Beiträge nicht berücksichtigt, da das entsprechende Merkmal mit den vorliegenden Daten nicht zu identifizieren ist.

Die Höhe der Nettoäquivalenzeinkommen, die im jeweiligen Quantil eingeschlossen werden, ist in Tabelle 18 und Tabelle 19 im Anhang ersichtlich. Alle Angaben beziehen sich auf eine Umstellung der Pflegeversicherung im Jahr 2017.

Ergebnisse

Die Einführung einer Bürgerversicherung betrifft zuvor SPV- und PPV-Versicherte in unterschiedlichem Ausmaß. Für SPV-Versicherte ist primär die Beitragssatzentwicklung in Verbindung mit der Beitragsbemessungsgrenze und den zu verbeitragenden Einkommen relevant. Abbildung 17 zeigt die einkommensproportionale Natur des SPV-Beitrags. Mit steigendem Nettoäquivalenzeinkommen der Versicherten steigen auch die Beiträge, die durch Mitglieder selbst zu tragen sind. Im Status quo zahlen Mitglieder selbst zwischen 211 Euro (1. Quantil) und 609 Euro pro Jahr (20. Quantil). Dabei erhalten lediglich abhängig Beschäftigte einen Beitragszuschuss, während Selbständige und Rentner*innen den kompletten Beitrag selbst zu tragen haben und Beamte zwar den gesamten Beitrag bzw. die gesamte Prämie selbst zahlen, sich aufgrund ihres Beihilfeanspruchs aber lediglich für einen Teil des Risikos versichern müssen.

Abbildung 17: Jährlicher vom Mitglied getragener Pflegeversicherungsbeitrag für derzeitige SPV-Mitglieder nach Nettoäquivalenzeinkommen



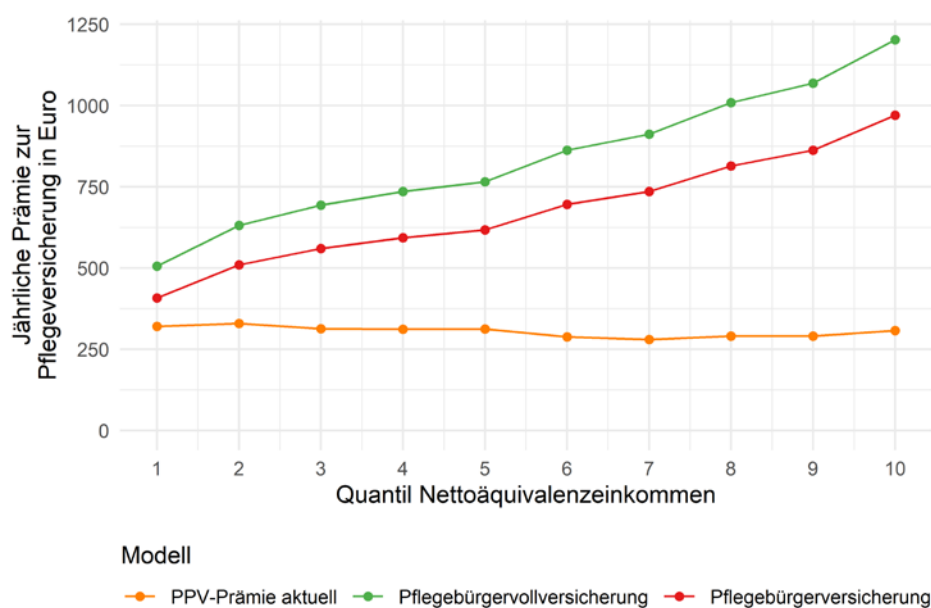
Quelle: eigene Berechnungen

Bis zum 18. Quantil ist die Beitragsbelastung für *SPV-Versicherte* durchgängig in der Pflegebürgerversicherung am niedrigsten. Sie steigt beim Übergang zum Status quo und dann zur Pflegebürgervollversicherung und ist am höchsten bei der Pflegevollversicherung. Lediglich im 19. und 20. Quantil liegt die Belastung für beide Bürgerversicherungsszenarien

höher als in der Pflegevollversicherung. Dies ist insbesondere auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in den Bürgerversicherungsmodellen zurückzuführen.

Die zu erwartende Höhe der Beiträge für *PPV-Versicherte* in den betreffenden Modellvarianten ist in Abbildung 18 im Vergleich zu der derzeitigen Höhe der PPV-Prämien dargestellt. Die PPV-Prämien konnten nicht differenziert nach dem Einkommen ermittelt werden, weisen jedoch gemeinhin keinen direkten Einkommensbezug auf. Für die bislang PPV-Versicherten wird nicht danach differenziert, ob die ausgewiesene Belastung den um den Beitragszuschuss der Arbeitgeber reduzierten Teil der Prämie darstellt, die gesamte Prämie für Selbständige oder den Teilkostentarif für Beamte. Angegeben ist jeweils nur der Teil, den die Versicherten selbst tragen müssen.

Abbildung 18: Jährliche durchschnittliche von derzeit PPV-Versicherten getragene Pflegeversicherungsprämie nach Nettoäquivalenzeinkommen

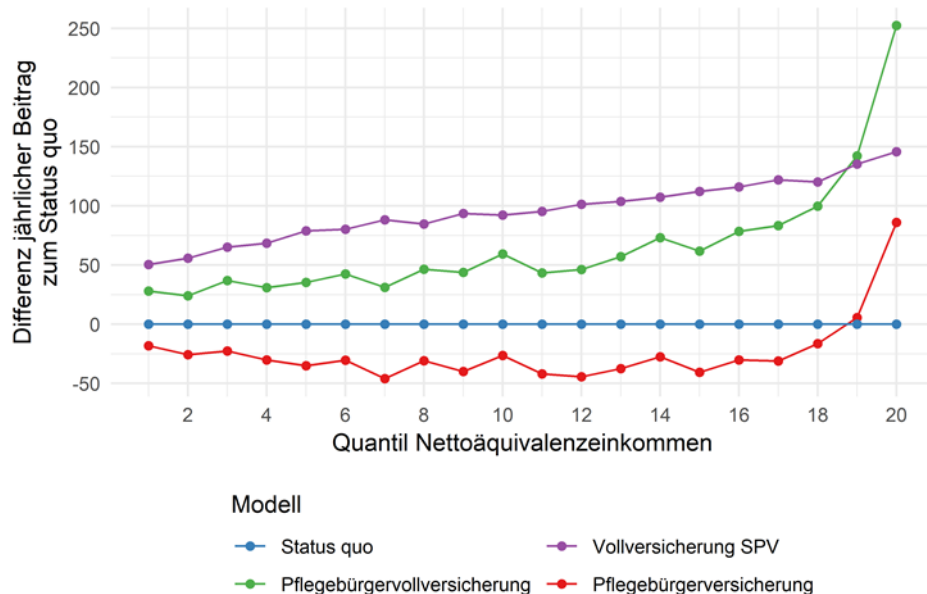


Quelle: eigene Berechnungen

Versicherte selbst zahlen nach Abzug eines eventuellen Arbeitgeberzuschusses für die PPV im Durchschnitt derzeit eine Prämie zwischen 280 und 330 Euro pro Jahr, müssten im Falle einer Bürgervollversicherung hingegen einen Beitrag von durchschnittlich 506 bis 1.202 Euro pro Jahr selbst entrichten. Abbildung 19 und Abbildung 20 stellen die resultierende Differenz zwischen den im Status quo zu zahlenden Beiträgen bzw. Prämien und in den dargestellten Modellvarianten fälligen Beiträgen dar.

Für 90 % der SPV-Versicherten ergeben sich im Modell einer *Pflegebürgerversicherung* Entlastungen (Abbildung 19). Lediglich die 10 % Mitglieder mit den höchsten Einkommen werden belastet. Die *Pflegevollversicherung* belastet dagegen alle Einkommensgruppen. Gleiches gilt auch für die *Pflegebürgervollversicherung*. Allerdings beläuft sich die Mehrbelastung für mehr als die Hälfte der SPV-Versicherten auf weniger als 50 Euro im Jahr bzw. 4 Euro im Monat. Lediglich für die beiden einkommensstärksten Dezile liegen die Mehrbelastungen bei mehr als 100 Euro im Jahr. Dass auch die *Pflegebürgervollversicherung* durchgängig Mehrbelastungen für die Versicherten nach sich zieht, ist darauf zurückzuführen, dass der Beitragssatz zwar annähernd unverändert ist, die Bemessungsgrundlage aber erweitert wurde.

Abbildung 19: Differenz zwischen jährlichem vom Mitglied durchschnittlich zu tragenden Beitrag im Status quo und Modellvarianten für derzeitige SPV-Mitglieder



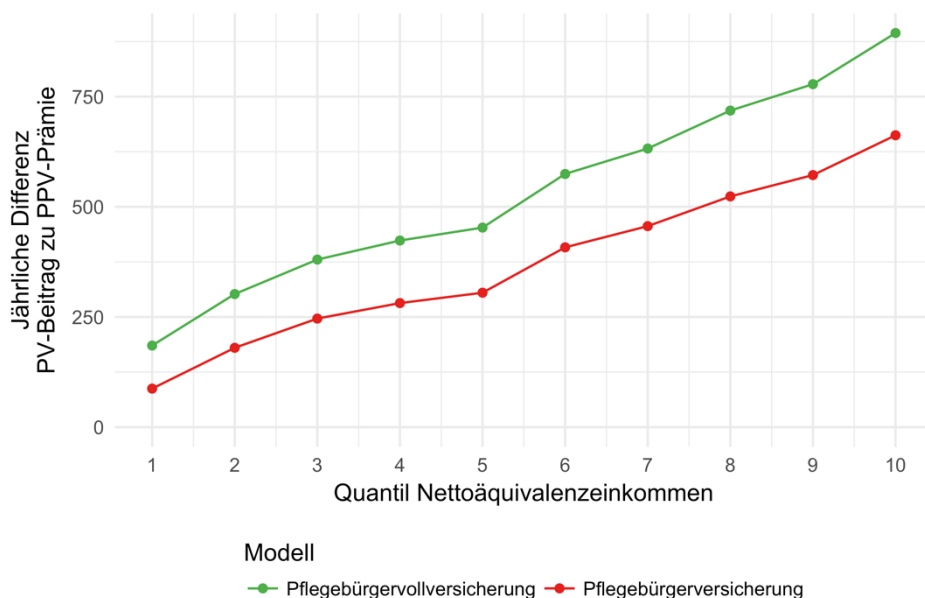
Quelle: eigene Berechnungen

Dagegen lassen sich für *PPV-Versicherten* höhere durchschnittliche Belastungen beobachten, die mit dem Einkommen steigen und in der *Pflegebürgerversicherung* von rund 90 Euro (1. Dezil) bis zu 660 Euro (10. Dezil) im Jahr reichen (Abbildung 20). In der *Pflegebürgervollversicherung* sind die Mehrbelastungen noch 100 bis 200 Euro höher und betragen im 10. Dezil durchschnittlich 894 Euro pro versicherte Person.

Für SPV-Mitglieder führt die Einführung einer *Pflegebürgervollversicherung* lediglich zu einem jährlichen Mehrbeitrag von durchschnittlich ca. 66 Euro, bzw. 96 Euro, sofern die Vollversicherung nicht mit einer

Bürgerversicherung einhergeht. Für Arbeitgeber fällt die zusätzliche Belastung mit durchschnittlich 23 Euro bzw. 58 Euro deutlich geringer aus. Gleichzeitig erwartet die derzeit PPV-Versicherten eine Mehrbelastung von durchschnittlich 531 Euro im Jahr bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung. Den Arbeitgebern entstünden für jedes PPV-Mitglied dann Mehrausgaben in Höhe von 238 Euro (Tabelle 14).

Abbildung 20: Differenz zwischen durchschnittlicher jährlicher PPV-Prämie und Beitrag in Modellvarianten einer Pflegebürgerversicherung für derzeit PPV-Versicherte



Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 14: Durchschnittliche jährliche Beiträge sowie Be-/Entlastungen für Arbeitgeber und Versicherte in Euro

PV-Status	Modell	Beiträge 2017		Differenz zum Status quo	
		Arbeitgeber	Mitglieder	Arbeitgeber	Mitglieder
SPV	Pflegebürgervollversicherung	267,36	466,37	23,33	65,72
	Vollversicherung SPV	302,47	496,60	58,44	95,94
	Pflegebürgerversicherung	215,76	376,35	-28,28	-24,30
PPV	Pflegebürgervollversicherung	302,61	835,45	237,94	531,08
	Pflegebürgerversicherung	244,20	674,20	179,53	369,82

Quelle: eigene Berechnungen

Da der Arbeitgeber lediglich bei einem Teil der Versicherten an der Finanzierung der Pflegeversicherungsbeiträge und -prämien beteiligt ist, liegt der durchschnittliche Beitrag von Arbeitgebern für jede Person jeweils erheblich unter den Beiträgen der Versicherten selbst. In Summe belaufen sich die jährlichen Mehrausgaben für eine *Pflegebürgervollversicherung* für die Mitglieder auf ca. 7,3 Milliarden Euro, für die Arbeitgeber auf 3 Milliarden Euro. Werden auch die übrigen Beitragszahlungen, insbesondere aus der Arbeitslosen- und Rentenversicherung, berücksichtigt, ergeben sich Mehrausgaben von insgesamt 11,9 Mrd. Euro.

Diskussion

Im Rahmen der Diskussion sollen wiederum die Ergebnisse der Berechnungen bewertet und in den Forschungsstand eingeordnet werden. Abschließend werden zentrale Limitationen thematisiert.

Bewertung der Ergebnisse

Die Verteilungswirkungen stellen sich für Sozial- und Privatversicherte unterschiedlich dar:

Rund 90 % der *Sozialversicherten* werden durch eine *Pflegebürgerversicherung* aufgrund der resultierenden Reduktion des Beitragssatzes bei Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage entlastet. Lediglich die 5 % einkommensstärksten Versicherten werden in merklichem Umfang belastet (Abbildung 19). Bezüglich der Arbeitgeberanteile ergibt sich ein ganz ähnliches Bild, allerdings ist die Belastung selbst für die Beitragszahlung im höchsten ausgewiesenen Quantil hier gering, da Mehrbelastungen auch auf die Verbeitragung anderer Einkommensarten zurückgehen, für die kein Arbeitgeberanteil gezahlt wird. Die Bürgerversicherung stärkt damit die vertikale Umverteilung in der Sozialversicherung. Eine *Pflegevollversicherung* geht dagegen mit einer durchgehenden Belastung der Sozialversicherten einher, die mit dem Einkommen monoton steigt, von jährlich 50 Euro im 1. Quantil über 100 Euro bei einem mittleren Einkommen auf 150 Euro im höchsten hier abgebildeten Quantil (Abbildung 19). Für die Arbeitgeber sind die gleichen Effekte zu erwarten, allerdings auf einem etwas niedrigeren Niveau. Trotz des im Wesentlichen unveränderten Beitragssatzes kommt es aufgrund der Berücksichtigung weiterer Einkommensarten und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei einer *Pflegebürgervollversicherung* zu Mehrbelastungen für alle Versicherten, die mit der Einkommenshöhe steigen und damit die vertikale Umverteilungsfunktion der Sozialversicherung stärken. Für die Hälfte der Versicherten belaufen sie sich aber auf weniger als vier Euro im Monat und nur für das oberste Einkommensdezil liegen sie bei mehr als 100 Euro im Monat. Für die 5 % einkommensstärksten Versicherten resultieren allerdings erhebliche Mehrbelastungen aufgrund der Verbeitragung aller Einkommensarten bei angehobener Beitragsbemessungsgrenze (Abbildung 19).

Für die bislang *Privatversicherten* entstehen dagegen bei Einführung einer *Pflegebürgerversicherung* erhebliche, mit der Einkommenshöhe steigende Mehrbelastungen, die bei der *Pflegebürgervollversicherung* sogar noch etwas höher liegen (Abbildung 20). Schon bei einem mittleren Einkommen betragen diese Mehrbelastungen jährlich knapp 400 Euro (Pflegebürgerversicherung) bzw. gut 500 Euro (Pflegebürgervollversicherung). Das ist Spiegelbild der aktuellen Begünstigung der Privatversicherten im dualen System aufgrund der doppelten Risikoselektion nach Einkommen und Pflegerisiko. Für die Arbeitgeber sind die Mehrbelastungen deutlich geringer, da nur ein Teil der derzeit PPV-Ver-

sicherten einen Arbeitgeberzuschuss erhält und das nur auf einen Teil der dann beitragspflichtigen Einkunftsarten.

Es ist zu beachten, dass es sich bei den berichteten Angaben um Durchschnittswerte entsprechend des Nettoäquivalenzeinkommens handelt. Die Werte treffen keine Aussage über die individuellen Be- oder Entlastungen, die maßgeblich davon abhängig sind, ob der Arbeitgeber an der Finanzierung der Versicherung durch Beiträge, Zuschüsse oder Beihilfe beteiligt ist, aus welchen Einkunftsarten die Versicherten Einkommen beziehen und ob Familienmitglieder im Status quo oder einer Bürgerversicherung kostenfrei oder kostenpflichtig mitversichert sind.

Beiden Bürgerversicherungsmodellen ist gemein, dass die Beitragspflicht auch für weitere Einkunftsarten, bei denen kein Arbeitgeberbeitrag besteht, zu einer Verschiebung der institutionellen Lastverteilung zu Gunsten der Arbeitgeber und zu Lasten der Arbeitnehmer führt. Das ist zu berücksichtigen, wenn in makroökonomischer Perspektive über das Ziel diskutiert wird, die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt nicht über 40 % steigen zu lassen. Eine paritätische Beitragssatzaufteilung führt nämlich nicht zu gleichen Finanzierungsbeiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, wenn nur für einen Teil der Einnahmen und auch nur für einen Teil der Versicherten ein Arbeitgeberbeitrag gezahlt wird.

Einordnung in den Forschungsstand

Eine Pflege(bürger)vollversicherung wurde bislang noch nicht auf ihre Verteilungswirkungen untersucht. Die Einordnung in den Forschungsstand kann sich daher nur auf die *Pflegebürgerversicherung* beziehen.

Die Verteilungswirkungen einer Pflegebürgerversicherung wurden von Rothgang et al. (2011) und von Rothgang und Domhoff (2017) untersucht. Das von Rothgang et al. betrachtete Bürgerversicherungsmodell unterscheidet sich zwar in Bezug auf die Familienmitversicherung vom hier analysierten Modell, weist ansonsten aber die gleichen Merkmale (Einbezug der gesamten Bevölkerung, Verbeitragung aller Einnahmen aus allen Einkunftsarten und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (West)) auf. Bezüglich der Verteilungswirkungen zeigen sich dabei ähnliche Ergebnisse: Für die bislang *Sozialversicherten* kommt es – mit Ausnahme der höchsten Einkommensklassen – durchgängig zu einer Entlastung, die zunächst steigt und dann fällt und dabei insgesamt die vertikale Umverteilungsfunktion der Sozialversicherung stärkt (Rothgang et al. 2011: 118 f.). Dieser positive Zusammenhang zwischen Einkommen und Entlastung, der in Abbildung 19 bis zum 6. Dezil festzustellen ist, zeigt sich

bei Rothgang und Domhoff (2017: 31) noch ausgeprägter und reicht dort sogar bis ins 9. Dezil. Rothgang und Domhoff (2017) nutzen dabei die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes als Datengrundlage, während hier auf das SOEP als primäre Datenbasis zurückgegriffen wird. Dass trotz unterschiedlicher Datenbasen ein weitgehend gleiches Ergebnis erzielt wird, spricht für die Robustheit der vorliegenden Berechnungsergebnisse.

Auch bezüglich der Effekte für die *Privatversicherten* weisen die drei Studien gleichgerichtete Ergebnisse auf. Die Mehrbelastungen sind in der vorliegenden Studie aber deutlich ausgeprägter. Eine ganz ähnliche Mehrbelastung der Privatversicherten im Vergleich zu Sozialversicherten wie in Tabelle 14 ausgewiesen, ermitteln auch Greß et al. (2019: 251) für eine Bürgerversicherung bei unveränderten Regelungen zur Beitragsbemessung. Der jährliche Beitrag für bislang Privatversicherte übersteigt dort den Beitrag für bisher Sozialversicherte um 373 Euro.

Limitationen

Für die Berechnung der Verteilungswirkungen sind ebenfalls Limitationen zu benennen. Zunächst musste die Auswertung auf Erwerbstätige und Rentner beschränkt werden, da nur für diese gültige Daten zu den individuellen Versicherungsbeiträgen bestimmt werden konnten. Auswirkungen auf öffentliche Haushalte werden daher nicht umfassend dargestellt. Dies betrifft vor allem die Beitragszahlung für Empfangende von Arbeitslosengeld I und II, bei denen die Beitragsschuldner von Veränderungen des Beitragssatzes betroffen wären. Zudem würde der Einbezug von Beamt*innen in eine Bürgerversicherung diese Personengruppe mit einer vollständigen Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit ausstatten, sodass Leistungen der Beihilfe nicht mehr benötigt würden. Die daraus resultierenden Folgen für die öffentliche Hand können hier nicht abschließend ausgewiesen werden, da differenzierte Daten zur Höhe der Beihilfeausgaben und assoziierte Kosten nicht vorliegen. Schließlich führen alle Varianten einer Vollversicherung zu einem Rückgang der Sozialhilfeausgaben im Bereich „Hilfe zur Pflege“. Auch diese Einsparungen, die Lungen (2012) sehr prominent thematisiert, können mit dem hier gewählten Ansatz nicht quantifiziert werden.

Moral Hazard bei einer Vollversicherung

In Bezug auf Moral Hazard in der Pflegevollversicherung stellen sich zwei Fragen:

1. Führt die Einführung einer Pflege(bürger)vollversicherung zu vollversicherungsinduzierten Mehrausgaben der Pflegesozialversicherung – und wenn ja, in welchem Umfang?
2. Sind derartige Ausgabensteigerungen Ausdruck von Überinanspruchnahme oder einer Schließung von Versorgungslücken?

Bezüglich der ersten Frage muss analysiert werden, welche der theoretisch denkbaren Formen von Moral Hazard tatsächlich zu erwarten sind und wie dem begegnet werden kann. Hinsichtlich der zweiten Frage hatte schon Lungen (2012) vermutet, dass etwaige Inanspruchnahmesteigerungen in der häuslichen Pflege vor allem als Ausdruck einer akuten Unterversorgung in diesem Bereich zu werten seien. Tatsächlich liegt der Hauptzweck etwa der Krankenversicherung darin, Personen eine Krankenbehandlung auch dann zu ermöglichen, wenn deren Kosten die eigene aktuelle Finanzierungsmöglichkeit übertreffen. Erst durch den Versicherungsschutz und den damit verbundenen Ausgleich zwischen Gesunden als Nettozahler und Kranken als Nettoleistungsempfängern wird es der gesamten Bevölkerung ermöglicht, kostspielige medizinische Versorgung zu nutzen. Die Ausdehnung der Inanspruchnahme über die individuelle Zahlungsfähigkeit und damit auch Zahlungsbereitschaft hinaus ist gerade der Zweck der Versicherung und darf deshalb nicht als Moral-Hazard-bedingte Überinanspruchnahme diskreditiert werden. Vielmehr muss – auch bei einer Pflegevollversicherung – nicht nur im Detail geprüft werden, ob steigende Ausgaben, sondern auch ob fachlich nicht notwendige Überversorgung resultiert.

Moral Hazard kann ex ante (hier: vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit) oder ex post (nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit) erfolgen. *Ex-ante-Moral-Hazard* könnte darin bestehen, dass Versicherte aufgrund der Vollversicherung geringere Vorsorge zur Vermeidung des Versicherungsfalls treffen bzw. diesen sogar vorsätzlich herbeiführen oder den Versicherungsfall lediglich vortäuschen. Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit ist mit erheblichen Nutzeneinbußen verbunden, die den positiven Nutzen der Versicherungsleistung in aller Regel weit übersteigen. Die vorsätzliche oder fahrlässig Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit scheint daher präferenztheoretisch unplausibel (so auch schon Buchholz/Wiegard 1992: 452 oder Prinz 1987: 108). Das Vortäuschen von Pflegebedürftigkeit ist zwar zumindest in Bezug auf das Pflegegeld fi-

nanziell attraktiv. Dieses ist von der Umstellung der Pflegeversicherung auf eine Vollversicherung aber gar nicht betroffen. Die Notwendigkeit, das Vortäuschen des Versicherungsfalls zu verhindern, besteht in der Pflegeversicherung vielmehr von Anfang an. Ihm wurde dadurch Rechnung getragen, dass eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt, der regelmäßig in der Lage ist, entsprechende Simulationen aufzudecken. Jedenfalls entsteht durch die Umstellung auf eine Vollversicherung hier kein nennenswertes weiteres Problem, so dass Ex-ante-Moral-Hazard insgesamt kein relevantes Problem für eine Pflegevollversicherung ist.

Ex-post-Moral-Hazard durch Einführung einer Pflegevollversicherung kann sich ausdrücken in

- der Wahl einer teureren Versorgungsform,
- der Wahl eines teureren Leistungsanbieters und
- die Steigerung der in Anspruch genommenen Menge pflegerischer Leistungen.

Auf jede dieser Formen sei nachfolgend näher eingegangen.

Moral Hazard durch Wahl einer teuren Versorgungsform

Im Rahmen einer Vollversicherung werden die Pflegekosten der vollstationären Versorgung übernommen, während in der häuslichen Pflege nur geringere Leistungsverbesserungen vorgesehen sind. Hieraus wird teilweise gefolgert, dass daraus ein „Heimsog“ folge. Tatsächlich sind die Determinanten für die Wahl einer Heimunterbringung komplex und die monetären Erwägungen nur ein Teil davon (Häcker und Raffelhüschen 2007; Unger et al. 2015). Für einkommens- und vermögensschwache Pflegebedürftige, die bei vollstationärer Pflege Hilfe zur Pflege erhalten, ist der Eigenanteil sogar vollkommen bedeutungslos, und der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohner beläuft sich derzeit auf rund ein Drittel. Für die übrigen Pflegebedürftigen bleiben auch nach einer Übernahme der pflegebedingten Kosten immer noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten, im Bundesdurchschnitt derzeit rund 1.200 Euro pro Monat (Tabelle 3) – mit steigender Tendenz. Dieser Betrag übersteigt die ansonsten von Senioren im Durchschnitt aufgebrachten Miet- und Verpflegungskosten deutlich und muss als impliziter Eigenanteil angesehen werden – insbesondere wenn der Pflegebedürftige in Partnerschaft lebt. Dann bleiben die Mietkosten erhalten, wenn ein

Partner ins Pflegeheim wechselt. Wenn beide Partner stationär gepflegt werden, belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten schon auf 2.400 Euro und übersteigen die ansonsten für Wohnen und Ernährung aufgebrauchten Kosten erheblich.

Weiterhin ist die Heimpflege für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige – auch wenn die Pflegeversicherung die Pflegekosten im Heim übernimmt – mit erheblichen *Opportunitätskosten* verbunden: dem Verzicht auf das Pflegegeld. Pflegegeld wird insbesondere von einkommensschwächeren Haushalten in Anspruch genommen (Lüngen 2012: 6 f.; Unger und Rothgang 2013). Für diese Haushalte ist die Entscheidung für Heimpflege nicht nur mit Übernahme der Eigenanteile für die Heimpflege, sondern auch mit dem Wegfall des Pflegegeldes verbunden, das teilweise einen integralen Bestandteil des Haushaltseinkommens bildet. Insgesamt ist beim Übergang zu einer Vollkostenversicherung im skizzierten Umfang daher *nicht* mit einem Heimsog zu rechnen.

Selbst wenn verstärkt auf Heimpflege zurückgegriffen würde, erwachsen daraus für die Pflegeversicherung keine Zusatzausgaben. Tabelle 15 enthält die Leistungshöhen für Pflegesachleistungen in häuslicher Pflege gemäß § 36 SGB XI und für Heimpflege gemäß § 43 SGB XI in der Fassung des PSG II. Wie die Betrachtung der absoluten und relativen Differenz zeigt, ist die Heimpflege nur in Pflegegrad 4 erkennbar ausgaben trächtiger für die Pflegeversicherung.

Tabelle 15: Monatliche Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019

	(1)	(2)	(3) = (2) – (1)	(4) = (3) / (2)
	Pflegesachleistungen in Euro	Vollstationäre Pflege in Euro	Differenz der Beträge in Euro	Differenz der Beträge in % von (1)
Pflegegrad 1	125	125	0	0
Pflegegrad 2	689	770	81	11
Pflegegrad 3	1.298	1.262	–36	–3
Pflegegrad 4	1.612	1.775	163	9
Pflegegrad 5	1.995	2.005	10	0

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Leistungssätze im SGB XI

Allerdings sind dabei weder der im häuslichen Bereich gewährte Entlastungsbetrag von 125 Euro berücksichtigt noch die in der Krankenversicherung anfallenden Ausgaben für häusliche Krankenpflege, die sich 2016 für Pflegesachleistungsempfänger im Durchschnitt auf rund 432 Euro beliefen (Rothgang et al. 2017b: 79), noch ergänzende Leis-

tungen bei häuslicher Pflege wie teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege oder ein Wohngruppenzuschlag. Bei einer Gesamtbetrachtung der gewährten Leistungen ist die häusliche Pflege daher im Durchschnitt für die Sozialversicherung deutlich ausgabenintensiver als die Heimpflege. Die Vollversicherung ändert diese Leistungsstruktur, so dass weitere Ausgabenposten hinzuaddiert werden müssen. Neben den in Tabelle 15 enthaltenen Werten sind in Tabelle 16 folgende Ergänzungen vorgenommen worden:

- Häusliche Pflege:
 - Entlastungsbetrag (125 Euro/Monat für alle Pflegegrade),
 - Ausgaben für zusätzliche Regieleistungen von 100 Euro/Monat für alle Pflegegrade),
 - Ausgaben für bisher privat finanzierte Pflegeleistungen von 150 Euro/Monat und
 - nach Pflegegraden differenzierte Ausgaben für häusliche Krankenpflege (von 267 Euro/Monat in Pflegegrad 2 bis zu 1.033 Euro im Monat in Pflegegrad 5 nach Rothgang et al. (2017b: 80);
- Heimpflege:
 - nach Pflegegraden differenzierte Ausgaben für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen in besonders schweren Fällen (von 7 Euro/Monat in Pflegegrad 2 bis zu 24 Euro im Monat in Pflegegrad 5 (Rothgang et al. 2017b: 80).

Wie Tabelle 16 zeigt, sind die Ausgaben für vollstationäre Pflege nun nur in Pflegegrad 2 höher als für formelle häusliche Pflege. In den Pflegegraden 3, 4 und 5 sind sie dagegen niedriger. Dabei sind die ergänzenden Pflegeleistungen in häuslicher Pflege wie Tagespflege, Verhinderungspflege und Wohngruppenzuschlag noch nicht berücksichtigt.

Tabelle 16: Monatliche Leistungsausgaben für Pflegesachleistungsempfänger und Heimbewohner in einer Pflegevollversicherung

	(1)	(2)	(3) = (2) – (1)	(4) = (3) / (2)
	Formelle häusliche Pflege in Euro	Vollstationäre Pflege in Euro	Differenz der Beträge in Euro	Differenz der Beträge in % von (1)
Pflegegrad 2	1.291	1.406	115	9 %
Pflegegrad 3	2.069	1.900	–169	–8 %
Pflegegrad 4	2.749	2.415	–334	–12 %
Pflegegrad 5	3.403	2.658	–745	–22 %

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Leistungssätze im SGB XI

Gleiches gilt auch für die Sozialversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die sowohl bei Pflegegeld- als auch bei Pflegesachgeldempfängern regelmäßig anfallen, für Pflegekurse, Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Würde die diesbezüglichen Ausgaben berücksichtigt, wären die durchschnittlichen Leistungsausgaben für formelle häusliche Pflege in allen Pflegegraden höher als für vollstationäre Pflege.

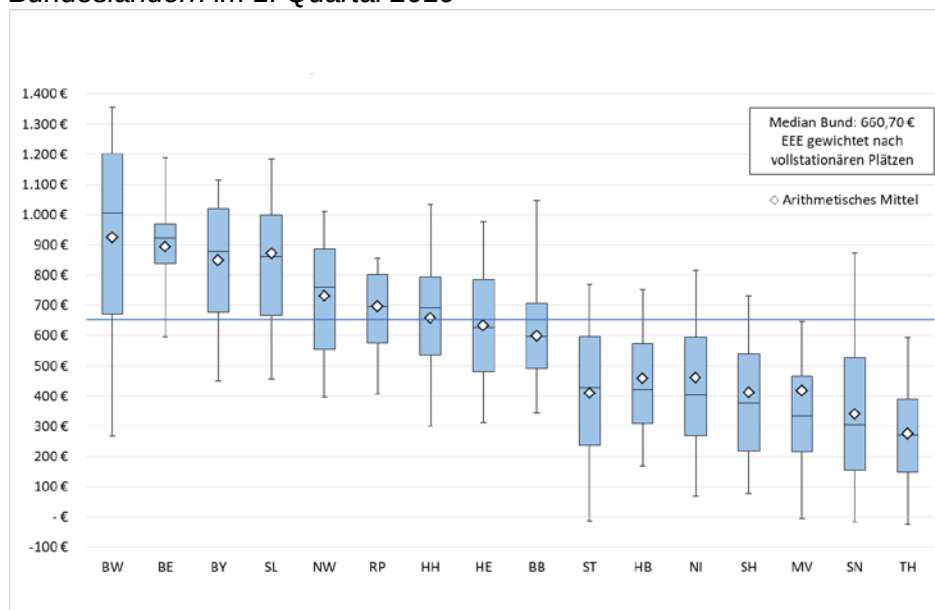
Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass ein Heimsog aufgrund der Einführung einer Vollversicherung als unwahrscheinlich erscheint. Sollte er aber eintreten, würde er die Pflegesozialversicherung tendenziell finanziell sogar entlasten.

Moral Hazard durch Wahl eines teuren Leistungsanbieters

Die Vergütungssätze für ambulante Pflegeleistungen werden auf Landesebene anhand von Leistungskomplexxatalogen verhandelt. Die Kostenträger haben damit die Möglichkeit, die Preise zu kontrollieren und zu hohe Vergütungen von vorne herein zu verhindern. Die vereinbarten Vergütungssätze sind dann für alle Pflegedienste gleich, lediglich zwischen freigemeinnützigen und privaten Trägern werden teilweise Unterschiede gemacht. Insgesamt sind die Unterschiede aber gering und durch das Verhandlungssystem seitens der Kostenträger steuerbar, so dass Moral Hazard in Bezug auf (zu) teure Leistungsanbieter kein zentrales Problem darstellt.

Anders ist dies im Bereich der vollstationären Pflege. Hier unterscheiden sich die Pflegesätze sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer erheblich. Abbildung 21 verdeutlicht das anhand des Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE). Die Betrachtung der EEE anstelle der Pflegesätze hat den Vorteil, dass die Pflegegradstruktur dabei nicht beachtet werden muss. Die jeweilige Box umfasst dabei die EEE in den „mittleren“ 50 % der Einrichtungen. Außerdem sind Median (als Strich in der Box), Mittelwert sowie das Perzentil der 5. und 95. Ordnung angegeben. Grundsätzlich besteht hier also die Gefahr, dass Pflegebedürftige bei Einführung einer Vollversicherung den Anreiz verlieren, sich ein günstiges Heim auszusuchen und stattdessen vor allem teurere Heime nachgefragt werden, was zu Zusatzausgaben der Pflege(bürger)-vollversicherung führt.

Abbildung 21: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Bundesländern im 1. Quartal 2019



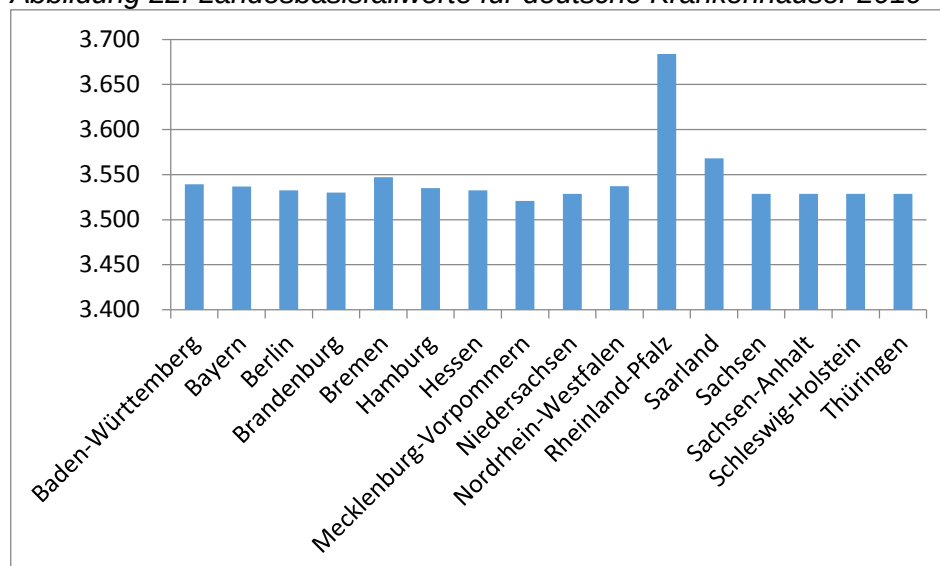
Quelle: Rothgang et al. 2019, beruhend auf Daten von mehr als 11 Tausend Pflegeheimen, zur Verfügung gestellt vom vdek.

Allerdings dürfte sich diese Situation in näherer Zukunft ändern. In der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) haben sich die Partner darauf verständigt, in der Langzeitpflege eine Verbesserung der Entlohnung der Pflegekräfte durch Mindestlohnsetzung und/oder Stärkung der Rolle von Tarifverträgen anzustreben. Dies führt zu einer Angleichung der bislang sehr unterschiedlichen Entlohnung und – bei kostenorientierten Pflegesatzverhandlungen – dann auch zu einer Angleichung der Pflegesätze. Den gleichen Effekt dürfte die Umsetzung des bundesweiten Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI haben, die ebenfalls in der KAP vereinbart wurde. Werden aber Personalmengen und Personalkosten angeglichen, sollten sich auch die Pflegesätze angleichen, so dass die Voraussetzungen für Moral Hazard durch Wahl eines teuren Anbieters auch im stationären Sektor in naher Zukunft verschwinden dürften.

Denkbar ist aber auch, dass die Vergütung generell auf einen (landesweiten) Einheitspflegesatz umgestellt wird, der pro Pflegegrad dann für alle Pflegeheime gilt (vgl. Weiß 2016). Vorbild hierfür könnte der – ungleich komplexere – Krankenhaussektor sein. Hier wird für die Behandlung eines gleichartigen Falls (abgegrenzt durch Einzel-DRGs) in allen Krankenhäusern eines Landes der gleiche Betrag gezahlt, und auch zwischen den Ländern sind die Landesbasisfallwerte, die das Vergütungsniveau bestimmen, nahezu identisch (Abbildung 22). Bei Einfüh-

zung eines derartigen Einheitspflegesatzes entfällt die Möglichkeit eines Moral Hazard in Bezug auf die Wahl einer teuren Einrichtung vollständig.

Abbildung 22: Landesbasisfallwerte für deutsche Krankenhäuser 2019



Quelle: vdek 2019.

Moral Hazard durch Steigerung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen

Das einzige verbleibende mögliche Problem liegt somit in der Steigerung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Da die stationäre Pflege immer alle notwendigen Pflegeleistungen umfasst, kann dieses Problem nur bei der häuslichen Pflege auftreten. Hier ist allerdings denkbar, dass Pflegehaushalte die Zahl der Pflegeeinsätze erhöhen, wenn diese aufgrund der Vollversicherung auch über das bisherige Ausmaß hinaus nicht mit weiteren Kosten für die Haushalte verbunden sind.

Hier stellt sich dann aber die Frage, ob es sich um eine Moral-Hazard-bedingte Überversorgung handelt oder ob bislang bestehende Versorgungsdefizite ausgeglichen werden. Für Letzteres sprechen etwa die Befunde des aktuellen DAK-Pflegereports (Klie 2018) und des BARMER Pflegereports (Rothgang und Müller, 2018). Dafür spricht auch, dass bereits heute in vielen Pflegehaushalten zusätzliche Pflegeleistungen privat finanziert werden. Diese Leistungen sind definitions-

gemäß nicht Moral-Hazard-bedingt, da die Selbstbeteiligung hierbei 100 % beträgt.

Zur Berücksichtigung entsprechender Mehrleistungen sind in den Modellrechnungen bereits zwei Ausgabenposten eingestellt: ein Betrag von monatlich 150 Euro für jeden Sachleistungsempfänger, der die Ausgabensteigerung abdecken soll, die dadurch entsteht, dass bisherige Minderversorgungen beseitigt werden sowie ein weiterer Betrag von monatlich 100 Euro zur Finanzierung einer individuellen Fallsteuerung. Als Maßnahme gegen Moral-Hazard-bedingte Überinanspruchnahme im Bereich der häuslichen Pflege liegt die individuelle Bedarfsfeststellung nahe, verknüpft mit einem individuellen Pflegeplan und einem individuellen beratenden Case Management. Damit kann nicht nur der Gefahr von Moral Hazard entgegengetreten werden. Vielmehr wird damit auch das Hauptdefizit der derzeitigen Situation in der häuslichen Pflege adressiert: das Fehlen von Case und Care Management, das einem gelingenden Leben bei Pflegebedürftigkeit bislang im Wege steht.

Literatur

- Albrecht, Martin/Möllenkamp, Meilin/Nolting, Hans-Dieter Nolting/
Hildebrandt, Susanne (2016): Transformationsmodelle einer Bür-
gerversicherung. Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten
und Beschäftigten der Krankenversicherungen, Hans Böckler
Stiftung, Study Nr. 332. www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_332.pdf.
- Albrecht, Martin/Sander, Monika/Schiffhorst, Guido/Loos, Stefan/Anijs,
Jurriaan/Rürup, Bert (2013): Gerecht, nachhaltig, effizient – Studie
zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung, Gütersloh:
Bertelsmann. [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/
BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Integrierte
Krankenversicherung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Integrierte_Krankenversicherung.pdf).
- Augurzky, Boris/Borchert, Lars/Deppisch, Rebecca/Krolop, Se-
bastian/Mennicken, Roman/Preuss, Maike/Rothgang, Heinz/Stocker-
Müller, Melanie/Wasem, Jürgen (2008a): Heimentgelte bei der
stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundeslän-
dervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-West-
fälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, Boris/Deppisch, Rebecca/Krolop, Sebastian/Wasem,
Jürgen/Rothgang, Heinz (2008b): Teuer, teurer, NRW: 10.000
deutsche Pflegeheime im Vergleich, in: Altenheim, 47. Jg., Heft 2:
38–41.
- AWO [Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt] (1976): Überlegungen zur
Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären,
teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, in:
Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 27. Jg.: 156–159.
- Bader, Siegfried (1994) Soziale Pflegeversicherung: Das Verhältnis zu
anderen Leistungen, in: Bundesarbeitsblatt 45. Jg., Heft 8/9: 35–36.
- BAFIN [Bundesagentur für Finanzdienstleistungen] (2018):
Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung 2017 gemäß
§ 159 VAG, Geschäftszeichen VA 15-I 5475-Kra-2018/0006 vom
21.12.2018. [www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/
Statistik/st_wahrscheinlichkeitstabellen_pkv_2017.html](http://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Statistik/st_wahrscheinlichkeitstabellen_pkv_2017.html).
- Bartsch, Klaus (2012): Eine Simulationsstudie zu den Entwicklungen der
Beitragsätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.
Gutachten von Klaus Bartsch nach dem Konzept einer solidarischen
Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE im
Bundestag. [www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/
Publikationen/Sonstiges/120301-bu-rgerversicherung-lang-
gesamt.pdf](http://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/120301-bu-rgerversicherung-lang-gesamt.pdf).

- Bertelsmann-Stiftung (2019): Perspektive Pflege. Beitragssatzprognose SPV. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im rechtlichen Status quo bis 2045. Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.
- Bieback, Karl-Jürgen (2014): Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- BMA [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1998): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestags-Drucksache 13/9528.
- Boetius, Jan (2014): Aufbau und rechtliche Struktur der Alterungsrückstellung – zur Diskussion um den Eigentumscharakter der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung, in: VersR (Versicherungsrecht): 140–148.
- Britzke, Janina/Schupp, Jürgen (2018): SOEP Wave Report. Berlin, DIW Berlin.
- Buchholz, Wolfgang/Wiegard, Wolfgang (1992): Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 209: 441–457.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018a): Die Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018b): Rentenversicherungsbericht 2018. Berlin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): Nachhaltigkeitsfaktor. www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Rentenlexikon/N/nachhaltigkeitsfaktor.html.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019a): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 1995–2017. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019b): Finanzierung der Pflegeversicherung. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html
- Bundesministerium für Gesundheit (2019c): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.

- Bundesministerium für Gesundheit (2019d): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2017. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019e): Versicherte der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
- BVerfG (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 103, 197 – 225. www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- CDU, CSU, SPD (2005) Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005. www.kas.de/upload/ACDP/CDU/Koalitionsvertraege/Koalitionsvertrag2005.pdf.
- Deutscher Bundestag (2004): Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG). BT-Drs. 15/3671.
- Deutscher Bundestag (2014): Fachkräfteengpässe und Fachkräftemangel in Deutschland. Analysen, Prognosen und Handlungsempfehlungen. Berlin.
- Dräther, Hendrik/Rothgang, Heinz (2004): Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Eifert, Barbara/Rothgang, Heinz (1998): Die Pflegegesetze der Länder zwischen planerisch-gestaltender und ausführungsorientierter Konzeption. In: Schmidt, Roland/Braun, Helmut/Giercke, Klaus Ingo/Klie, Thomas/Kohnert, Monika (Hg.): Neue Steuerungen in der Pflege- und sozialen Altenarbeit. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 6. Regensburg, Transfer-Verlag: 253–264.
- Eifert, Barbara/Rothgang, Heinz (1999): Marktliche und planerische Elemente bei der Umsetzung des PflegeVG auf Länderebene, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 6: 447–464.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.
- Fuchs, Johann/Söhnlein, Doris/Weber, Brigitte (2017): Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit.

- Götze, Ralf/Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany. In: Companje, Karel-Peter (Hrsg.): Financing high medical risks. Amsterdam, Amsterdam University Press, 63–100.
- Greß, Stefan/Haun, Dietmar/Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß Stefan/Klauber Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Springer.
- Greß, Stefan/Rothgang, Heinz (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd (2007) Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“. Zeitschrift für Sozialreform 53: 391–422.
- IAQ (2018a): Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen 1995–2017. www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52_Grafik_Monat_07_2018.pdf (Abruf am: 01.07.2019)
- IAQ (2018b): Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung 1991–2017. www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI27.pdf (Abruf am: 01.07.2019)
- Jung, Karl (1994): Soziale Pflegeversicherung: Durchgesetzt gegen alle Widerstände, in: Bundesarbeitsblatt, 45. Jg., Heft 8/9: 5–16.
- KAP [Konzertierte Aktion Pflege] (2019): Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf.
- KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.
- Kingreen, Thorsten/Kühling, Jürgen (2013): Einwohnerversicherung: Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Klie, Thomas (2018): DAK Pflegereport 2018. Pflege vor Ort. Gelungenes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Heidelberg: Medhochzwei.

- Kroh, Martin/Siegers, Rainer/Kühne, Simon (2015): Gewichtung und Integration von Auffrischungss Stichproben am Beispiel des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). In: Schupp, Jürgen/Wolf, Christof (Hrsg.): Nonresponse Bias: Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Umfragen. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 409–444.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück, Hochschule Osnabrück.
- Mager, Hans-Christian (1995): Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung? In: Fachinger, Uwe/Rothgang, Heinz (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin, Duncker & Humblot: 115–135.
- Meier, Volker (1998): Theorie der Pflegeversicherung. Heidelberg, Physica-Verlag.
- Neusius, Thomas (2019): Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. Wirtschaftsdienst 99(6): 421.
- Pabst, Stefan/Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung. In: Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt, Campus: 340–377.
- PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG], Bundestags-Drucksache 12/5262.
- Prinz, Aloys (1987): Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem. Spardorf, Verlag René Wilfer.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz (1999): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Heft 4: 307–336.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4, 292–305.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd 7. Frankfurt, Campus.
- Rothgang, Heinz (2009): Theorie und Empirie der Pflegesicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Münster: Lit Verlag.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Gesundheitswesen 72(3): 154–160.

- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt 60(4/5): 81–87.
- Rothgang, Heinz/Arnold, Robert/Unger, Rainer (2010): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=7c91938b9d.pdf&filename=ZeS-GA_2010_Varianten_einer_Buergerversicherung_in_der_GKV.pdf.
- Rothgang, Heinz/Arnold, Robert/Wendlandt, Katharina/Sauer Sebastian/Wolter, Annika (2011) Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA_2011_Gutachten_zur_Pflegebuergerversicherung.pdf.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik, 2017: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, im Auftrag von: Bundestagsfraktion DIE LINKE, Bremen. www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung_Mai_2017.pdf.
- Rothgang, Heinz/Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Jacobs Klaus, Schulze Sabine (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin, KomPart: 127–175.
- Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2018): BARMER Pflegereport 2018. Berlin, BARMER. www.barmer.de/blob/170372/9186b971bab3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Runter, Rebecca/Unger, Rainer (2017a): BARMER GEK Pflegereport 2017. Siegburg: Asgard-Verlag.

- Rothgang, Heinz/Schmid, Achim/Maaß, Laura/Preuß, Benedikt/Wagner, Christian (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Los 4: Statistische Analysen. Abschlussbericht. Bonn/Berlin, BMG, im Erscheinen.
- Rothgang, Heinz/Wolf-Ostermann, Karin/ Schmid, Achim/Domhoff, Dominik/Müller, Rolf (2017b): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf.
- Schneekloth, Ulrich/Geiss, Sabine/Pupeter, Monika/Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Müller, Rolf (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. München, TNS Infratest Sozialforschung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf.
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2019): Daten für die Jahre 1984–2017, Version 34. SOEP.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. www.forschungsdatenzentrum.de/de/haushalte/evs (Abruf am 03.06.2019)
- Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2017): OECD-Sbkala. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Glossar/OECDskala.html (Abruf am 01.07.2019)
- Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2019): Vorausberechneter Bevölkerungsstand. Tabelle 12421-0002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=AD4395BA0B94B7F4005DE29F201BE481.GO_2_1?operation=abrufen&selectionname=12421-0002&levelindex=1&levelid=1563125857934&index=2.

- Tisch, Thorsten/Braeseke, Grit/Ochmann, Richard/Nolting, Hans-Dieter (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, IGES. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf.
- Unger, Rainer/Giersiepen, Klaus/Windzio, Michael (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Vol. 67, Supp. 1: 193–215.
- Unger, Rainer/Rothgang, Heinz (2013): Auswirkungen einer informellen Pflegetätigkeit auf das Alterssicherungs-niveau von Frauen, in: FNA-Journal. Forschungsnetzwerk Alterssicherung (4): 1–42,
- vdek [Verband der Ersatzkassen] (2019): Landesbasisfallwerte 2019. Stand: 1.3.2019. www.vdek.com/content/vdeksite/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/jcr_content/pa_r/download_1353572367/file.res/11_LBFW%202019_ex_DMH.pdf.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2018): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017. Köln/Berlin.
- WD [Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2017): Bürgerversicherung. Hinweise auf Fallbeispiele im europäischen Ausland sowie Materialien zu Modellen und Finanzierungsrechnungen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. Dokumentation. WD 9 – 3000 – 061/17 www.bundestag.de/resource/blob/543048/c6933cfcda78598e94666de4b7c39cda/WD-9-061-17-pdf-data.pdf.
- WD [Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2018a): Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung. Berlin, Deutscher Bundestag. Ausarbeitung. WD 3 – 3000 – 486/10. www.bundestag.de/resource/blob/423772/24fbcf9aa538acbc2da3cdd13a6e58df/WD-3-486-10-pdf-data.pdf.
- WD [Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2018b): Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“. Ausarbeitung. WD 9 – 3000 – 058/17 www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/WD-9-058-17-pdf-data.pdf.

- WD [Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages]:(2019): Pflegevollversicherung. Zur Diskussion in Deutschland und zur Situation in einigen ausgewählten Ländern. Sachstand. WD 9 – 3000 – 035/19 www.bundestag.de/resource/blob/650462/e8c573e5e5741752d1ea972a80ac025a/WD-9-035-19-pdf-data.pdf.
- Weiß, Christian (2016): Vergütung der stationären Langzeitpflege. Münster, Lit-Verlag.

Anhang

Tabelle 17: Berechnete kostendeckende Beitragssätze bei Umstellung im Jahr 2017. Alle Modellvariationen

Pflegeversicherung	Personenkreis	Einnahmearten	BBG	b
Status quo	SPV-Versicherte	Status quo	Status quo	2,72 %
Status quo	SPV-Versicherte	Status quo	RV West	2,60 %
Status quo	SPV-Versicherte	Status quo	ohne	2,54 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	Status quo	2,71 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	RV West	2,60 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	ohne	2,54 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	Status quo	2,67 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	RV West	2,56 %
Status quo	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	ohne	2,49 %
Status quo	Alle Personen	Status quo	Status quo	2,43 %
Status quo	Alle Personen	Status quo	RV West	2,28 %
Status quo	Alle Personen	Status quo	ohne	2,15 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	Status quo	2,42 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	RV West	2,28 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	ohne	2,17 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte	Status quo	2,38 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte	RV West	2,24 %
Status quo	Alle Personen	Alle Einkünfte	ohne	2,11 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Status quo	Status quo	3,33 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Status quo	RV West	3,19 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Status quo	ohne	3,10 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	Status quo	3,32 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	RV West	3,18 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte ohne Miete	ohne	3,11 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	Status quo	3,27 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	RV West	3,13 %
Vollversicherung	SPV-Versicherte	Alle Einkünfte	ohne	3,05 %
Vollversicherung	Alle Personen	Status quo	Status quo	2,97 %
Vollversicherung	Alle Personen	Status quo	RV West	2,79 %
Vollversicherung	Alle Personen	Status quo	ohne	2,63 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	Status quo	2,96 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	RV West	2,79 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte ohne Miete	ohne	2,66 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte	Status quo	2,92 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte	RV West	2,74 %
Vollversicherung	Alle Personen	Alle Einkünfte	ohne	2,59 %

b: kostendeckender Beitragssatz

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 18: Höhe des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens in Quantilen der SPV-Versicherten

Quantil	Nettoäquivalenzeink.	Quantil	Nettoäquivalenzeink.
1	1.440 – <9.600	11	19.500 – <20.400
2	9.600 – <11.250	12	20.400 – <21.600
3	11.250 – <12.667	13	21.600 – <22.904
4	12.667 – <13.800	14	22.920 – <24.000
5	13.800 – <14.676	15	24.000 – <25.714
6	14.677 – <15.840	16	25.714 – <28.000
7	15.840 – <16.685	17	28.000 – <30.000
8	16.692 – <17.600	18	30.000 – <33.333
9	17.600 – <18.400	19	33.333 – <40.000
10	18.400 – <19.500	20	40.000 – <7.999.992

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 19: Höhe des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens in Quantilen der PPV-Versicherten

Quantil	Nettoäquivalenzeinkommen
1	1.640 – <18.000
2	18.000 – <22.500
3	22.575 – <25.333
4	25.440 – <28.320
5	28.320 – <32.000
6	32.000 – <35.600
7	35.600 – <39.692
8	39.840 – <44.000
9	44.000 – <53.333
10	53.333 – <7.999.992

Quelle: eigene Berechnungen

Autoren

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Diplom-Volkswirt: Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft in Köln. Danach Stipendiat und Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistent an der Universität Bremen. Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen zum Thema „Theorie und Empirie der Pflegesicherung“.

2004–2005: Professor für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Hochschule Fulda. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen, von 2006 bis 2015 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, seit 2016 Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege, Alterssicherung am SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

Heinz Rothgang ist Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiIdO) und im Leibnitz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS und Mitglied des Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Er war Mitglied im Beirat des Bundesgesundheitsministeriums zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und von 2008–2014 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Von 2003 bis 2014 leitete er das Teilprojekt „Wandel der Staatlichkeit von OECD-Gesundheitssystemen“ am DFG-Sonderforschungsbereich 597 „Staatlichkeit im Wandel“. Seit Januar 2018 leitet er zwei Teilprojekte am DFG-Sonderforschungsbereich 1342 „Globale Entwicklungsdynamiken von Sozialpolitik“, dessen stellvertretender Sprecher er zugleich ist. Seit 2017 leitet er das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens in der Pflege gemäß § 113c SGB XI im Auftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung der Pflegeversicherung.

Dominik Domhoff ist examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Master of Arts Public Health/Pflegewissenschaft (Universität Bremen). Seit 2016 ist er Mitarbeiter in der Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seine Arbeitsschwerpunkte befinden sich im Bereich der Versorgungsforschung in Gesundheits- und pflegerischer Versorgung, Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik und quantitativen Forschungsmethoden. Er ist an der Lehre im Masterstudiengang Gesundheitsversorgung, -ökonomie, -management beteiligt.

Die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist in zweifacher Hinsicht defizitär: Sie geht mit hohen und in Zukunft weiter steigenden Eigenanteilen für Pflegebedürftige einher, und sie verletzt die Prinzipien einer solidarischen Sozialen Sicherung durch ihre Ausgestaltung als duales Versicherungssystem. Eine Pflegebürgervollversicherung, in der die Pflegekosten vollständig von der Versicherung übernommen werden, kann diese Defizite beheben. Die Berechnungen der Studie zeigen die Beitragssatz- und Verteilungseffekte dieser und zwei weiterer Reformvarianten der Sozialen Pflegeversicherung.
