



Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien

Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987-1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de
März 2023
ISBN 978-3-9824068-2-4

Inhalt

Abbildungen	2
Tabellen	2
1 Einleitung	3
2 Gegenwärtige Situation in der SPV	4
2.1 Pflegebedürftige	4
2.2 Finanzen	5
3 Projektion der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen.....	8
3.1 Daten und Annahmen	8
3.2 Projektionsmodell.....	10
3.3 Ergebnisse.....	10
4 Projektion des Beitragssatzes in der SPV.....	12
4.1 Daten und Annahmen	12
4.2 Projektionsmodell.....	14
4.3 Ergebnisse.....	15
5 Auswirkungen einer Umsetzung des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes.....	18
6 Fazit und Ausblick.....	19
Quellen	21
Anhang.....	24
WIP-Veröffentlichungen seit 2016	25

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV	4
Abbildung 2: Entwicklung der Struktur der Pflegebedürftigen	5
Abbildung 3: Bisherige SPV-Beitragssatzentwicklung	6
Abbildung 4: Saldo und Mittelbestand der SPV (in Mrd. Euro)	7
Abbildung 5: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV bis 2070	10
Abbildung 6: Beitragssatzprojektion in der SPV - Basisszenario	14
Abbildung 7: Beitragssatzprojektion in der SPV - Kostendruckszszenarien	15
Abbildung 8: Jährliches Defizit in der SPV bei konstantem Beitragssatz	16
Abbildung 9: Beitragssatzprojektion in der SPV - Hypothetische Szenarien	19

Tabellen

Tabelle 1: Entwicklung der SPV-Finzen (in Mrd. Euro)	6
Tabelle 2: Varianten der Bevölkerungsprojektion	8
Tabelle 3: Zahlen der SPV im Basisjahr und Annahmen für die betrachteten Szenarien	13

1 Einleitung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) ist ein wichtiger Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems, das Pflegebedürftige und ihre Angehörigen absichert. Im Zuge der gesellschaftlichen Alterung und dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, hat die SPV in jüngerer Vergangenheit zunehmend Aufmerksamkeit verursacht. In den vergangenen Jahren wurden wiederholt Leistungsausweitungen beschlossen und mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) das System grundlegend reformiert. Insbesondere durch die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen neuen Begutachtungspraxis ist es zu einer wesentlich höheren Zahl von Pflegebedürftigen sowie verstärkten Leistungsanspruchnahme gekommen. Zuletzt wurde im Sommer 2021 das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verabschiedet. Dieses bringt seit 2022 neben Leistungsausweitungen eine Reduktion der pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Versorgung durch Leistungszuschläge mit sich. Die Reform ist der Versuch, die steigenden Eigenanteile in den Griff zu bekommen. Dadurch, dass gleichzeitig eine Tarifbindung für die bessere Bezahlung von Pflegekräften beschlossen wurde, dürfte der Entlastungseffekt allerdings eingeschränkt sein. Finanziert werden diese Maßnahmen u. a. durch einen pauschalen Steuerzuschuss von jährlich 1 Mrd. Euro und einen weiteren Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,1 Prozentpunkten.

In der Vergangenheit fanden wiederholte Leistungsausweitungen sowie Beitragssatzanhebungen unter wirtschaftlich günstigen Rahmenbedingungen und noch vor wirklich einschneidenden demografischen Veränderungen statt. Die Babyboomer-Jahrgänge sind zum Großteil noch erwerbstätig, rücken aber in den kommenden Jahren nach und nach ins Rentenalter vor, was zu einem Sinken der durchschnittlichen Beitragseinnahmen führt. Ab Mitte der 2030er-Jahre rücken die Babyboomer-Jahrgänge dann in die pflege-relevanten Altersgruppen auf, begleitet von einem Anstieg der durchschnittlichen SPV-Leistungsausgaben. Nimmt gleichzeitig die Zahl der potenziellen Beitragszahler ab, wird es ceteris paribus zu steigenden Beitragssätzen kommen.

In der Konsequenz zeichnet sich ein zunehmender Finanzierungsdruck in der SPV ab, der einen (umfassenden) politischen Reformeingriff unumgänglich macht. Dabei ist das Problem hausgemacht. Bereits bei Einführung der SPV 1995 wusste der Gesetzgeber um die demografischen Herausforderungen und dennoch wurde sie im Umlageverfahren konzipiert. Zudem wurde das Problem mit jeder Leistungsausweitung innerhalb des bestehenden Systems vergrößert. Auch deshalb empfahl der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) zuletzt den Leistungskatalog der SPV nicht weiter auszuweiten und stattdessen den Pflegevorsorgefonds aufzustocken sowie eine (obligatorische) private kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung einzuführen (BMWK 2022).

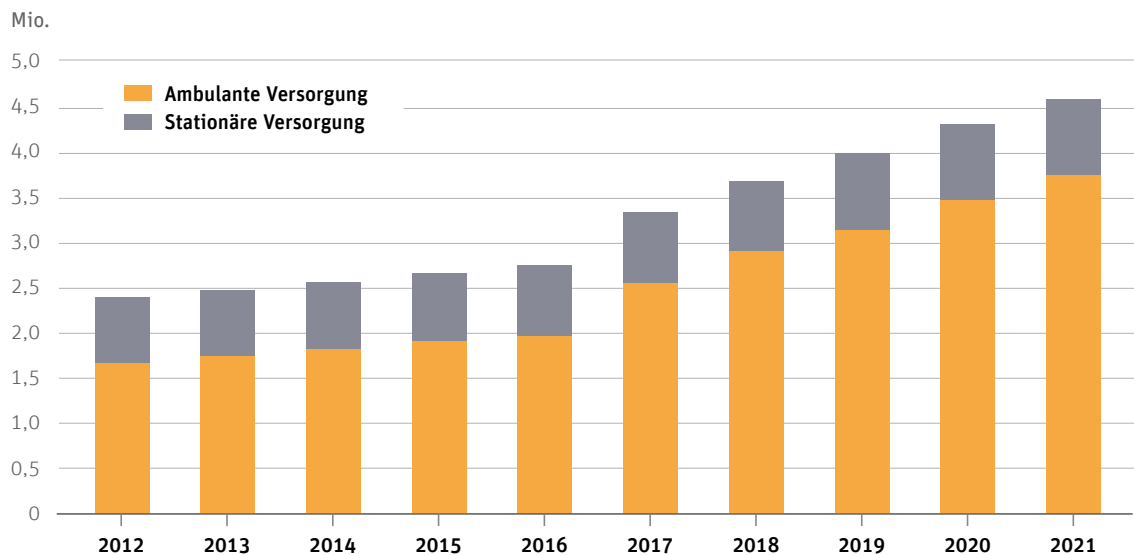
Um die eigentlich offenkundige Problematik noch einmal zu verdeutlichen, wirft die vorliegende Analyse zunächst einen Blick auf die gegenwärtige Situation in der SPV. Dazu werden die Zahl und Struktur der Pflegebedürftigen und die Finanzen näher beleuchtet. Zur Vervollständigung des Bildes wagt die Analyse darüber hinaus einen Ausblick und projiziert die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen sowie den zukünftigen Beitragssatz. Die Projektionen haben dabei nicht den Anspruch die Zukunft korrekt vorherzusagen. Vielmehr ermöglichen sie „Wenn-Dann-Aussagen“ und zeigen, welche Entwicklungen sich unter bestimmten Annahmen ergeben würden.

2 Gegenwärtige Situation in der SPV

2.1 Pflegebedürftige

Durch Einführung der SPV im Jahr 1995 wurden gut 1,1 Mio. Menschen in der ambulanten Versorgung als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft. Mit der Hinzunahme Pflegebedürftiger in der stationären Versorgung im Jahr darauf erhöhte sich die Zahl auf rund 1,6 Mio. Pflegebedürftige. In den folgenden 20 Jahren stieg die Zahl bis 2016 auf fast 2,8 Mio. an. Seit 2017 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV noch einmal deutlich gestiegen und erreichte einen Stand von 4,6 Mio. im Jahr 2021 (BMG 2022g). Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2012 und 2021. Ursächlich für diese Entwicklung sind neben der gesellschaftlichen Alterung insbesondere Veränderungen in der Anspruchsberechtigung.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von BMG (2022g).

Begleitet von der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 kam es zu einem direkten Zuwachs der Pflegebedürftigen um 21,5 %.¹ Und auch in der Folge hat sich ein höheres Wachstum eingestellt als vor der Neudefinition. So stieg die Zahl von 2012 bis 2016 um durchschnittlich 3,5 % jährlich, hingegen zwischen 2017 und 2021 um 8,4 %. War in den ersten zehn Jahren der SPV noch ein Trend zu vermehrter Inanspruchnahme stationärer Pflege – der sogenannte Heimsog-Effekt – zu erkennen, zeigt sich seit 2007 ein kontinuierlicher Wiederanstieg des Anteils der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung.² Zwischen 2012 und 2021 stieg dieser von 69,9 % auf 81,7 % an.

Seit Einführung der SPV hat nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen zugenommen, auch deren Struktur hat sich hinsichtlich der Aufteilung auf die fünf Pflegegrade (bis einschließlich 2016 drei Pflegestufen) verändert. Zwischen 1996 und 2016 nahm der Anteil der Pflegestufe I von 40,1 % auf 58,7 % zu. Entsprechend sanken die Anteile der Pflegestufe II von 43,3 % auf 30,4 % und der Pflegestufe III von 16,6 % auf 10,9 %.³ Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Struktur der Pflegebedürftigen von 2012 bis

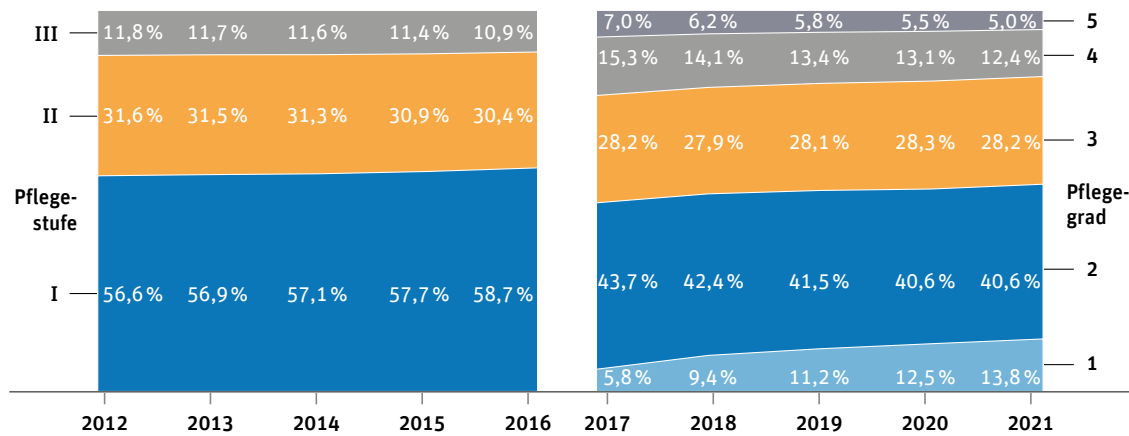
1 Im Zuge des PSG II wurde ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt, zusammen mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und fünf Pflegegraden.

2 Der Heimsog-Effekt oder auch Hospitalisierungstrend beschreibt die Zunahme der relativen Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen (Häcker und Raffelhüschen 2007).

3 Siehe dazu auch Bahnsen et al. (2020).

2021. Zwischen 2012 und 2016 war die Verteilung weitgehend stabil. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der damit verbundenen Umstellung ab 2017 von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade veränderte sich die Aufteilung deutlich. Die hohen Pflegegrade 4 und 5 machen im Jahr 2021 einen Anteil von 12,4 % bzw. 5,0 % aus. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen befindet sich in den mittleren Pflegegraden 2 (40,6 %) und 3 (28,2 %). Nach der Umstellung stieg besonders der Anteil des neuen Pflegegrades 1 von anfänglich 5,8 % auf mittlerweile 13,8 % an.

Abbildung 2: Entwicklung der Struktur der Pflegebedürftigen



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung auf Grundlage von BMG (2022c).

Neben reforminduzierten Verschiebungen dürften auch Veränderungen im Antragsverhalten, im Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie allgemein der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen ursächlich für Strukturverschiebungen sein. Mit Blick auf den MDK sehen Bahnsen et al. (2020) bis 2016 eine Tendenz hin zu einer konservativeren Einstufungspraxis.⁴ Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) betont im sechsten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung die Verteilung der Pflegebedürftigen als einen zentralen Bestimmungsfaktor für die Höhe und die Entwicklung der Ausgaben in der SPV (BMG 2016).

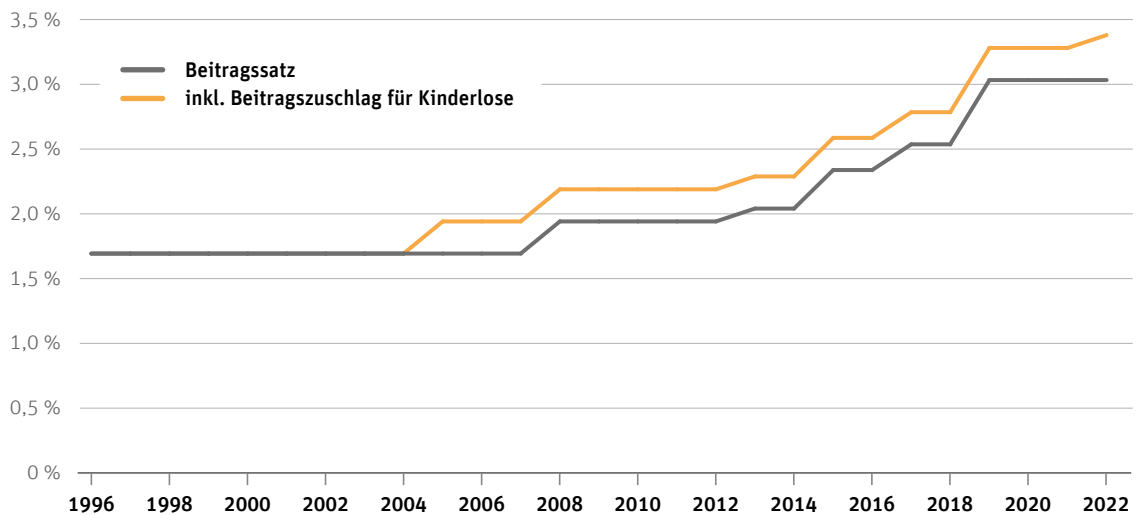
2.2 Finanzen

Analog zur Zunahme an Pflegebedürftigen sind seit ihrer Existenz auch die Ausgaben der SPV kontinuierlich gestiegen. Angesichts der gesetzlich festgelegten Leistungsbeträge wird die Ausgabenentwicklung im Wesentlichen von der Zahl der Leistungsempfänger, der in Anspruch genommenen Versorgungs- und Leistungsformen sowie der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade getrieben. Während die ersten zehn Jahre nur ein moderates Ausgabenwachstum zeigten, ist es seit 2007 reformbedingt zu stärkeren Ausgabenzuwächsen gekommen (2008: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, 2012: Pflegeneuausrichtungsgesetz, 2015: Pflegestärkungsgesetz I, 2016: Pflegestärkungsgesetz II). Die Entwicklung der Einnahmen ist, abgesehen von der Zahl der beitragszahlenden Versicherten sowie deren beitragspflichtigen Einkommen (und damit von der Dynamik am Arbeitsmarkt), vom gesetzlich festgelegten Beitragssatz abhängig. Um die steigenden Ausgaben decken zu können und keine (dauerhaften) Finanzierungsdefizite entstehen zu lassen, musste der SPV-Beitragssatz regelmäßig angepasst werden. Die bisherige Bei-

⁴ Simon (2003, 2004) geht einen Schritt weiter und wirft die Frage auf, ob das Einstufungsverhalten seitens des MDK das Ergebnis finanzwirtschaftlicher Steuerung ist. Als Begründung dafür sieht er den in § 70 SGB XI formulierten Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der dazu führt, dass der MDK gezielt einen bestimmten Pflegestufen- bzw. Pflegegradmix anstrebt.

tragsatzentwicklung ist Abbildung 3 zu entnehmen. Weil die Höhe der Geld- und Sachleistungen nicht angepasst wurde, konnte der Beitragssatz mehr als zehn Jahre konstant gehalten werden. Erst mit den Leistungsanhebungen und -ausweitungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 folgte eine allgemeine Anhebung um 0,25 Prozentpunkte. Insgesamt waren die Jahre von 1996 bis 2013 nur von einem moderaten Beitragssatzanstieg um 0,35 Prozentpunkte (bzw. 0,6 Prozentpunkte für Kinderlose) begleitet. Seit 2015 stieg der Beitragssatz hingegen um einen Prozentpunkt (bzw. 1,1 Prozentpunkte für Kinderlose). Wie sich darüber hinaus Einnahmen und Ausgaben seit 2012 entwickelt haben, zeigt Tabelle 1.

Abbildung 3: Bisherige SPV-Beitragssatzentwicklung



Hinweis: Mit Einführung der stationären Leistungen 1996 wurde der Beitragssatz von 1,0 % auf 1,7 % angehoben.

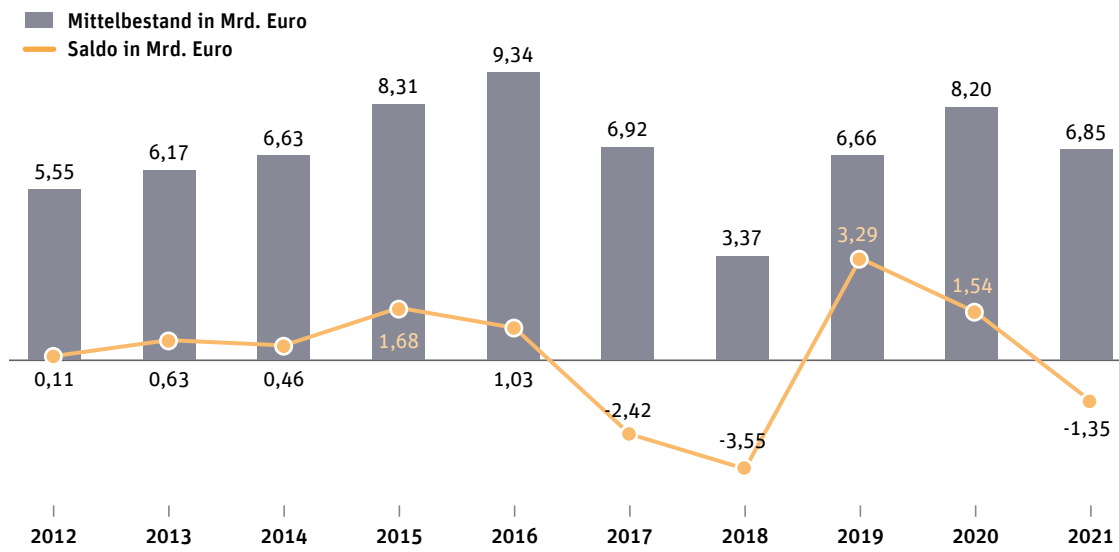
Tabelle 1: Entwicklung der SPV-Finzen (in Mrd. Euro)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Einnahmen	23,05	24,96	25,91	30,69	32,03	36,10	37,72	47,24	50,62	52,50
Ausgaben	22,94	24,33	25,45	29,01	31,00	38,52	41,27	43,65	49,08	53,85

Quelle: BMG (2022a).

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die SPV in den fünf Jahren vor 2017 keine Finanzierungsdefizite verzeichnet hatte. Abbildung 4 zeigt hierzu den jährlichen Saldo aus Einnahmen und Ausgaben sowie den Mittelbestand der SPV. Der sprunghafte Ausgabenanstieg im Jahr 2017 ist im Wesentlichen Folge der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Trotz einer Beitragssatzanpassung mussten 2017 und 2018 Defizite verzeichnet und auf den Mittelbestand zurückgegriffen werden. Obwohl im Rahmen des PSG II eine Beitragssatzstabilität bis 2022 postuliert wurde (BMG 2016), musste angesichts dieser Defizite bereits 2019 mit einer Beitragssatzanpassung nachjustiert werden. Das erneute Defizit im Jahr 2021 dürfte zum Teil auch mit der COVID-19-Pandemie in Verbindung stehen. Und auch für 2022 wurde bereits ein Defizit von rund 2,2 Mrd. Euro verkündet, ebenso wie die Notwendigkeit einer weiteren Beitragssatzanpassung (Ärzte Zeitung 2023).

Abbildung 4: Saldo und Mittelbestand der SPV



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von BMG (2022a).

3 Projektion der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen

3.1 Daten und Annahmen

Mit der Alterung der Bevölkerung geht ceteris paribus eine steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen einher. Das BMG (2022g) rechnet bis 2050 mit 6,5 Mio. Pflegebedürftigen in der SPV.⁵ Grundlage für die Projektion ist die Vorausberechnung der deutschen Bevölkerung gemäß der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2022c). Als Basis wird die Variante der moderaten Entwicklung (G2-L2-W2) hinsichtlich der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung gewählt (siehe Tabelle 2). Um eine mögliche Spannweite der Alterung aufzuzeigen, werden zudem die Varianten einer „relativ jungen“ (G3-L1-W3) und einer „relativ alten“ Bevölkerung (G1-L3-W1) einbezogen. Eine „relativ junge“ Bevölkerung entstünde bei einer steigenden Geburtenhäufigkeit, moderat zunehmender Lebenserwartung und einem hohen Wanderungssaldo. Einer „relativ alte“ Bevölkerung würde hingegen eine abnehmende Geburtenhäufigkeit, eine stark zunehmende Lebenserwartung und ein niedriger Wanderungssaldo zugrunde liegen. Die beiden Varianten markieren die Ober- und Untergrenze eines Korridors, in dem sich die Bevölkerung entwickeln wird, sollten sich die gesetzten demografischen Trends fortsetzen.

Tabelle 2: Varianten der Bevölkerungsprojektion

	Geburtenhäufigkeit (Kinder je Frau)	Lebenserwartung bei Geburt 2070	Wanderungssaldo (Personen pro Jahr)
Moderate Entwicklung (G2-L2-W2)	1,57 im Basisjahr; Rückgang 2022, danach Anstieg bis 2032 auf 1,55	84,6 Jahre (Jungen) / 88,2 Jahre (Mädchen)	Ø 290.000; 1,3 Mio. in 2022, danach Rückgang auf 250.000 in 2023, anschließend konstant
Relativ junge Bevölkerung (G3-L1-W3)	1,57 im Basisjahr; Rückgang 2022, danach Anstieg bis 2032 auf 1,7	82,6 Jahre (Jungen) / 86,1 Jahre (Mädchen)	Ø 400.000; 1,5 Mio. in 2022, danach Rückgang auf 350.000 in 2023, anschließend konstant
Relativ alte Bevölkerung (G1-L3-W1)	1,57 im Basisjahr; Rückgang bis 2032 auf 1,4	86,4 Jahre (Jungen) / 90,1 Jahre (Mädchen)	Ø 180.000; 1,1 Mio. in 2022, danach Rückgang auf 150.000 in 2023, anschließend konstant

Quelle: Destatis (2022b).

Zur Projektion der Pflegebedürftigenzahl werden zunächst die nach Altersgruppen und Geschlecht differenzierten Leistungsempfängerzahlen der SPV für das Jahr 2021 benötigt (BMG 2022d). Um darauf aufbauend die altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen – also den Anteil der jeweiligen Bevölkerung, dem im jeweiligen Jahr ein Pflegegrad nach den Kriterien des SGB XI zugewiesen war – für 2021 zu bestimmen, werden diese Zahlen ins Verhältnis zur entsprechenden altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungszahl gesetzt (Destatis 2022a). Für die Zukunft ist zusätzlich eine Annahme darüber zu treffen, ob sich diese Prävalenzen verändern werden. In der Literatur finden sich grundsätzlich verschiedene Thesen bezüglich des Zusammenhangs einer längeren Lebenserwartung, hervorgerufen durch medizinisch-technischen Fortschritt und den Gesundheitszustand in der Bevölkerung. Einerseits könnte eine längere Lebenserwartung bedeuten, dass mehr Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht werden – zurückgehend auf Gruenberg (1977) wird diese These als „Medikalisierungsthese“

⁵ Angenommen werden dauerhaft konstante Pflegeprävalenzen. 5,1 Mio. Pflegebedürftige werden für 2030 und 5,7 Mio. für 2040 erwartet.

bezeichnet. Andererseits könnte eine längere Lebenserwartung aber auch dazu führen, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit erst in höheren Lebensaltern auftreten als in der Vergangenheit (hierzu die sogenannte Kompressionsthese nach Fries et al. (1980) sowie die sogenannte Time-to-death-Hypothese nach Fuchs (1984)). Schließlich könnte beides auch gleichzeitig für verschiedene Bevölkerungsgruppen auftreten, wie es beispielsweise Kane et al. (1990) annehmen (Bi-Modalitätsthese). Empirisch ist dies bezüglich der Pflegebedürftigkeit noch nicht abschließend geklärt.

Mit Blick auf die jüngere Vergangenheit zeichnet sich zumindest gegenwärtig kein Trend ab, welcher eine der Kompressionsthese entsprechende Verschiebung der Prävalenzen in höhere Lebensjahre annehmen lässt. Die vergangene Entwicklung der Pflegeprävalenzen zeigt stattdessen einen jährlichen Anstieg seit 2018 (Bahnsen 2022). Es lässt sich identifizieren, dass der demografische Effekt dabei wesentlich geringer ausgefallen ist, als andere, reforminduzierte Effekte. Diese Entwicklung dürfte weniger auf veränderte Morbiditätsraten und damit gesundheitsbedingte Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeiten zurückzuführen sein, sondern vielmehr nach wie vor eine Wirkung der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs darstellen, die mit Einführung der Pflegegrade im Jahr 2017 im Zuge des PSG II erfolgte (Rothgang und Müller 2021). Wann dieser Prozess abgeschlossen und wieder annähernd stabile Prävalenzen angenommen werden können, lässt sich aktuell nur schwer einschätzen. Noch weniger Anhaltspunkte gibt es zumindest dafür, dass Pflegeprävalenzen in Zukunft rückläufig sein werden.

Zur Illustration dieser Überlegungen werden zwei Szenarien betrachtet. Im ersten Szenario wird angenommen, dass die Prävalenzen des Jahres 2021 im Zeitverlauf konstant bleiben. Hintergrund dieser Annahme ist die Beobachtung weitgehend stabiler altersspezifischer Prävalenzen für den Zeitraum vor Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Rothgang und Müller 2021). Eine sofortige Konstanz dürfte allerdings eine sehr starke Annahme darstellen. Aus diesem Grund wird im zweiten Szenario davon ausgegangen, dass die Pflegeprävalenzen in der kurzen Frist weiterhin ansteigen, bis sie schließlich ein stabiles Niveau erreichen.⁶ Angesichts der fehlenden Anhaltspunkte für die genaue Gewichtung der Einflussfaktoren – veränderte Pflegedauern, verändertes Antragsverhalten etc. – wird hierfür eine lineare Fortschreibung der Veränderungsrate der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen von 2017 bis 2021 vorgenommen. Deren Berechnung erfolgt analog zur bereits zuvor beschriebenen Vorgehensweise mittels Daten des BMG (2018-2022d). Für die höheren Altersgruppen lässt sich so ein weiterer Anstieg bis zum Jahr 2024 bestimmen. Für die jüngeren Altersgruppen ergibt eine solche Fortschreibung allerdings kein valides Ergebnis, da sich für diese kein linearer Trend abzeichnet. Zusätzliche Einflussfaktoren könnten hier auch aus der Schnittstelle zwischen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe entstehen. Allerdings liegen die Prävalenzen bis zum Alter unter 60 Jahren unter zwei Prozent. Aus diesem Grund wird für diese Altersgruppen ebenfalls ein Anstieg bis 2024 und anschließend konstante Prävalenzen unterstellt.

Eine solche Status-quo-Fortschreibung der Prävalenzen kann nur Kohorteneffekte im Zuge der Bevölkerungsalterung widerspiegeln. Vernachlässigt wird bei dieser Art der Projektion, dass sich gegebenenfalls Krankheitsbilder, die zu Pflegebedürftigkeit führen, verändern oder auch zunehmend auftreten können (siehe Diskussion um Thesen zuvor). Dies würde eine tiefere Analyse der vergangenen Entwicklung verschiedener Krankheitsbilder erfordern, die mit dem Eintritt oder einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit einhergehen. Hier wird vielmehr aufgezeigt, welche Auswirkungen alleine die Bevölkerungsalterung in Zukunft haben kann.⁷

6 Siehe hierzu Bahnsen (2022) sowie Rothgang und Müller (2021).

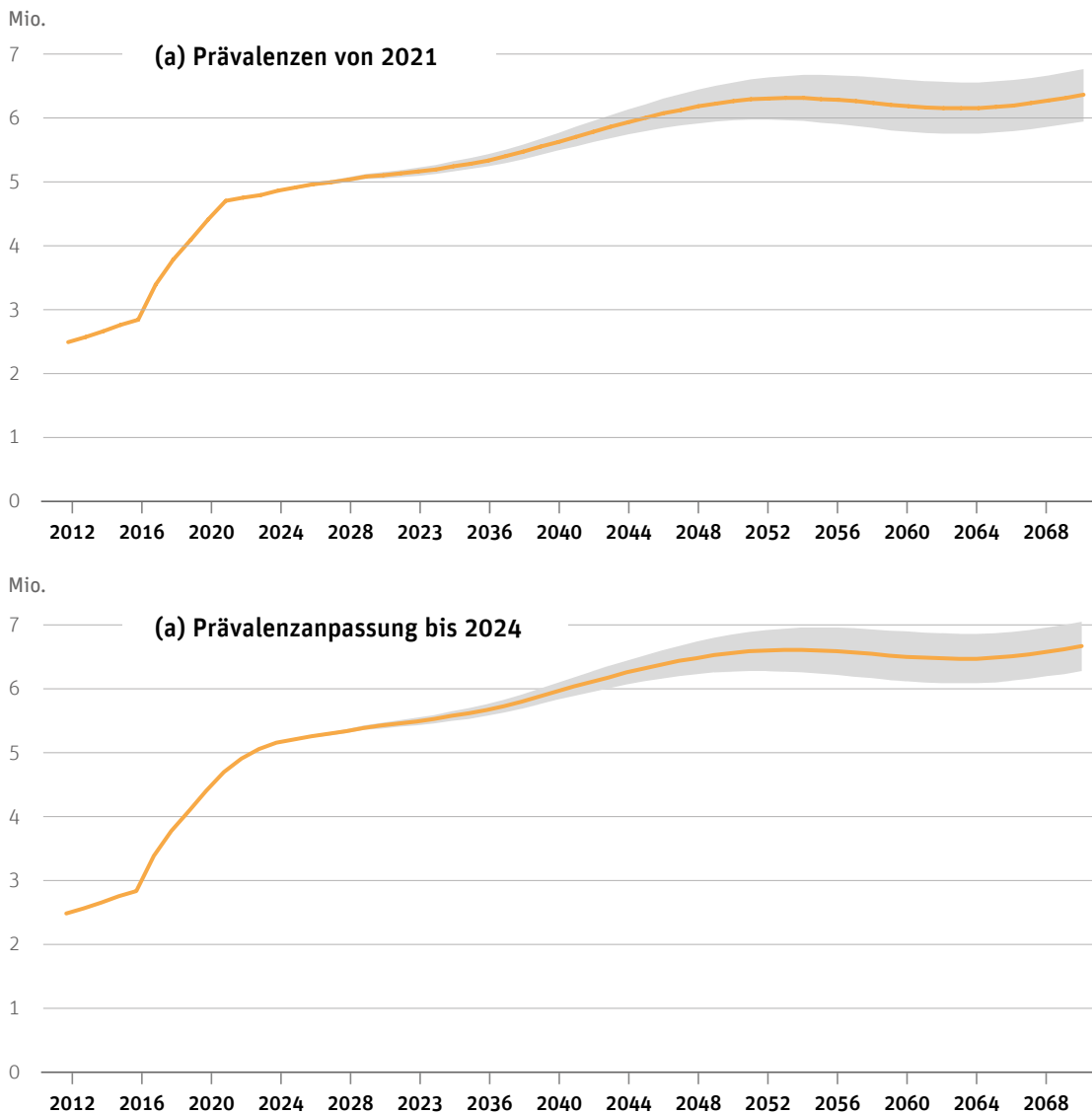
7 Zur künftigen Krankheitslast im Zusammenhang mit der Alterung der deutschen Bevölkerung siehe Milan et al. (2021). Besonders die Prävalenz von Demenzerkrankungen könnte zukünftig eine erheblich größere Rolle spielen (Milan und Fetzer 2019).

3.2 Projektionsmodell

Die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen erfolgt durch Kombination der altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen mit der Bevölkerungsvorausberechnung. Den Ausgangspunkt bilden die Pflegebedürftigen im Basisjahr 2021. Informationen zu diesen liegen getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht für die SPV vor. Aufsummiert ergibt sich daraus die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Für alle folgenden Jahre werden die Pflegebedürftigen durch Multiplikation der altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen (des Basisjahres 2021 bzw. nach Prävalenzanpassung des Jahres 2024) mit der entsprechenden vorausberechneten Kohortenstärke und anschließender Aufsummierung berechnet. Diese Art der Status-quo-Projektion impliziert, dass neben den Pflegeprävalenzen lediglich die demografischen Rahmenbedingungen Einfluss auf die Zahl der Pflegebedürftigen haben. Sich verändernde Pflegeinzidenzen infolge veränderter Morbiditäten bleiben unberücksichtigt (siehe dazu die Diskussion um unterschiedliche Thesen zuvor).

3.3 Ergebnisse

Abbildung 5 zeigt die projizierte Zahl der Pflegebedürftigen für die beiden beschriebenen Szenarien unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bevölkerungsvarianten. Mit Konstanz der Pflegeprävalenzen des Basisjahres 2021 (a) werden bei moderater Entwicklung der Bevölkerung 5,91 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2045 zu erwarten sein. Die Variation der Entwicklung entsprechend der relativ jungen und relativ alten Bevölkerung offenbart ein Intervall für 2045 von 5,70 Mio. bis 6,12 Mio. Pflegebedürftige. Zum Ende der Projektion 2070 könnten 6,27 Mio. Pflegebedürftige möglich sein (moderate Entwicklung). Das potenzielle Intervall bewegt sich zwischen 5,85 Mio. (relativ junge Bevölkerung) und 6,67 Mio. Pflegebedürftigen (relativ alte Bevölkerung).

Abbildung 5: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV bis 2070

Hinweis: Die orangenen Linien unterliegen der moderaten Bevölkerungsentwicklung. Der grau schattierte Bereich stellt die Spannweite zwischen relativ junger und relativ alter Bevölkerungsentwicklung dar.

Wird eine Prävalenzanpassung bis 2024 (b) unterstellt – die sich auch aus den prävalenzsteigernden Einführungseffekten des PSG II ergibt (Rothgang und Müller 2021) – ergibt sich ein höher liegender Entwicklungspfad.⁸ Im Jahr 2045 ergeben sich so bei moderater Bevölkerungsentwicklung 6,23 Mio. Pflegebedürftige. Das Intervall zwischen relativ junger und relativ alter Bevölkerung bewegt sich bei 6,03 Mio. bis 6,43 Mio. Pflegebedürftigen. Bis 2070 wird unter moderater Bevölkerungsentwicklung in der Folge eine Zahl von 6,58 Mio. Pflegebedürftigen erreicht. Diese bewegt sich im Intervall zwischen 6,19 Mio. (relativ junge Bevölkerung) und 6,96 Mio. Pflegebedürftigen (relativ alte Bevölkerung).

Im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Basisjahr 2021 sind dies Zunahmen bis 2045 (2070) von (a) 23,7 % bis 32,9 % (27,0 % bis 44,7 %) bzw. (b) 30,8 % bis 39,7 % (34,3 % bis 51,0 %).

⁸ In welchem Ausmaß die COVID-19-Pandemie die Prävalenzen beeinflusst hat, lässt sich nicht explizit sagen. Siehe auch hierzu Rothgang und Müller (2021).

4 Projektion des Beitragssatzes in der SPV

4.1 Daten und Annahmen

Für die Projektion des SPV-Beitragssatzes werden Daten zur Versicherten- und Mitgliederzahl, zur Einnahmen- und Ausgabensituation der SPV sowie zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung benötigt. Als Basisjahr – der Startpunkt der Berechnungen – wird ebenfalls das Jahr 2021 gewählt. Dieses ist das letzte Jahr, für das alle notwendigen Informationen verfügbar sind.

Alters- und geschlechtsspezifische Beitragszahlungen. Für den Versichertenkreis der SPV sind keine nach Einzelalter und Geschlecht differenzierten Daten verfügbar. Da diese jedoch für den etwas größeren Versichertenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorliegen und die beiden Kollektive weitgehend identisch sind, werden die Daten der GKV auch für die SPV genutzt. Entsprechend wird der SPV-Versichertenkreis anhand der GKV-Altersausgabenprofile des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) nach Einzelalter und Geschlecht bestimmt (BAS 2023). Allerdings sind nicht alle SPV-Versicherten auch beitragszahlende Mitglieder. Ein Teil ist beitragsfrei mitversichert (Ehepartner, Kinder), weshalb die Versicherten um den Anteil der Mitversicherten zu bereinigen sind. Hierfür werden anhand der KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) altersgruppenspezifische Mitgliederquoten berechnet (BMG 2021b).

Informationen zum beitragspflichtigen Einkommen nach Alter und Geschlecht liegen für die SPV nicht vor. Deshalb werden diese aus Versichertendaten der Deutschen Rentenversicherung gewonnen (DRV 2023). Zur Ermittlung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Rentner werden zusätzlich Informationen aus dem Rentenversicherungsbericht herangezogen (BMAS 2022). Bei der Übertragung der Rentenversicherungsdaten auf die SPV muss zum einen der abweichende Versichertenkreis und zum anderen die abweichende Verbeitragung der Einkommen berücksichtigt werden. Im Gegensatz zur SPV existiert in der Gesetzlichen Rentenversicherung keine Versicherungspflichtgrenze. Diese liegt in der SPV im Basisjahr 2021 bei 64.350 Euro. Ein Teil der rentenversicherungspflichtigen Personen mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze ist in der Privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Die Zahl der Versicherten muss um diesen Teil bereinigt werden.⁹ Des Weiteren liegt die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV wesentlich niedriger – im Basisjahr 2021 bei 58.050 Euro. Für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen werden nur Einkommen bis zu dieser Grenze herangezogen. Durch Multiplikation der durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen beitragspflichtigen Pro-Kopf-Einkommen mit der zuvor berechneten jeweiligen Zahl an Beitragszahlern lässt sich die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen.

Alters- und geschlechtsspezifische Pflegeleistungen. Ausgangspunkt für die Berechnung der Ausgaben in der SPV sind die Ausgaben je Pflegebedürftigen im Basisjahr 2021. Da Informationen nach Einzelalter nicht vorliegen, werden altersgruppen- und geschlechtsspezifische Pflegequoten mittels Daten des BMG (2022a,d,e) berechnet. Multipliziert mit den Ausgaben je Pflegebedürftigen ergeben sich daraus die durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifische Pflegeleistungen in der SPV, welche anschließend zu den Gesamtausgaben aufsummiert werden.

Zukünftige Bevölkerungsentwicklung. Wie bereits für das Projektionsmodell der Pflegebedürftigen wird die zukünftige Bevölkerungsentwicklung gemäß der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung herangezogen. Damit lassen sich die alters- und geschlechtsspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben für alle Jahre nach dem Basisjahr berechnen. Auch in der Beitragssatzprojektion werden die drei demografischen Varianten aus Tabelle 2 zugrunde gelegt.

⁹ Dies erfolgt auf Grundlage vom Statistischen Bundesamt bereitgestellter Informationen zur Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2018.

Zukünftige Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Neben der demografischen Entwicklung sind Annahmen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der (beitragspflichtigen) Einnahmen und Ausgaben notwendig. Im Basisszenario wird unterstellt, dass sich Einnahmen- und Ausgabenseite mit dem gleichen Wachstum fortentwickeln. Von einem Kostendruck – einem stärkeren Ausgabenwachstum und damit einer Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung – wird somit zunächst abstrahiert. In Anlehnung an den Rentenversicherungsbericht (BMAS 2022) wird eine jährliche Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je SPV-Mitglied von 3,0 % angenommen.¹⁰ Auch die Entwicklung in der jüngeren Vergangenheit zeigt ein ähnliches Wachstum im Durchschnitt (BMG 2021a, 2022b). Für das Ausgabenwachstum wird die gleiche Rate angesetzt. Dieses Szenario soll die Veränderungen illustrieren, die (allein) aus den demografischen Gegebenheiten resultieren.

Um zu zeigen, welche Auswirkungen unterschiedliche starke Spreizungen zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung haben, werden zwei Kostendruckszenarien betrachtet.¹¹ Die ausgabenseitig hohe Dynamik ist wesentlich auf reformbedingte Leistungsausweitungen zurückzuführen, die sich für die Zukunft nicht seriös vorhersagen lassen. Zusätzlich verringert sich der finanzielle Spielraum aufgrund der demografischen Veränderungen zusehends. An dieser Stelle wird deshalb die Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenwachstum schrittweise variiert, um zu illustrieren, welche Pfadabhängigkeit des Beitragssatzes mit einer zunehmenden Spreizung einhergeht. Im ersten Kostendruckszenario wird eine Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenwachstum von einem Prozentpunkt angesetzt. Hintergrund dieses Vorgehens ist der durchschnittliche Bruttolohnzuwachs von 3,9 % p. a. für Fachkräfte in der Altenpflege im Zeitraum zwischen 2012 und 2021 (Carstensen et al. 2022). Da sich das Wachstum ab 2016 noch einmal deutlich beschleunigt hat, wird für das zweite Kostendruckszenario illustrativ eine Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenwachstum von zwei Prozentpunkten gewählt.

Das Wachstum der Ausgaben und damit die Dynamisierung der Pflegeleistungen ist von zentraler Bedeutung. Die gesetzliche Regelung in § 30 SGB XI sieht vor, eine Anpassung der Leistungen alle drei Jahre zu prüfen. Dabei ist sicherzustellen, dass diese nicht höher ausfällt als die allgemeine Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Es liegt allerdings nahe, dass die allgemeine Bruttolohnentwicklung eher die Untergrenze der (zukünftigen) Kostenentwicklung im Pflegesektor abzeichnet. Aufgrund des begrenzten Rationalisierungspotenzials pflegerischer Leistungen dürften die Preise für diese stärker steigen als das allgemeine Preisniveau (Baumol 1967). Im Ergebnis bedeutet dies: Um bei relativ unelastischer Nachfrage nach (professionellen) Pflegeleistungen das Angebot und die Qualität dieser Leistungen aufrechtzuerhalten, müssen die Löhne im Pflegesektor – mindestens – der allgemeinen Lohnentwicklung folgen. Eine Dynamisierung unter der tatsächlichen Kostenentwicklung hätte zur Folge, dass sich diese nicht in der Beitragssatzentwicklung, sondern in den (hier nicht ausgewiesenen) Eigenanteilen niederschlägt (wie es in der Vergangenheit zu beobachten war).

10 Aufgrund der demografischen Veränderungen dürfte die Entwicklung des aktuellen Rentenwertes in Zukunft hinter der Lohnentwicklung zurückbleiben. Dies wird beim Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt.

11 Die Retrospektive offenbart eine starke Spreizung zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der Vergangenheit. Im Zeitraum von 2001 bis 2021 wuchsen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied durchschnittlich um 1,8 % p. a., während die Ausgaben je Versicherten um 5,8 % p. a. zunahm. Wird nur die Zeit zwischen 2011 und 2021 betrachtet, zeigt sich ein durchschnittliches Wachstum von 2,6 % bei den beitragspflichtigen Einnahmen und 8,8 % bei den Ausgaben (BMG 2021a, 2022a,b,f). Eine hypothetische Fortschreibung dieser beiden retrospektiven Szenarien findet sich im Anhang.

Tabelle 3: Zahlen der SPV im Basisjahr und Annahmen für die betrachteten Szenarien

Basisjahr 2021	Betrachtete Szenarien	
Versicherte 73,31 Mio. Personen	Basisszenario	Wachstum der beitragspfl. Einnahmen: 3,0 % p. a.
Beitragszahler 57,21 Mio. Personen		Wachstum der Ausgaben: 3,0 % p. a.
Beitragspflichtige Einnahmen 1.548,62 Mrd. Euro	Kostendruck-szenario 1	Wachstum der beitragspfl. Einnahmen: 3,0 % p. a.
Ausgaben 53,85 Mrd. Euro		Wachstum der Ausgaben: + 1,0 %-Punkt
	Kostendruck-szenario 2	Wachstum der beitragspfl. Einnahmen: 3,0 % p. a.
		Wachstum der Ausgaben: + 2,0 %-Punkte

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass seit 2015 der Pflegevorsorgefonds jährlich mit 0,1 % der vorjährigen beitragspflichtigen Einnahmen bespart wird. Es wird eine jährliche Verzinsung des Fonds von 2,6 % angenommen, was der durchschnittlichen Verzinsung der Jahre 2015 bis 2020 entspricht (Deutscher Bundestag 2021). Das bis zum Beginn der Entnahmephase des Pflegevorsorgefonds ab dem Jahr 2035 angesparte Fondsvermögen kann gemäß § 136 SGB XI zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der SPV verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung dieser Mittel eine Beitragssatzanpassung erforderlich würde. Die jährliche Maximalentnahme ist dabei auf ein Zwanzigstel des Fondsvermögens zum 31. Dezember 2034 limitiert.

4.2 Projektionsmodell

Zur Projektion des SPV-Beitragssatzes wird vereinfachend angenommen, dass die Gesamteinnahmen in jedem Jahr den Gesamtausgaben entsprechen müssen und das jährliche Budget der SPV damit ausgeglichen ist. Von einem Mittelbestand wird in der Folge abstrahiert. Da der SPV seit 2022 ein pauschaler Steuerzuschuss durch den Bund zukommt, können die Gesamteinnahmen in Beitragseinnahmen und den Bundeszuschuss unterteilt werden. Die Beitragseinnahmen resultieren aus dem Produkt der aggregierten beitragspflichtigen Einkommen und dem SPV-Beitragssatz. Dabei errechnen sich die aggregierten beitragspflichtigen Einkommen im jeweiligen Jahr wiederum durch Multiplikation der geschlechts- und altersspezifischen Zahl der Beitragszahler mit den durchschnittlichen geschlechts- und altersspezifischen beitragspflichtigen Einkommen und anschließender Aufsummierung.¹² Für alle Jahre nach dem Basisjahr 2020 wächst das beitragspflichtige Einkommen mit der unterstellten Wachstumsrate an. Analog dazu ergeben sich die jährlichen Gesamtausgaben aus der Multiplikation der geschlechts- und altersspezifischen Versichertenzahl mit den durchschnittlichen geschlechts- und altersspezifischen Versicherten-Kopfschäden, über alle Jahrgänge aufsummiert. Für alle Jahre nach dem Basisjahr wachsen die Kopfschäden mit der unterstellten Wachstumsrate.

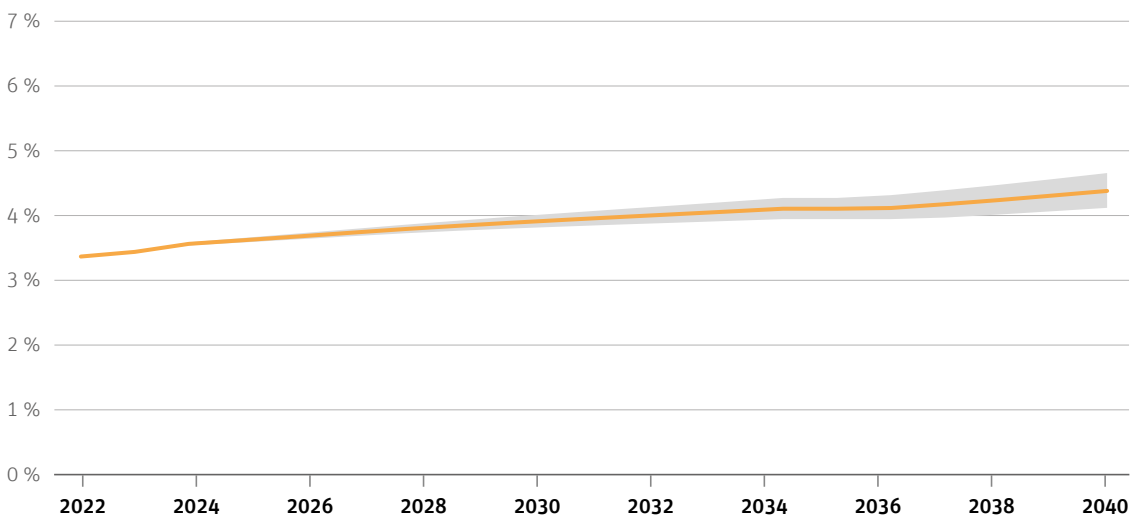
Der in jedem Jahr zum Budgetausgleich notwendige SPV-Beitragssatz berechnet sich als Division der Gesamtausgaben durch die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen. Zusätzlich berücksichtigt werden der Steuerzuschuss und sonstige Einnahmen der SPV. Etwaige Mittelbestände aus vergangenen Jahren werden hingegen nicht einkalkuliert. Bei diesem modellendogen errechneten Beitragssatz handelt es sich um einen durchschnittlichen Beitragssatz für alle Versicherten, der vom tatsächlichen Beitragssatz abweicht. Beitragsbesonderheiten, wie die Differenzierung zwischen einem Beitragssatz für Personen mit Kindern und einem für Kinderlose, werden nicht explizit berücksichtigt. Damit erhebt das Model nicht den Anspruch, den tatsächlichen Beitragssatz vorausberechnen zu können, sondern soll vielmehr mögliche Beitragspfade in Abhängigkeit gewählter Rahmenbedingungen illustrieren.

¹² Da nicht-erwerbstätige Ehepartner und Kinder in der SPV beitragsfrei mitversichert werden – weil sie über kein sozialversicherungspflichtiges Einkommen verfügen – sind sie nur für die Ausgabenseite von Relevanz.

4.3 Ergebnisse

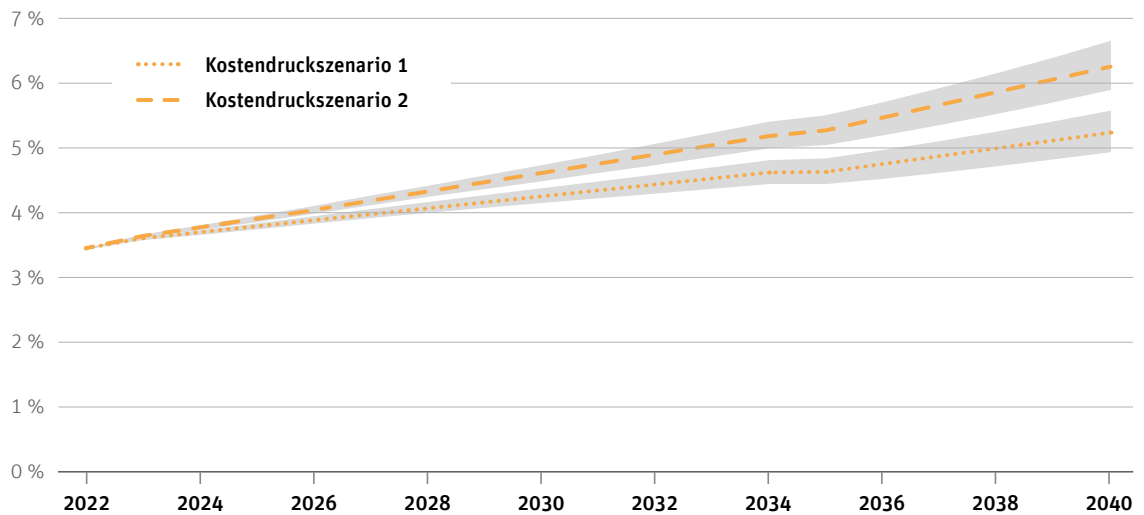
Die jährlichen Ausgaben der SPV müssen gemäß § 54 SGB XI durch jährliche (Beitrags-)Einnahmen finanziert werden. Abbildung 6 zeigt den Verlauf des Beitragssatzes, der im Basisszenario bis 2040 notwendig wäre, um die Ausgaben zu decken. Im Basisjahr liegt der durchschnittliche Beitragssatz (für Beitragszahler mit und ohne Kinder) bei 3,36 %. Dieser steigt bis 2030 bei moderater Bevölkerungsentwicklung auf 3,93 % an (relativ junge Bevölkerung: 3,83 %; relativ alte Bevölkerung: 4,04 %). Nach kurzer Stabilisierung durch den Pflegevorsorgefonds steigt der Beitragssatz weiter bis 2040 auf 4,38 % (relativ junge Bevölkerung: 4,12 %; relativ alte Bevölkerung: 4,65 %).

Abbildung 6: Beitragssatzprojektion in der SPV – Basisszenario



Hinweis: Die orangene Linie unterliegt der moderaten Bevölkerungsentwicklung. Der grau schattierte Bereich stellt die Spannweite zwischen relativ junger und relativ alter Bevölkerungsentwicklung dar.

Wie zuvor aufgezeigt, haben sich die beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben der SPV in der Vergangenheit sehr unterschiedlich entwickelt. Wesentlichen Einfluss auf die Differenz hatten mehrere reformbedingte Leistungsausweitungen. Wie sich der Beitragssatz entwickeln würde, wenn auch auf längere Sicht in Zukunft mit einer Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung zu rechnen ist, zeigt Abbildung 7. Wird ein um einen Prozentpunkt höheres Ausgabenwachstum unterstellt, ist im Jahr 2030 mit einem Beitragssatz von 4,26 % zu rechnen (relativ junge Bevölkerung: 4,15 %; relativ alte Bevölkerung: 4,37 %). Bis 2040 ist danach ein Anstieg auf 5,24 % möglich (relativ junge Bevölkerung: 4,93 %; relativ alte Bevölkerung: 5,57 %).

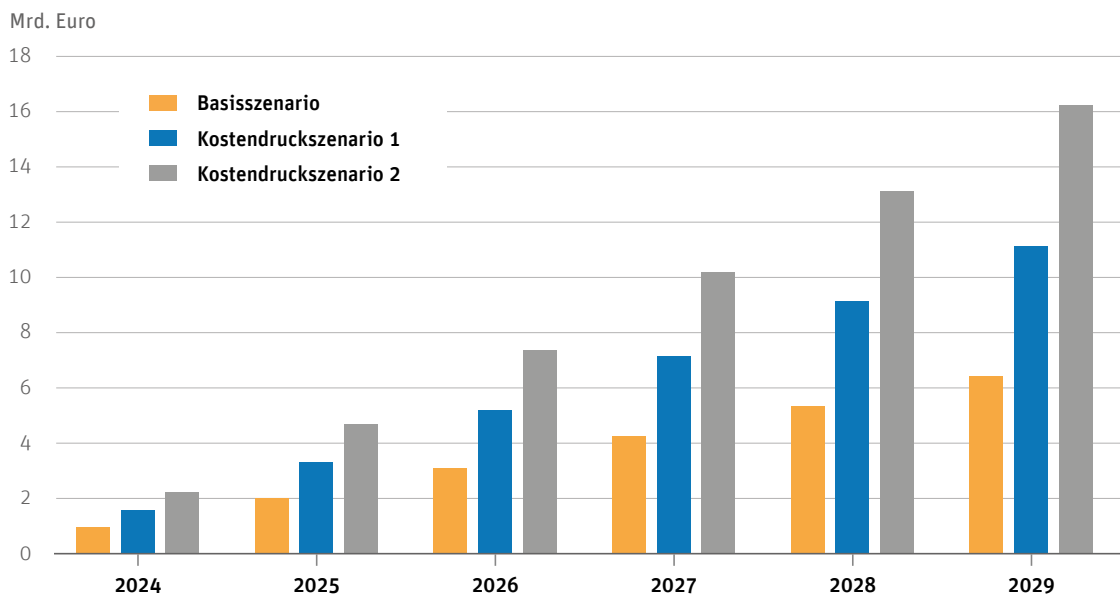
Abbildung 7: Beitragssatzprojektion in der SPV – Kostendruckszenarien

Hinweis: Die orangenen Linien unterliegen der moderaten Bevölkerungsentwicklung. Der grau schattierte Bereich stellt die Spannweite zwischen relativ junger und relativ alter Bevölkerungsentwicklung dar.

Liegt der Kostendruck auf einem höheren Niveau, d. h. wird ein um zwei Prozentpunkte höheres Ausgabenwachstum unterstellt, erhöht sich auch der Druck auf den Beitragssatz. Unter diesen Umständen würde sich ein Beitragssatz von 4,66 % im Jahr 2030 einstellen (relativ junge Bevölkerung: 4,54 %; relativ alte Bevölkerung: 4,79 %). 2040 läge der Beitragssatz dann bei von 6,26 % (relativ junge Bevölkerung: 5,89 %; relativ alte Bevölkerung: 6,65 %).

Die Ergebnisse bewegen sich innerhalb der Bandbreite anderer Schätzungen zum SPV-Beitragssatz aus der jüngeren Vergangenheit, wie u. a. von Bahnsen et al. (2020), Bahnsen und Wimmesberger (2023) oder Breyer und Lorenz (2020).

Wird der projizierte Beitragssatzanstieg verhindert, würden sich Finanzierungsdefizite in der SPV auftun, die anderweitig gedeckt werden müssten. Für die Berechnung wird der Beitragssatz des Jahres 2023 konstant gehalten. Welche Defizite in den kommenden fünf Jahren entstünden, zeigt Abbildung 8. Demnach könnte sich bereits am Ende der aktuellen Legislaturperiode 2025 ein Defizit von 2,0 Mrd. bis 4,6 Mrd. Euro einstellen. Aufsummiert ergibt sich ein Finanzbedarf von 2,9 Mrd. bis 6,9 Mrd. Euro (der Steuerzuschuss von 1 Mrd. Euro ist dabei schon berücksichtigt).

Abbildung 8: Jährliches Defizit in der SPV bei konstantem Beitragssatz

Hinweis: Konstanter Beitragssatz ab 2023; moderate Bevölkerungsentwicklung; nominale Werte.

Es stellt sich die Frage, wie solche Defizite anderweitig aufgefangen werden können, wenn der Beitragssatz als Stellschraube wegfällt. Reflexhaft gefordert wird in der Regel eine Finanzierung aus Steuermitteln, ohne sich einer Diskussion um alternative Ansätze zu stellen.

5 Auswirkungen einer Umsetzung des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes

Im Februar 2023 wurde ein Referentenentwurf für ein Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) durch das BMG (2023) bekannt. Auf Basis der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Maßnahmen sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Im Rahmen dieses Vorhabens ist auch die Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern enthalten.¹³

Die geplanten Maßnahmen setzen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite an.¹⁴ Im Entwurf ist von Mehrausgaben durch Leistungsanpassungen von mittelfristig etwa 3 Mrd. Euro jährlich die Rede. Diese Anpassungen umfassen:

- Anhebung des Pflegegeldes um 5 % zum 1. Januar 2024 (0,7 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Anhebung der ambulanten Sachleistungen um 5 % zum 1. Januar 2024 (0,3 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ab 2024 (0,5 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Ausweitung der Inanspruchnahmemöglichkeit des Pflegeunterstützungsgeldes ab 2024 (0,02 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Anhebung der stationären Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI um 5 bis 10 Prozentpunkte ab 2024 (0,6 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Umsetzung des Maßnahmenpakets „Digitalisierung in der Pflege“ ab 2024 (0,1 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Schaffung eines Förderbudgets für Modellvorhaben zu innovativen Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige ab 2024 bis 2028 (0,05 Mrd. Euro Mehrausgaben)
- Verlängerung des Förderprogramms für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach § 8 Abs. 7 SGB XI ab 2025 (0,1 Mrd. Euro Mehrausgaben)

Zusätzlich ist eine Dynamisierung der Leistungsbeträge zum 1. Januar 2025 um 5 % und zum 1. Januar 2028 in Höhe der kumulierten Inflation der drei Vorjahre.

Da der Referentenentwurf keine detaillierte Aufstellung der mittel- und langfristigen Finanzwirkungen bereithält, wird anhand der verfügbaren Informationen eine grobe Überschlagsrechnung angestellt, um die zukünftigen Auswirkungen auf den Beitragssatz zu illustrieren. Wie im Basisszenario gehen wir dabei von einem Wachstum der Ausgaben um jährlich 3 % aus – mit Ausnahme der Jahre 2025 und 2028. Hier findet die Dynamisierung um 5 % bzw. um die kumulierte Inflation der drei Vorjahre Berücksichtigung. Angesetzt für letztere wird eine (Ziel-)Inflationsrate von 2 %, sodass sich in Summe eine Dynamisierung von 6 % ergibt. Angesichts der Annahmen und der begrenzten Informationen sind die Abschätzungen der Beitragssatzeffekte als konservativ anzusehen.

Bei Berücksichtigung der genannten Maßnahmen bewegt sich der Beitragssatz auf einem höher liegenden Pfad und würde bereits zehn Jahre früher das Niveau des Basisszenarios im Jahr 2040 erreichen. Bis 2040 könnte der Beitragssatz somit noch einmal um 9 % bis 10 % höher liegen. Nun stellt sich an dieser Stelle ebenfalls die Frage, wie das Reformszenario unter einem Kostendruck aussehen würde. Da

13 Hierzu wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Familien mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind mit 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet. Ab dem fünften Kind ist die Entlastung gleichbleibend bei 0,6 Beitragssatzpunkten.

14 Da sich der Beitragssatz modellendogen errechnet, wird auf eine Aufstellung der einnahmenseitigen Maßnahmen an dieser Stelle verzichtet. Zur erwähnen ist die Absenkung der Verwaltungskostenpauschale von derzeit 3,2 % auf 3,0 %. Dadurch entstehen ab 2024 jährliche Minderausgaben von rund 0,12 Mrd. Euro.

Aussagen diesbezüglich mit einer zusätzlichen Unsicherheit behaftet sind (weil die Reformanpassungen u. a. auf die Leistungsanspruchnahme und die Versorgungsstruktur wirken und damit die Dynamik noch einmal entscheidend beeinflussen können), sind auch diese Abschätzungen mit Vorsicht zu betrachten und als konservativ anzusehen. Unter Berücksichtigung der relativen Veränderung von Basisszenario (Abbildung 6) zu den Kostendruckscenarien (Abbildung 7) könnte der Beitragssatz bei Umsetzung des Referentenentwurfs – ceteris paribus – 2030 noch einmal um gut 8 % bis 17 % und 2040 gar um 20 % bis 43 % höher liegen.

6 Fazit und Ausblick

Die Entwicklung der SPV seit ihrer Einführung im Jahr 1995 bis heute lässt den Schluss zu, dass sie ihre (politischen) Ziele – die Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos sowie die Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit – überwiegend erfüllt. Die jüngere Vergangenheit offenbart allerdings den wachsenden Reformbedarf, sowohl in der Versorgung als auch bei der Finanzierung. Mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen sind in den vergangenen Jahren auch die Ausgaben angestiegen. Infolge der demografischen Alterung dürfte sich diese Entwicklung weiter fortsetzen und in den 2020er- und 2030er-Jahren verstärkt niederschlagen.

Die vorliegende Analyse legt in einer ersten Projektion offen, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft entwickeln könnte. Aufgrund des Alterungsprozesses ist zu erwarten, dass diese Zahl weiter ansteigen wird und schon vor 2040 mit über 6 Mio. Pflegebedürftigen gerechnet werden muss. Wie sich dabei Verschiebungen in der Struktur der Pflegebedürftigen auswirken, bleibt abzuwarten. In den kommenden Jahren werden weiterhin die (unterschätzten) Reformeffekte von 2017 ausklingen und die jüngsten Reformwirkungen des GVWG in Erscheinung treten. Hoffnungen in eine Entlastung durch eine Kompression der Pflegebedürftigkeit bleiben zwar präsent, es zeichnet sich gegenwärtig jedoch kein Trend ab, welcher eine Verschiebung der Prävalenzen in höhere Lebensjahre annehmen lässt. Ungeachtet dessen bedeutet die projizierte Entwicklung eine Zunahme des finanziellen Drucks auf die Pflegeversicherung und des Bedarfs an Pflegefachkräften.

Dieser finanzielle Druck wird in der anschließenden Beitragssatzprojektion sichtbar. Selbst in einem Szenario ohne Kostendruck käme es schon demografisch bedingt zu einem Anstieg des Beitragssatzes auf 4,12 % bis 4,65 % im Jahr 2040. Wird wie in der Vergangenheit auch weiterhin ein Kostendruck zu beobachten sein, ergeben sich Beitragssätze bis 2040 – je nach Kostendruckszenario – zwischen 4,93 % bis 5,57 % bzw. 5,89 % bis 6,65 %. Ob solche höheren Beitragssätze in der SPV politisch durchsetzbar sind, hängt stark von der Akzeptanz in der Bevölkerung ab, die wiederum von der herrschenden wirtschaftlichen Situation beeinflusst wird. Eine isolierte Sicht auf die SPV greift hier allerdings zu kurz. Auch die Gesetzliche Renten- und Krankenversicherung werden aufgrund der demografischen Veränderungen finanziell unter Druck geraten. Innerhalb der nächsten Jahre muss auch dort mit steigenden Beitragssätzen gerechnet werden (Breyer 2016, Büttner und Werding 2022). Die zentrale Frage bleibt deshalb, wie die Diskrepanz zwischen Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabenseite zukünftig verringert und damit eine Überforderung der SPV-Finzen vermieden werden soll.

In den nun fast 30 Jahren ihrer Existenz wurden bereits zahlreiche Reformideen für die SPV mehr oder weniger prominent diskutiert. Diese reichten von punktuellen Anpassungen innerhalb des bestehenden Systems bis hin zu einem kompletten Systemwechsel. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass weder ein kompletter Systemwechsel noch ein „Weiter so“ des Status quo sinnvoll, geschweige denn politisch umsetzbar bzw. dauerhaft finanziell tragbar wäre.¹⁵ Auch der 2022 etablierte pauschale Steuerzuschuss zur SPV von 1 Mrd. Euro stellt keine nachhaltige Lösung dar. Dieser kann lediglich dazu beitragen, die strukturellen Probleme der SPV kurzfristig abzumildern, wobei er dabei die Finanzierungstransparenz allerdings verringert. Eine Mischfinanzierung aus Steuern und Beiträgen schafft eine Illusion über die gesellschaftlichen Kosten der Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos und führt im Endeffekt zu überhöhten Ausgaben. Mit Verweis auf das Prinzip der „fiskalischen Äquivalenz“ (Olson 1969) sollten Empfänger von SPV-Leistungen auch für die Finanzierung ebendieser verantwortlich sein. Entsprechend liegt die Verantwortlichkeit in erster Linie bei den Beitragszahlern.

15 Die Einführung der staatlich geförderten privaten Pflegezusatzversicherung im Jahr 2013 sowie das Anlegen des Pflegevorsorgefonds im Jahr 2015 können als Kompromisslösungen auf dem bisherigen Reformweg gesehen werden.

Alles in allem ist die Politik gefordert, einen langfristigen und nachhaltigen Reformansatz für die SPV zu finden, soll der Beitragssatz zukünftig nicht aus dem Ruder laufen. Ungeachtet dieser Überlegungen geht der Referentenentwurf zum PUEG in die entgegengesetzte Richtung und plant weitere Leistungsausweitungen sowie -dynamisierungen. Da die geschätzten Finanzwirkungen des BMG genau wie die vorliegenden Rechnungen noch auf dem Jahr 2021 basieren (müssen), ist anzunehmen, dass das BMG zu niedrige Werte ansetzt. Maßgebliche Ausgabensteigerungen entstehen auch durch die Anhebung der stationären Leistungszuschläge nach §43c SGB XI. Dabei ist diese Leistungsausweitung nicht einmal im Koalitionsvertrag vorgesehen.

Quellen

Ärzte Zeitung (2023). Lauterbach: Beitragserhöhung bei Pflegeversicherung wahrscheinlich, online verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Lauterbach-Beitragserhoehung-bei-Pflegeversicherung-wahrscheinlich-435650.html>, Zugriff am 02.02.2023.

Bahnsen, L. (2022). Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Köln.

Bahnsen, L., Fetzer, S., Franke, F. und Hagist, C. (2020). Gone with the windfall – Germany’s Second LTC Strengthening Act and its intergenerational implications, *Journal of the Economics of Ageing*, 17, 100254.

Bahnsen, L. und Wimmesberger, F. M. (2023). Curbing the demographic “drifting dune” in long-term care insurance financing: The case of Germany, *International Social Security Review*, 76(1), 35-56.

Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review*, 57(3), 415-426.

BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (2023). GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2021, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostruktur-ausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/>, Stand: 11.01.2023.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022). Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren gemäß § 154 Abs. 1 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) (Rentenversicherungsbericht 2022).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021a). Daten des Gesundheitswesens 2021, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres), Stand: 20.08.2021, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022b). Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln, KF21BUND, Stand: Juni 2022, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022c). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegegraden, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022d). Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12. (Frauen und Männer), Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022e). Soziale Pflegeversicherung – Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2021, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022f). Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach Versichertengruppen und Geschlecht, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022g). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: April 2022, Berlin.

BMWK – Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022), Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin.

Breyer, F. (2016). Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 105(5), 445-461.

Breyer, F. und Lorenz, N. (2020). Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert?, Wirtschaftsdienst, 100(8), 591-596.

Büttner, T. und Werding, M. (2022). Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2022, Köln.

Carstensen, J., Seibert, H. und Wiethölter, D. (2022). Entgelte von Pflegekräften 2021, Aktuelle Daten und Indikatoren, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022a). Bevölkerung am 31.12.2021 nach Alters- und Geburtsjahren, Datenanfrage.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022b). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung - Deutschland, Berichtszeitraum 2021-2070, Statistischer Bericht.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022c). Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre, Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, GENESIS-Online, Code 12421-0002.

Deutscher Bundestag (2021). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Otto Fricke, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/31362 –, Drucksache 19/31676, 21.07.2021.

DRV – Deutsche Rentenversicherung (2023). Aktiv Versicherte (und sonstige Versicherte) – Beschäftigte ohne Beitragsbesonderheiten im Berichtszeitraum (Alter, erzielte Jahresentgelte, Zeiten...), Berichtsjahr 2020, https://statistik-rente.de/drv/extern/versicherte/aktiv_versicherte/

Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity, New England Journal of Medicine, 303(3), 130-135.

Fuchs, V. R. (1984). "Though Much is Taken": Reflections on Aging, Health, and Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 62(2), 142-166.

Gruenberg, E. M. (1977). The Failure of Success, The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 55(1), 3-24.

Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2007). Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“, Zeitschrift für Sozialreform, 53(4), 391-422.

Kane, R. L., Radosevich, D. M. und Vaupel, J. W. (1990). Compression of Morbidity: Issues and Irrelevancies, in: Kane, R. L., Grimley-Evans, J. und MacFadyen, D. (Hrsg.), Improving the Health of Older People: A World View, Oxford University Press, 30-49.

Kochskämper, S., Arentz, C. und Moritz, M. (2019). Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung, IW-Policy Paper, Nr. 12/19, Köln.

Milan, V. und Fetzer, S. (2019). Die zukünftige Entwicklung von Demenzerkrankungen in Deutschland – ein Vergleich unterschiedlicher Prognosemodelle, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 62(8), 993-1003.

Milan, V., Fetzter, S. und Hagist, C. (2021). Healing, surviving, or dying? – projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model, *BMC Public Health*, 21, 123.

Olson, M. (1969). The Principle of "Fiscal Equivalence": The Division of Responsibilities among Different Levels of Government, *American Economic Review*, 59(2), 479-487.

Rothgang, H. und Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021 - Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32, Berlin.

Simon, M. (2003). Die Ausgaben- und Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung in den Jahren 1997 bis 2001, *Sozialer Fortschritt*, 52(9), 221-230.

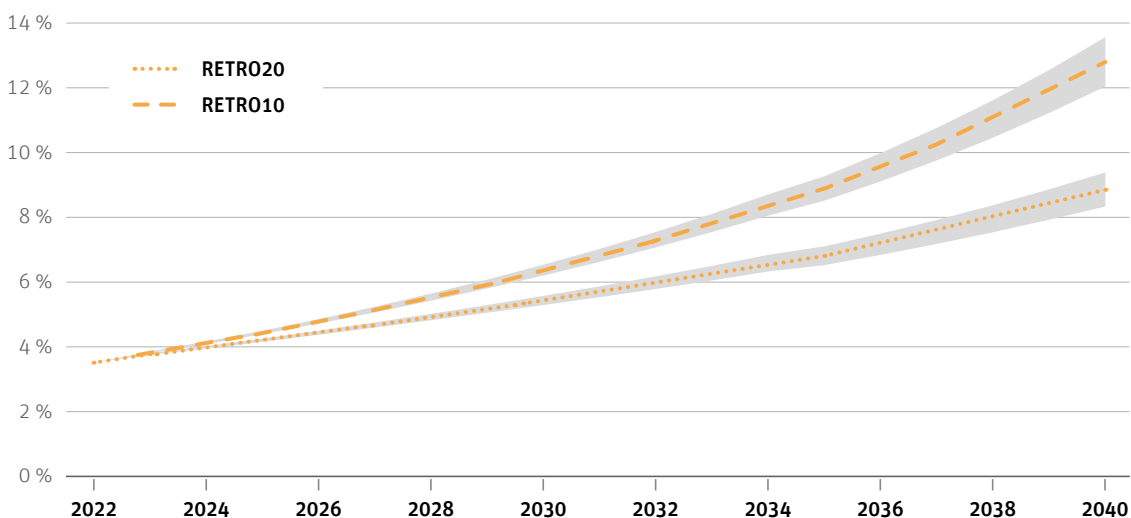
Simon, M. (2004). Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung, *Journal of Public Health*, 12(3), 218-228.

Anhang

Entscheidender Faktor für die Beitragssatzentwicklung ist die Wachstumsdifferenz zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben. Der Blick auf die Entwicklung vor dem Basisjahr 2021 offenbart im Durchschnitt deutlich stärker gestiegene Ausgaben je Versicherten als beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2021 nahmen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied um durchschnittlich 1,8 % p. a. zu, während die Ausgaben je Versicherten um 5,8 % p. a. wuchsen (Szenario RETRO20). Wird nur der Zeitraum 2011 bis 2021 betrachtet, zeigen sich Werte von 2,6 % p. a. für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und 8,8 % p. a. für die Ausgaben (Szenario RETRO10).

Die hohe Dynamik auf der Ausgabe­seite ist auf reforminduzierte Leistungsausweitungen insbesondere in der jüngeren Vergangenheit (Pflegestärkungsgesetze I und II mit Wachstumsraten von 13,4 % und 22,9 % in den Jahren 2015 und 2017) zurückzuführen. Erneute Leistungsausweitungen sind in dieser Dimension zukünftig kaum vorherzusehen. Zwar sind Wachstumsraten im zweistelligen Bereich durchaus realistisch (2020: 11,2 %; 2021: 9,8 %; Einfluss durch COVID-19-Pandemie wahrscheinlich), sie werden aber auch angesichts der sich verändernden demografischen Rahmenbedingungen und damit verringerten Finanzierungsspielräume zunehmend unwahrscheinlicher. Welche Beitragssätze sich – hypothetisch – einstellen würden, wenn sich das Wachstum der zuvor genannten Zeiträume fortsetzt, ist aus Abbildung 9 ersichtlich.

Abbildung 9: Beitragssatzprojektion in der SPV – Hypothetische Szenarien



Hinweis: Die orangene Linie unterliegt der moderaten Bevölkerungsentwicklung. Der grau schattierte Bereich stellt die Spannweite zwischen relativ junger und relativ alter Bevölkerungsentwicklung dar.

Werden die durchschnittlichen Wachstumsraten von 2001 (2011) bis 2021 für die Projektion zugrunde gelegt, würde sich schon 2030 ein Beitragssatz zwischen 5,27 % und 5,55 % (6,18 % und 6,51 %) ergeben – je nach Bevölkerungsentwicklung. Ob diese Beitragssätze oder auch welche in wesentlich höheren Sphären politisch realisierbar wären, ist stark zu bezweifeln. Generell muss stets die Entwicklung in den anderen Sozialversicherungen berücksichtigt werden. Auch die Entwicklungen in der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung spielen eine Rolle. Beide werden ähnlich wie die SPV durch die demografische Alterung zunehmend finanziellen Druck spüren.

WIP-Veröffentlichungen seit 2016

Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Lewe Bahnsen

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2022, Thies Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9824068-1-7

Aufwachsender Arbeitskräftemangel zeigt auf, dass die Digitalisierung des Arbeitslebens viel zu langsam vorangeht, WIP-Kommentar, November 2022, Frank Wild

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2013-2023, WIP-Kurzanalyse November 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, WIP-Kommentar, Oktober 2022, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2022, WIP-Analyse Juni 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-0-0

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse Juni 2022, Christian O. Jacke

Nachhaltigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2022, Frank Wild

Wer ist impfberechtigt? Ein internationaler Blick, WIP-Kurzanalyse Mai 2022, Daria Kozica, Frank Wild

Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, Lewe Bahnsen, ISBN 978-3-9821682-8-9

Gesundheitssystem in Israel, WIP-Kommentar, Februar 2022, Frank Wild

COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thies Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2

E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISSN 2702-1343, erschienen MWV-Verlag, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-578-5, erschienen MWV-Verlag, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeister

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4-

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2020, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016, Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016, Verena Finkenstädt



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV