

Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Dr. Frank Niehaus

WIP-Diskussionspapier 1/10

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Das Prognosemodell	3
2.1	Die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung	3
2.2	Pflegewahrscheinlichkeiten	7
2.3	Pflegeausgaben	11
2.4	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	18
2.4	Versichertengruppen	22
2.4.1	Anhebung des Renteneintrittsalters	23
2.4.2	Anzahl der Mitglieder und Rentner	24
3.	Vorausberechnung der Pflegefallzahlen	25
4.	Vorausberechnung der Pflegeausgaben und der Beitragssätze	26
4.1.	Gesamtausgabenentwicklung	26
4.2.	Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen	26
4.2.1	Entwicklung der Einkommen in der Vergangenheit	27
4.2.2	Einbindung der Einkommensentwicklung in das Modell	30
4.3.	Bestimmung des Beitragssatzes	30
5.	Berechnung von Modellvarianten zur Bestimmung des Finanzrisikos in der SPV	31
5.1	Variante I: Der reine Demographieeffekt	31
5.2	Variante II: Ausgleich des Demographieeffektes durch Einkommenszuwächse	34
5.3	Variante III: Fortschreibung der bisherigen Entwicklung	35
5.4	Varianten IV und V: Berücksichtigung der schon beschlossenen Leistungsverbesserungen	37
5.5	Variante VI: Eine Dynamisierung der Leistungen ab 2014	38
5.6	Variante VII: Ausgabenanstieg je Pflegefall übertrifft Wachstum der Einkommen je Mitglied	41
5.7	Variante VIII und IX: Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes	41
5.8	Variante X: Kombination der Leistungsverbesserungen mit Dynamisierung und neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff	44
6	Fazit	45
7	Quellenverzeichnis	46

1. Einleitung

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) ist durch ihre Umlagefinanzierung einer besonderen Belastung durch den demographischen Wandel ausgesetzt. Eine kapitalgedeckte Finanzierung wäre demgegenüber weitgehend resistent gegen demographisch bedingte Beitragssatzsteigerungen. Deshalb wird derzeit die Ergänzung der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung diskutiert.

Bevor jedoch eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung konzipiert werden kann, ist es notwendig, eine aktuelle Bestandsaufnahme der sozialen Pflegeversicherung durchzuführen, mit der die Beitragsentwicklung aufgrund des demographischen Wandels dargestellt wird.

Die vorliegende Studie beschreibt die derzeitige Situation der sozialen Pflegeversicherung und zeigt deren mögliche zukünftige Entwicklung.

2. Das Prognosemodell

Um die Zusammenhänge und Determinanten in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung abzubilden, wird ein Prognosemodell aufgebaut, welches zunächst die Situation des Jahres 2008 abbildet. Auf Grundlage der 12. koordinierten Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes¹ werden die zukünftigen Pflegefallzahlen geschätzt und in einem weiteren Schritt die damit zu erwartenden Pflegeausgaben errechnet. In Verbindung mit einer Vorhersage über die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in der Pflegeversicherung lassen sich dann mit Hilfe des Modells Aussagen über die Beitragssatzentwicklung unter den verwendeten Annahmen machen.

2.1 Die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung

Wichtige Grundlage der folgenden Modellrechnungen sind Anzahl und Verteilung der SPV-Versicherten. Da für diese Versichertengruppe keine nach Einzelalter und Geschlecht differenzierten Daten vorliegen, werden Daten der gesetzlich Krankenversicherten verwendet. Dies ist möglich, da nach § 1 Abs. 2 SGB XI diejenigen kraft Gesetz in der SPV versichert sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgesichert sind. Damit bilden die Versicherten der GKV und der SPV die gleiche Personengruppe.²

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a).

² Ausnahmen bilden nur kleine Gruppen, wie ein Teil der Personen, die freie Heilfürsorge erhalten. Diese können in der SPV versichert sein, was dazu führt, dass die Versichertenzahlen in der SPV leicht über der Zahl der GKV liegt. Zum 1.7.2008 betrug die Differenz knapp 30.000. Für die hier vorgenommenen Berechnungen spielt diese Abweichung aber keine entscheidende Rolle und verändert die Ergebnisse nicht.

Die benötigten Angaben zu den GKV-Versicherten sind den Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA)³ zu entnehmen. Diese werden regelmäßig vom Bundesversicherungsamt (BVA) veröffentlicht und enthalten die Versichertenzeiten in Versichertentagen nach Alter und Geschlecht sowie nach unterschiedlichen Versichertengruppen. Aus diesen Daten lassen sich für jedes Alter und Geschlecht Versichertenzahlen in der GKV bestimmen. Die so errechneten Werte werden als Ausgangspunkt für die Verteilung der SPV-Versicherten verwendet. Die derzeit verfügbaren Daten stammen aus dem RSA für das Jahr 2008 mit der in Abbildung 1 dargestellten Altersverteilung.

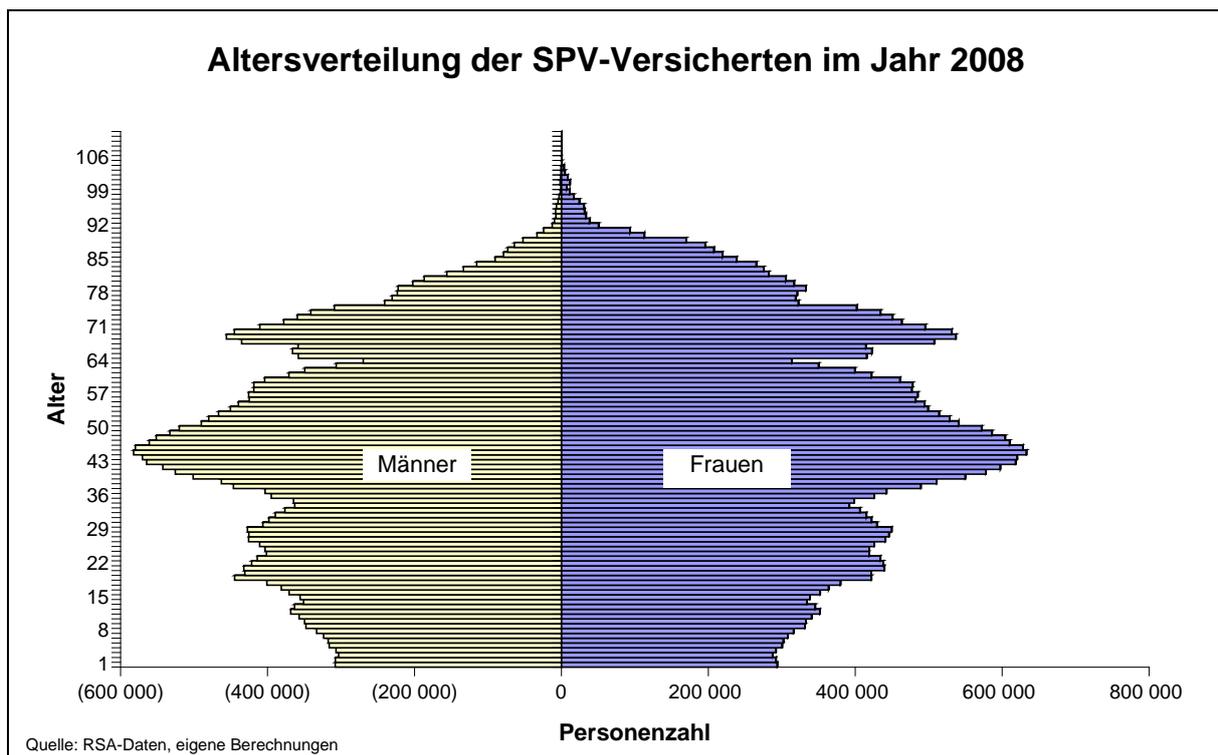


Abbildung 1

Diese Altersverteilung wird bis ins Jahr 2060 fortgeschrieben, indem die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes herangezogen wird. Diese Vorausberechnung besteht aus mehreren Varianten, bei denen verschiedene Annahmen zur Geburtenrate, Lebenserwartungsentwicklung und Zuwanderung getroffen werden. Grundlage für die hier verwendete Berechnung ist die Variante 1 W1, die von einem Status quo bei der heutigen Geburtenrate von ca. 1,4 Kinder pro Frau, einem mittleren Anstieg der Lebenserwartung (Lebenserwartung der Neugeborenen im Jahr 2060: männlich 85,0 und weiblich 89,2 Jahre) und einem allmählichen Anstieg des jährlichen Wanderungssaldos auf 100.000 Personen bis 2014, der dann auf diesem Niveau verbleibt, ausgeht. Hierbei handelt es sich insgesamt um

³Bundesversicherungsamt (2009).

eine mittlere Variante, die aber die geringere von zwei Zuwanderungsszenarien unterstellt. Die Variante mit höherer Zuwanderung geht von 200.000 Personen im Saldo ab 2020 aus.

Da in dieser Bevölkerungsvorausberechnung nicht nach Zugehörigkeit zu der gesetzlichen oder der privaten Pflegeversicherung (PPV) unterschieden wird, sind weitere Annahmen erforderlich.

Hierbei ist zu beachten, dass die Summe der Versicherten in beiden Pflegeversicherungssystemen nicht die vom Statistischen Bundesamt genannte Zahl von 81,7 Millionen Personen im Jahr 2008 ergibt. Der Hauptgrund hierfür dürfte nicht die Zahl der Nichtversicherten sein. Auch die Zahl der Personen mit freier Heilfürsorge, unter denen sich insbesondere Berufs- und Zeitsoldaten mit 183.571 Personen im Jahr 2008 befinden,⁴ erklärt die Abweichung nicht. Es verbleibt eine Abweichung von ca. 2 Millionen Personen. Diese Differenz ist wahrscheinlich auf Probleme bei der Erhebung der Bevölkerungszahl zurückzuführen. Die letzten Volkszählungen haben 1987 in der Bundesrepublik und 1981 in der DDR stattgefunden. Demographische Daten wurden seitdem anhand der Melderegister fortgeschrieben. Diese Methode dürfte nach Aussage des Statistischen Bundesamtes die beträchtlichen Bevölkerungsverschiebungen der letzten Jahrzehnte nur unvollständig erfasst haben. Das Statistische Bundesamt vermutet selbst, dass die aktuelle Einwohnerzahl von 82 Millionen im Zensusjahr 2011 (im Jahr 2011 gibt es die nächste Volkszählung) um mindestens 1,3 Millionen Menschen nach unten korrigiert werden muss.⁵

Diese Abweichung muss bei der hier vorgenommenen Vorausberechnung berücksichtigt werden. Die zukünftige Versichertenzahl der SPV wird daher ermittelt, indem von der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die prognostizierten PPV-Versicherten subtrahiert werden und zusätzlich die aktuelle Abweichung der Summe der Versicherten in der GKV und der PPV zu den vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Daten in jeder Altersstufe festgestellt wird. Diese Abweichung wird bei der Vorausberechnung je Kohorte beibehalten und nach und nach abgeschmolzen.

Die Versichertenzahlen der PPV werden in die Zukunft fortgeschrieben, indem die Versichertenstatistik der PPV, in der die privat Pflegepflichtversicherten nach Alter und Geschlecht geführt werden, herangezogen wird. Es wird die Annahme zugrunde gelegt, dass die Sterbewahrscheinlichkeiten, die vom PKV-Verband für die PPV-Versicherten ermittelt werden, weiter gelten. Es wird damit nur die Sterblichkeit im Bestand berücksichtigt.

⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt (2008), Tabelle 2.1.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b).

In der Summe bleibt die Versichertenzahl der PPV trotz insgesamt abnehmender Bevölkerungszahl zunächst auf etwa konstantem Niveau. Erst nach 2025 macht sich die zurückgehende Bevölkerungszahl auch hier in sinkenden Versichertenzahlen bemerkbar (siehe Abbildung 2).

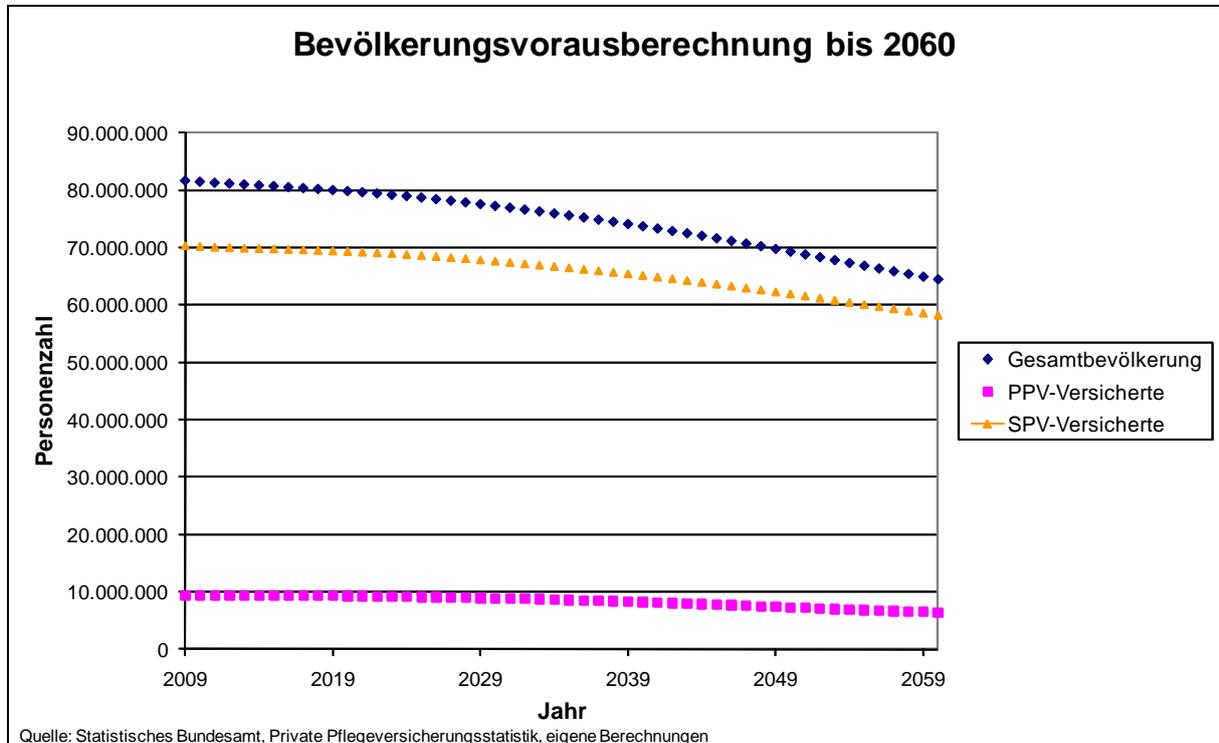


Abbildung 2

Als Resultat der Berechnungen ergibt sich eine Prognose für die SPV-Versichertenzahl. Diese wird zurückgehen, da in Deutschland die Sterbefallzahlen die Geburten deutlich übertreffen. Die bisher diese Differenz ausgleichende Zuwanderung, welche vor allem in die SPV stattfand, ist schon 2008 im Saldo negativ und wird in den Folgejahren ebenfalls zu niedrig ausfallen.

Die sich aus der Fortschreibung ergebende Altersverteilung der SPV-Versicherten im Jahr 2060 ist in Abbildung 3 ersichtlich. Es ist der für die Umlage ungünstige Aufbau mit relativ vielen älteren Personen und wenig jungen zu erkennen.

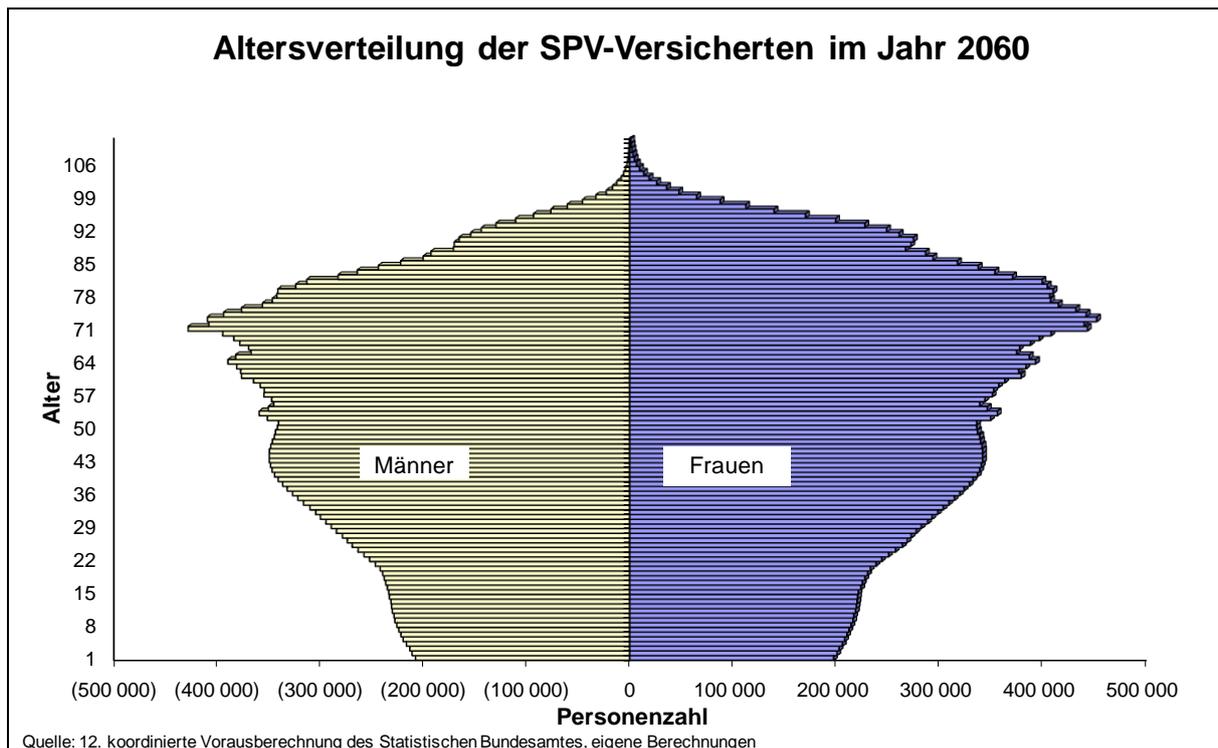


Abbildung 3

2.2 Pflegewahrscheinlichkeiten

Als Pflegewahrscheinlichkeit wird hier der Anteil der Pflegefälle an der Gesamtzahl der Versicherten des gleichen Alters verstanden. Diese Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit werden später dazu verwendet, die Pflegefallzahlen zu berechnen. Dabei wird nicht nach Pflegestufen und Leistungssektor unterschieden. Eine Person zählt damit als Pflegefall, unabhängig davon, in welche Stufe sie eingruppiert wird.

Zur Berechnung dieser Wahrscheinlichkeit werden zunächst die Daten des Bundesgesundheitsministeriums⁶ über die Zahlen der Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen, differenziert nach Geschlecht, herangezogen (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2). In der gleichen Struktur sind die gesamten Versichertenzahlen nach Alter und Geschlecht verfügbar.⁷ Aus der Verknüpfung beider Datensätze lassen sich für jede Altersklasse geschlechtsabhängig die Anteile der Leistungsempfänger an allen Versicherten berechnen.

⁶ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009a) und Bundesministerium für Gesundheit (2009b).

⁷ Bundesministerium für Gesundheit (2008a).

Tabelle 1

**Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen
am 31.12.2008**

- Frauen -

Alter in Jahren	ambulant				stationär				insgesamt				in %
	Pflegestufen			zusammen	Pflegestufen			zusammen	Pflegestufen			zusammen	
	I	II	III			I	II		III		I		II
bis unter 15	13.056	8.259	4.472	25.787	690	690	527	1.907	13.746	8.949	4.999	27.694	2,0
15 bis unter 20	4.561	2.988	2.533	10.082	723	212	189	1.124	5.284	3.200	2.722	11.206	0,8
20 bis unter 25	3.610	2.958	2.371	8.939	1.198	366	305	1.869	4.808	3.324	2.676	10.808	0,8
25 bis unter 30	2.818	2.693	1.865	7.376	1.423	384	315	2.122	4.241	3.077	2.180	9.498	0,7
30 bis unter 35	2.605	2.684	1.425	6.714	1.462	465	346	2.273	4.067	3.149	1.771	8.987	0,6
35 bis unter 40	3.528	3.165	1.589	8.282	2.223	659	468	3.350	5.751	3.824	2.057	11.632	0,8
40 bis unter 45	5.545	4.370	1.833	11.748	3.175	1.015	794	4.984	8.720	5.385	2.627	16.732	1,2
45 bis unter 50	7.624	5.300	1.964	14.888	3.716	1.463	954	6.133	11.340	6.763	2.918	21.021	1,5
50 bis unter 55	9.241	5.345	1.910	16.496	3.366	1.561	1.066	5.993	12.607	6.906	2.976	22.489	1,6
55 bis unter 60	12.453	6.626	2.023	21.102	3.574	1.913	1.359	6.846	16.027	8.539	3.382	27.948	2,0
60 bis unter 65	15.066	7.513	2.097	24.676	3.378	2.369	1.494	7.241	18.444	9.882	3.591	31.917	2,3
65 bis unter 70	29.048	13.844	3.516	46.408	6.257	5.339	2.999	14.595	35.305	19.183	6.515	61.003	4,4
70 bis unter 75	51.263	22.282	5.130	78.675	10.272	11.242	5.850	27.364	61.535	33.524	10.980	106.039	7,6
75 bis unter 80	79.915	31.282	7.140	118.337	18.000	20.991	10.374	49.365	97.915	52.273	17.514	167.702	12,0
80 bis unter 85	125.550	48.474	10.878	184.902	38.403	42.674	20.084	101.161	163.953	91.148	30.962	286.063	20,5
85 bis unter 90	129.278	54.751	13.284	197.313	54.774	61.930	28.529	145.233	184.052	116.681	41.813	342.546	24,6
90 und älter	60.027	39.509	11.733	111.269	37.483	54.102	28.204	119.789	97.510	93.611	39.937	231.058	16,6
insgesamt	555.188	262.043	75.763	892.994	190.117	207.375	103.857	501.349	745.305	469.418	179.620	1.394.343	100,0
Insgesamt in %	62,2	29,3	8,5	100,0	37,9	41,4	20,7	100,0	53,5	33,7	12,9	100,0	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009a)

Tabelle 2

**Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen
am 31.12.2008
- Männer -**

Alter in Jahren	ambulant				stationär				insgesamt				in %
	Pflegestufen			zusammen	Pflegestufen			zusammen	Pflegestufen			zusammen	
	I	II	III		I	II	III		I	II	III		
bis unter 15	19.763	11.800	5.479	37.042	852	331	188	1.371	20.615	12.131	5.667	38.413	5,3
15 bis unter 20	6.385	4.203	3.331	13.919	1.182	323	312	1.817	7.567	4.526	3.643	15.736	2,2
20 bis unter 25	4.765	3.926	2.961	11.652	1.749	550	398	2.697	6.514	4.476	3.359	14.349	2,0
25 bis unter 30	3.813	3.569	2.362	9.744	1.926	638	465	3.029	5.739	4.207	2.827	12.773	1,8
30 bis unter 35	3.346	3.243	1.766	8.355	2.091	673	442	3.206	5.437	3.916	2.208	11.561	1,6
35 bis unter 40	4.377	3.596	1.831	9.804	3.028	822	611	4.461	7.405	4.418	2.442	14.265	2,0
40 bis unter 45	6.059	4.900	2.089	13.048	4.454	1.427	850	6.731	10.513	6.327	2.939	19.779	2,8
45 bis unter 50	7.827	5.235	1.948	15.010	5.156	1.791	1.116	8.063	12.983	7.026	3.064	23.073	3,2
50 bis unter 55	9.070	5.198	1.734	16.002	5.086	2.017	1.100	8.203	14.156	7.215	2.834	24.205	3,4
55 bis unter 60	12.517	6.324	1.852	20.693	5.312	2.575	1.281	9.168	17.829	8.899	3.133	29.861	4,2
60 bis unter 65	15.443	7.968	2.136	25.547	5.061	2.819	1.375	9.255	20.504	10.787	3.511	34.802	4,8
65 bis unter 70	28.671	15.609	4.105	48.385	7.737	5.711	2.478	15.926	36.408	21.320	6.583	64.311	8,9
70 bis unter 75	40.532	22.950	5.825	69.307	8.685	8.247	3.605	20.537	49.217	31.197	9.430	89.844	12,5
75 bis unter 80	46.759	26.102	6.400	79.261	8.099	9.774	4.470	22.343	54.858	35.876	10.870	101.604	14,1
80 bis unter 85	48.375	25.405	5.858	79.638	9.627	11.321	4.611	25.559	58.002	36.726	10.469	105.197	14,6
85 bis unter 90	34.844	18.726	3.922	57.492	9.229	10.475	3.774	23.478	44.073	29.201	7.696	80.970	11,3
90 und älter	13.841	8.808	1.992	24.641	5.534	6.147	2.077	13.758	19.375	14.955	4.069	38.399	5,3
insgesamt	306.387	177.562	55.591	539.540	84.808	65.641	29.153	179.602	391.195	243.203	84.744	719.142	100,0
Insgesamt in %	56,8	32,9	10,3	100,0	47,2	36,5	16,2	100,0	54,4	33,8	11,8	100,0	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009b)

Diese Pflegefallanteile sind zunächst für unter 15-Jährige in einer Altersstufe und bei Älteren in 5-Jahres-Altersstufen vorhanden. Problematisch ist vor allem, dass in der höchsten Altersklasse alle Versicherten über 90 Jahre zusammengefasst sind. Da aber die Pflegewahrscheinlichkeit im Alter exponentiell ansteigt und der Anteil der über 90-Jährigen stark zunehmen wird, ist hier eine weitergehende Differenzierung für gute Prognoseergebnisse wichtig. Daher wird der Weg gegangen, aus den verfügbaren Informationen durch lineare Interpolation die Pflegewahrscheinlichkeiten für jedes Alter zu berechnen.

Als Resultat ergibt sich der in Abbildung 4 dargestellte Verlauf der Anteile der Pflegefälle in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts, die als Pflegewahrscheinlichkeiten in das Modell einfließen.

Es ist zu erkennen, dass nach einem flachen Verlauf die Anteile sowohl bei Frauen als auch bei Männern ab dem Alter 60 stark ansteigen. Im höheren Alter liegen die Pflegewahrschein-

lichkeiten der Frauen deutlich über denen der Männer und erreichen bei den Hundertjährigen 90 %. Dass in diesem hohen Alter nahezu jeder auf Pflege angewiesen ist, zeigen auch vergleichbare Daten der privaten Pflegepflichtversicherung.⁸

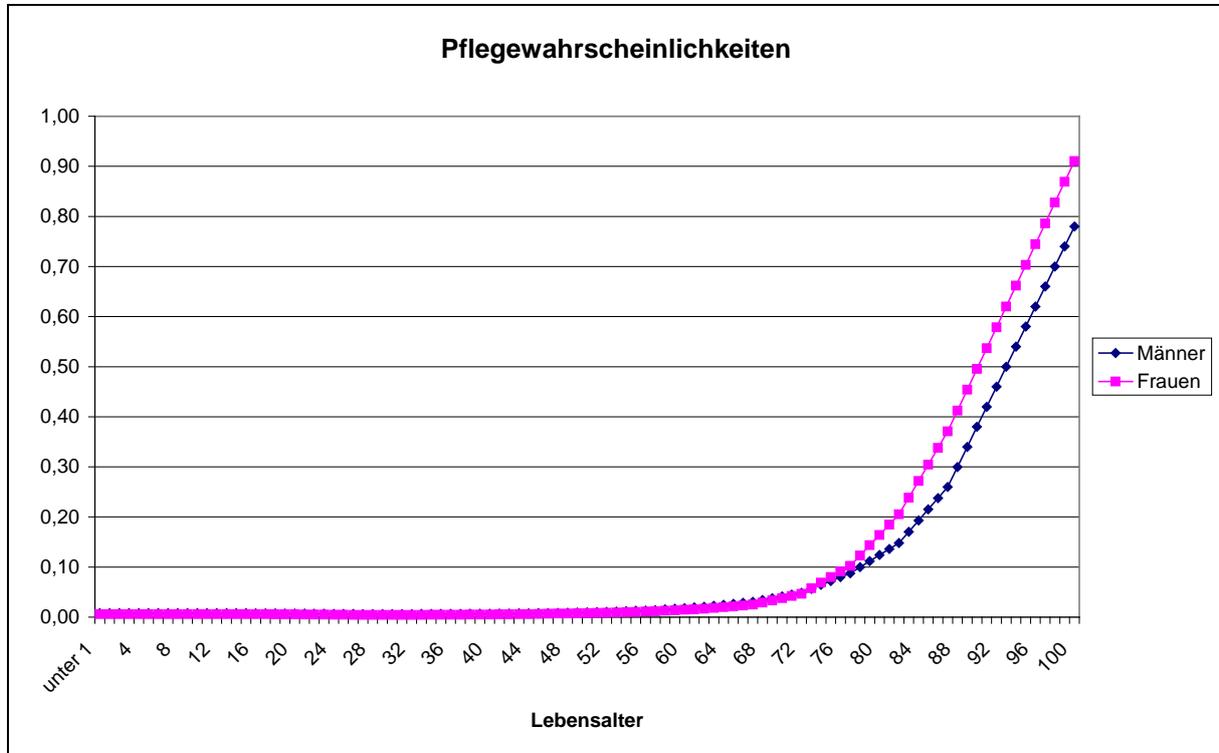


Abbildung 4

Diese Pflegewahrscheinlichkeitsprofile werden für die Prognose der Pflegefälle als über die Zeit unveränderlich angesehen. Es wird damit unterstellt, dass sich der Anteil der Pflegebedürftigen in gleichem Lebensalter nicht verändert. Sind beispielsweise zurzeit 30 % der 85-jährigen Frauen pflegebedürftig, so wird dies annahmegemäß 2060 ebenfalls so sein.

Die Frage, ob sich die Pflegewahrscheinlichkeiten tatsächlich im Laufe der Zeit nicht verändern, ist nach heutigem Kenntnisstand nicht eindeutig zu beantworten. Es gibt Anzeichen, dass sich die Pflegewahrscheinlichkeiten der über 90-Jährigen leicht erhöhen und es bei jüngeren einen leichten Rückgang gibt.

Im aktuellen GEK- Pflegereport 2009⁹ wird festgestellt, dass zwar ein altersspezifischer Rückgang der Wahrscheinlichkeit, zum Pflegefall zu werden, feststellbar ist, die Personen

⁸ In den Daten der Pflegestatistik bis 2005 des Statistischen Bundesamtes (2007) zeigt sich dagegen ein Rückgang der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit der über 95-Jährigen. Da der Anteil sich aber auf die Bevölkerungszahlfortschreibung des Statistischen Bundesamtes bezieht, die – wie oben beschrieben – mit großen Problemen behaftet ist, dürfte dieser Effekt auf die Überschätzung der Personenzahl – besonders im sehr hohen Alter – zurückzuführen sein. In der Pflegestatistik 2007 (Statistisches Bundesamt (2009c) wird auf eine Darstellung der über 95-Jährigen verzichtet.

⁹ Vgl. Rothgang et al. (2009).

aber auch länger in der Pflege verbleiben, so dass insgesamt die Pflegefallzahlen und die altersspezifische Prävalenz nicht sinken. Gerade diese Gegenläufigkeit, die darin besteht, dass Verbesserungen in der Medizin und in den Lebensumständen auf der einen Seite zu einer Verhinderung oder zu einer Verschiebung der Pflegebedürftigkeit ins höhere Alter führen, aber auf der anderen Seite zu einem längeren Leben in der Pflege beitragen könnten, macht Aussagen über die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegefälle schwierig.

Da aus den bisherigen empirischen Ergebnissen kein stabiler Trend für eine Veränderung der Pflegeprofile ableitbar ist, werden diese Parameter im Modell für die Zukunft nicht verändert.

2.3 Pflegeausgaben

Da in den Datensammlungen, die über die SPV verfügbar sind, keine direkten Angaben über die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Versicherten nach Alter und Geschlecht enthalten sind, müssen diese, für die Prognose wichtigen Informationen, aus den zugänglichen Daten konstruiert werden.

Die nachfolgende Aufstellung des Bundesgesundheitsministeriums¹⁰ gibt eine Übersicht über die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherungen und deren Veränderung im Zeitablauf.

Hier werden die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen in ihrer (geplanten) Entwicklung dargestellt, mit den Erhöhungen zum 1.07.2008, 1.01.2010 und 1.01.2012. Auffällig ist, dass diese Anstiege, wenn man sie auf einen jährlichen Zuwachs von 2008 bis 2012 umrechnet, indem man eine konstante, nicht alternde Versichertengemeinschaft unterstellt, einem Zuwachs von ca. 1,2 % pro Jahr entsprechen.

Eine Erhöhung der Leistungsausgaben von im Schnitt 1,2 % pro Jahr würde in etwa nur einen Inflationsausgleich bei der aktuellen Teuerungsrate für die Zeit von 2008 bis 2010 bedeuten. Die seit der Einführung der SPV von 1995 bis 2008 eingetretene Entwertung der monetären Pflegeleistungen wird damit keineswegs ausgeglichen. Eine wirkliche Verbesserung zeigt sich nur in den ergänzenden Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichen allgemeinem Betreuungsbedarf, die von 460 € auf 2.400 € zum 1.07.2008 angehoben wurden.

¹⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009c).

Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
		Erheblich Pflegebedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)	
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432 (1.918)	
	ab 01.07.2008	420	980	1.470 (1.918)	
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)	
	ab 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)	
	Pflegegeld € monatlich bis 30.06.2008	205	410	665	
	ab 01.07.2008	215	420	675	
	ab 01.01.2010	225	430	685	
	ab 01.01.2012	235	440	700	
Pflegevertretung¹	<ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen 	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu € bis 30.06.2008	205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1.432	665 ¹⁾ 1.432
		ab 01.07.2008	215 ¹⁾ 1.470	420 ¹⁾ 1.470	675 ¹⁾ 1.470
		ab 01.01.2010	225 ¹⁾ 1.510	430 ¹⁾ 1.510	685 ¹⁾ 1.510
		ab 01.01.2012	235 ¹⁾ 1.550	440 ¹⁾ 1.550	700 ¹⁾ 1.550
		<ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen 			
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu € im Jahr bis 30.06.2008	1.432	1.432	1.432	
	ab 01.07.2008	1.470	1.470	1.470	
	ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510	
	ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550	

¹ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²	Pflegeaufwendungen bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432
	ab 01.07.2008	420 ²⁾	980 ²⁾	1.470 ²⁾
	ab 01.01.2010	440 ²⁾	1.040 ²⁾	1.510 ²⁾
	ab 01.01.2012	450 ²⁾	1.100 ²⁾	1.550 ²⁾
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf³	Leistungsbetrag bis zu € jährlich bis 30.06.2008	460	460	460
	ab 01.07.2008	2.400 ³⁾	2.400 ³⁾	2.400 ³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich bis 30.06.2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
	ab 01.07.2008	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu € monatlich	31		
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁴	je nach Umfang der Pfl egetätigkeit bis zu € monatlich (Beitriffsgebiet)	133,73 (113,30)	267,46 (226,59)	401,18 (339,89)

² Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein häftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

³ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 € (erhöhter Betrag) gewährt

⁴ Bei wenigstens 14 Stunden Pfl egetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	7,06 (5,98)
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung	130,20
	Pflegeversicherung	16,38

Da das Startjahr der Berechnung das Jahr 2008 ist, werden die in diesem Jahr gültigen Leistungen für die Nachbildung der Situation dieses Jahres verwendet. In diesem Jahr haben sich zum 1.7.2008 erstmalig die Leistungssätze erhöht. Um diese Veränderung im Modell abzubilden, werden die sich aus den Werten des ersten und des zweiten Halbjahres ergebenden Durchschnitte für die Modellierung verwendet. Die Werte sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

Leistungsbeträge im Jahresdurchschnitt 2008 in der sozialen Pflegeversicherung, die den einzelnen Leistungsempfängern zugeordnet werden				
Leistungsart	Betrag je Leistungsempfänger in den Pflegestufen			
	I	II	III	Härte- fälle
Pflegesachleistung	402	951	1.451	1.918
Pflegegeld	210	415	670	
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	612	1.366	2.121	2.588
Tages- und Nachtpflege	402	951	1.451	
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.451	1.451	1.451	
Kurzzeitpflege	1.451	1.451	1.451	
Vollstationäre Pflege	1.023	1.279	1.432	1.719
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	256	256	256	256

Für das Jahr 2009 werden die Sätze verwendet, die ab dem 1.7.2008 gelten. In den Varianten des Modells, in denen die weiteren Leistungserhöhungen zum 1.1.2010 und 1.1.2012 berücksichtigt werden, fließen ab den entsprechenden Jahren die dann geltenden Leistungen ein.

Diese Leistungsbeträge, differenziert nach Leistungsart und Pflegestufe, werden im Modell jeweils verwendet, um Durchschnittsausgaben je Pflegefall in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts des Pflegebedürftigen zu berechnen. Hierzu werden die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Daten zu den Leistungsempfängern nach Leistungsarten und Pflegestufen gebraucht (Tabelle 4).

Tabelle 4

Soziale Pflegeversicherung
Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen ¹⁾
im Jahresdurchschnitt 2008

Leistungsart	Leistungsempfänger				Insgesamt
	Pflegestufen				
	I	II	III	Härfälle	
Anzahl der errechneten Leistungsempfänger					
Pflegesachleistung	105.232	58.132	17.977	851	182.191
Pflegegeld	639.738	291.693	77.692		1.009.122
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	114.744	94.993	34.192	496	244.425
Tages- und Nachtpflege	8.504	9.253	2.408		20.166
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	12.043	12.078	5.999		30.120
Kurzzeitpflege	8.061	5.606	1.536		15.202
Ambulant insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen ²⁾)	888.322	471.755	139.804	1.347	1.501.226
Vollstationäre Pflege	212.299	257.652	125.861	4.576	600.389
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	53.931	13.127	6.885	32	73.974
Stationär insgesamt	266.230	270.779	132.746	4.608	674.363
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen ²⁾)	1.154.552	742.534	272.550	5.955	2.175.589
Struktur der errechneten Leistungsempfänger in %					
Pflegesachleistung	4,8	2,7	0,8	0,0	8,4
Pflegegeld f. selbstbeschaffte Pflegehilfen	29,4	13,4	3,6		46,4
Kombination von Geld- u. Sachleistung	5,3	4,4	1,6	0,0	11,2
Tages- und Nachtpflege	0,4	0,4	0,1		0,9
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	0,6	0,6	0,3		1,4
Kurzzeitpflege	0,4	0,3	0,1		0,7
Ambulant (einschl. Mehrfachzählungen *)	40,9	21,8	6,5	0,0	69,0
Vollstationäre Pflege	9,8	11,8	5,8	0,2	27,6
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	2,5	0,6	0,3	0,0	3,4
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen ²⁾)	53,1	34,1	12,5	0,3	100,0
Verhältnis der Empfänger von ambulanten und stationären Pflegeleistungen in %					
Ambulante Pflege	77	64	51		69
Stationäre Pflege	23	36	49		31
Verhältnis der Empfänger von Pflegesachleistung und Pflegegeld (nur ambulant) in %					
Pflegesachleistung (einschl. 50 % Kombinationsleistung)	19	24	27		21
Pflegegeld (einschl. 50 % Kombinationsleistung)	81	76	73		79

¹⁾ Errechnet aufgrund der Leistungstagestatistik

²⁾ Die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie und von stationärer Pflege in Behindertenheimen können gleichzeitig noch eine weitere Leistung beziehen (i.d.R. Pflegegeld). Es kann daher zu Mehrfachzählungen kommen.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Die in Tabelle 3 dargestellten Leistungsbeträge werden mit den in Tabelle 4 aufgeführten Leistungsempfängerzahlen multipliziert und auf das ganze Jahr hochgerechnet. Da die Leistungen dem ambulanten und dem stationären Bereich zuordenbar sind, werden für jede Pflegestufe im ambulanten und stationären Bereich die Produkte jeder Leistungsart mit der Empfängerzahl aufsummiert.

Härfälle werden der Pflegestufe III zugeordnet, weil in den verfügbaren Daten der Leistungsempfänger nach Altersgruppen ²⁾ die Leistungsempfänger dieser Stufe nicht gesondert aufgeführt werden.

Die berechneten Summen lassen sich nun durch die in Tabelle 1 aufgeführten Empfängerzahlen in den einzelnen Pflegestufen dividieren, so dass man einen durchschnittlichen Betrag je Leistungsempfänger und Pflegestufe erhält. Diese Werte unterscheiden sich nach Männern und Frauen, aber nicht in Bezug auf das Alter der Versicherten. Eine Altersdifferenzierung ist damit auf dieser Ebene nicht möglich, da die notwendigen Daten nicht verfügbar sind.

Eine Altersdifferenzierung wird aber dennoch vorgenommen, indem die unterschiedlichen Gewichte der Pflegestufen je Altersklasse berücksichtigt werden. Es wird so für jede Altersklasse ein Leistungsbetrag je Pflegefall gebildet, indem über alle Pflegestufen ein gewichteter Durchschnitt errechnet wird. Als Ergebnis ergibt sich der in Abbildung 5 dargestellte Verlauf der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Pflegefall in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts des Pflegebedürftigen.

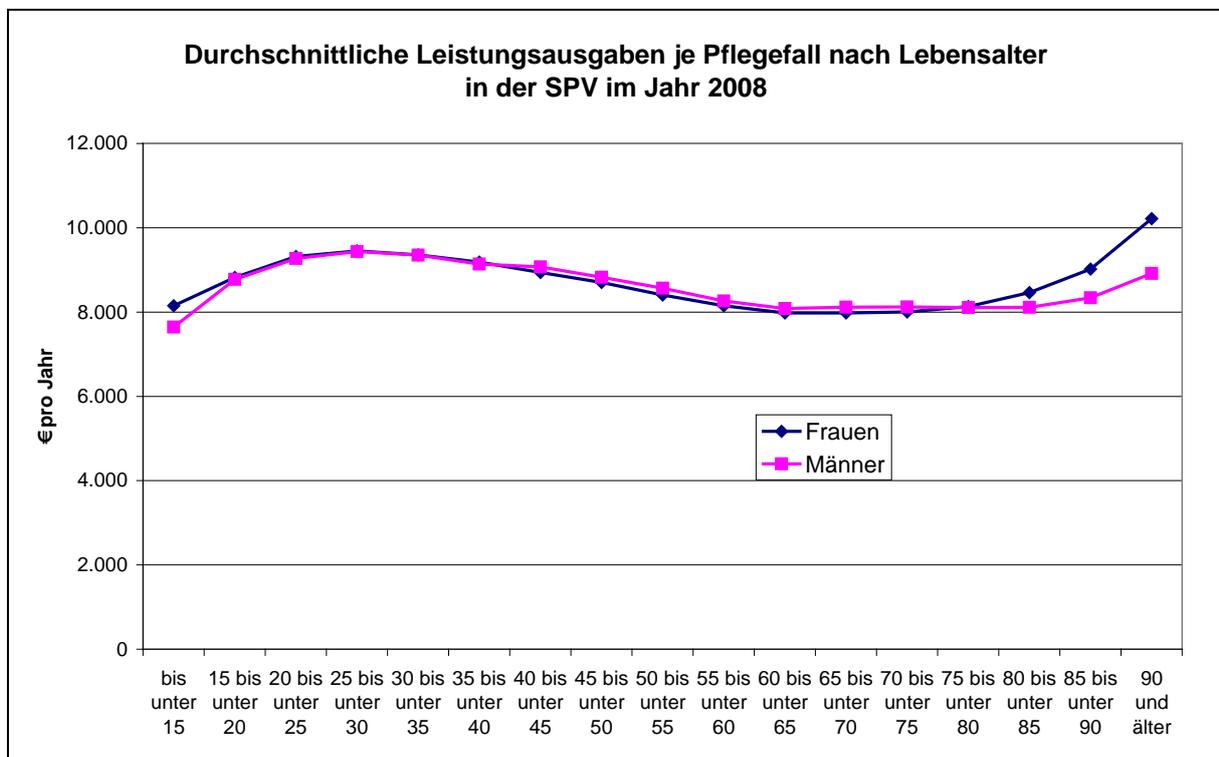


Abbildung 5

Durch Multiplikation mit den Anteilen der Pflegebedürftigen an den gesamten SPV-Versicherten lassen sich wiederum durchschnittliche Leistungsbeträge je Versichertengruppe in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts ermitteln. In Abbildung 6 sind die altersabhängigen Leistungsausgaben in logarithmischem Maßstab dargestellt.

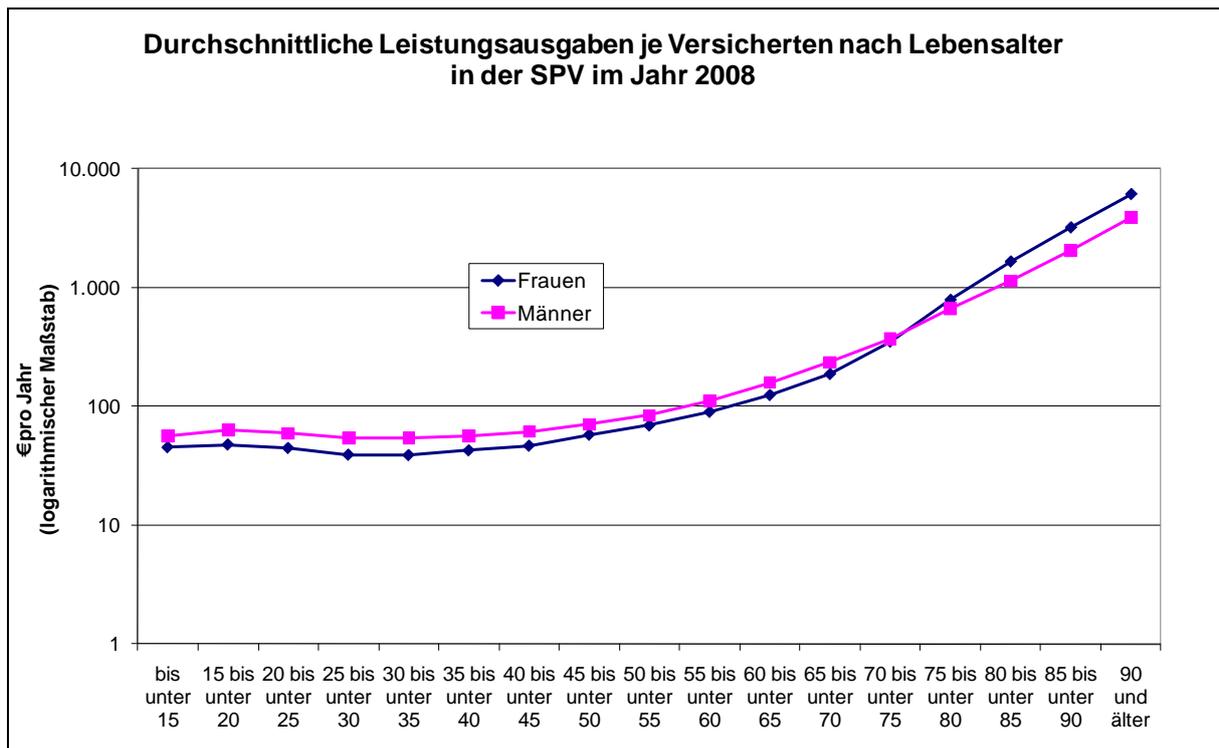


Abbildung 6

Für das Prognosemodell werden diese Werte entsprechend dem Vorgehen bei der Berechnung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit für jedes Einzelalter berechnet. Abbildung 7 zeigt den sich ergebenden Verlauf. Es ist auch hier ein starker Anstieg der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten bei den Älteren feststellbar.

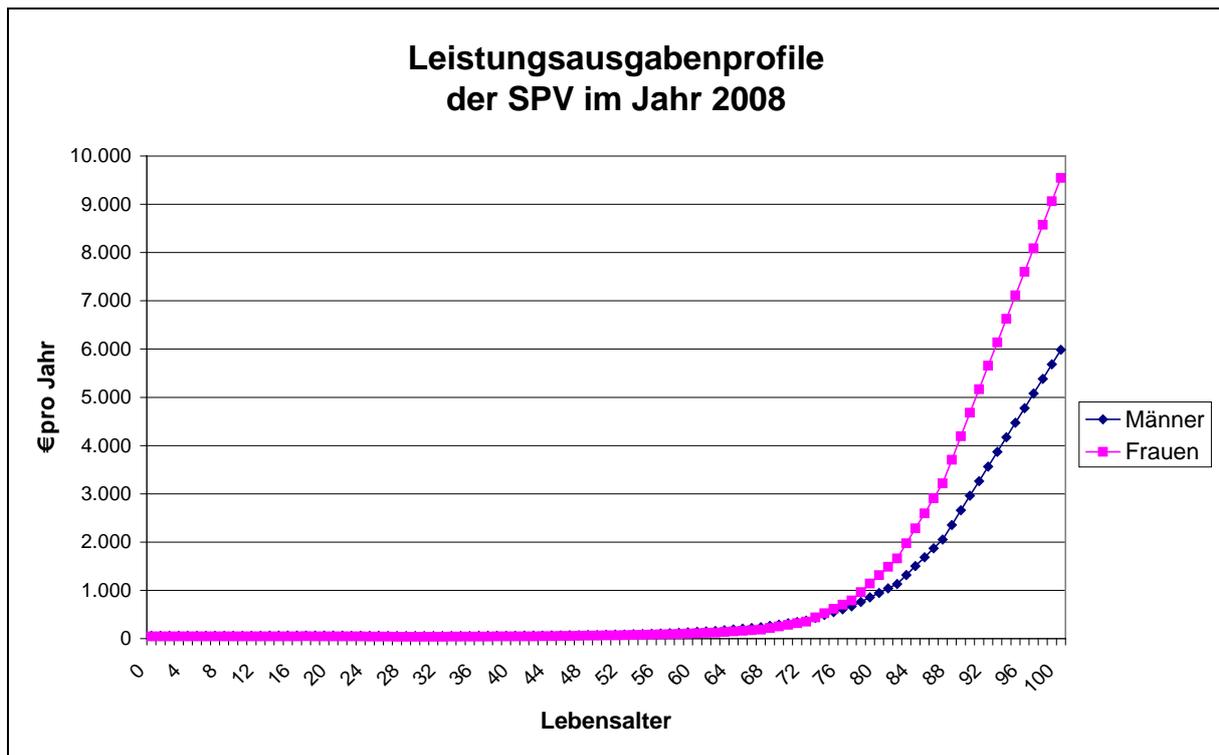


Abbildung 7

Mit Hilfe dieser Ausgabeprofile lassen sich nun – bei entsprechender Fortschreibung – die Ausgaben in der Zukunft prognostizieren, indem die oben beschriebene Entwicklung der SPV-Versicherten zugrunde gelegt wird. Die Versichertenzahlen werden je Alter und Geschlecht mit den zugehörigen durchschnittlichen Leistungsausgaben multipliziert. Durch Aufsummieren erhält man dann die Gesamtausgaben eines Jahres.

2.4 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Kritik am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI und dem damit zusammenhängenden Begutachtungsverfahren ist so alt wie die Pflegeversicherung selbst. Bemängelt wurde vor allem, dass sich Pflegebedürftigkeit nur auf den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen bezieht, und dass dieser Bedarf zudem ungleich erfasst wird. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff sei zu einseitig auf die Bedürfnisse von altersgebrechlichen Menschen ausgerichtet und schließe vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Störungen aus (insbesondere Demenzkranke). Vor diesem Hintergrund wurde im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 festgelegt, dass mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen soll.¹¹ Der eigens für diese Aufgabe eingerichtete Beirat hat im Januar 2009 seinen Abschlussbericht vorgelegt, der die Empfehlungen für den neuen Pflegebe-

¹¹ Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD vom 11.11.2005, Seite 92.

dürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI enthält.¹² Zentraler Punkt des Berichts ist „die Abkehr von einem an den Defiziten und am Unvermögen orientierten Bild des pflegebedürftigen Menschen hin zu einer Sichtweise, die das Ausmaß seiner Selbständigkeit erkennbar macht“. Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren soll der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit künftig nicht der zeitliche Pflegeaufwand, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen sein. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind die Grundlage für die Ermittlung eines Grades der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad). Es soll nach der Vorstellung des Beirates künftig fünf Bedarfsgrade geben, die nach dem Grad der Einschränkung von Selbständigkeit abgestuft sind, und die die bisherigen Pflegestufen 1-3 ersetzen.¹³

In einem weiteren Bericht präsentierte der Beirat im Mai 2009 mögliche Strategien und konkrete Umsetzungsschritte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens in das SGB XI.¹⁴ Dieser Umsetzungsbericht enthält auch verschiedene Szenarien der finanziellen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Nach Angaben des Beirates sei es nicht möglich, die neuen Bedarfsgrade 1 bis 5 mit den bisherigen Geldleistungen nach SGB XI zu verknüpfen, ohne Mehrkosten und Minderleistungen aufgrund von Struktureffekten und Fallzahlsteigerungen zu verursachen. Daher wurden verschiedene Modellrechnungen aufgestellt, die die Gestaltungsspielräume bei der Anwendung des neuen Instruments zeigen. Denkbar seien die folgenden vier Szenarien:

- Szenario I – Modell NBA¹⁵ mit bisherigen Geldwerten
- Szenario II – weitgehend kostenneutrales Modell mit bisherigen Geldwerten
- Szenario III – Szenario mit alternativen Geldwerten
- Szenario IV – weitgehend kostenneutrales Szenario mit alternativen Geldwerten

Szenario I liegen die bisherigen Geldwerte der Pflegestufen 1 bis 3 zu Grunde und es werden die Schwellenwertkonstellationen¹⁶ des neuen Begutachtungsverfahrens angewendet. Der Beirat beschreibt dieses Modell qualitativ als eine (hinsichtlich der Balance zwischen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen) relativ ausgewogene, aber als finanziell teure Lösung, die wegen erheblicher Steigerungen der Gesamtkosten das Problem einer nachhaltigen

¹² Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a).

¹³ Die Bedarfsgrade sind abgestuft von B1 „geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ bis B5 „schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation).“

¹⁴ Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b).

¹⁵ NBA = neues Begutachtungsassessment (d.h. Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und des neuen Begutachtungsverfahrens mit Bedarfsgraden 1 bis 5),

¹⁶ Der Schwellenwert ist die jeweilige Punktzahl, ab der eine Einstufung in die Bedarfsgrade 1 bis 5 erfolgt.

Finanzierung der SPV verschärfen würde. Für Szenario II gelten die gleichen Konditionen wie für Szenario I, allerdings wurden die Schwellenwerte für die Bedarfsgrade 3 und 4 angehoben. Damit soll ein am bisherigen Leistungsniveau orientiertes kostenneutrales Modell erreicht werden. Laut Beirat führe dieses Szenario qualitativ zu einer schlechteren ambulanten Versorgung, sei aber in etwa kostenneutral. Diese ersten beiden Modelle zeigen, „dass eine weitgehend kostenneutrale Lösung unter Beibehaltung bisheriger Leistungsbeträge nur erreichbar ist, wenn der Zugang zu Leistungen höherer Bedarfsgrade erheblich verändert wird und zudem Eingriffe in die Struktur der Leistungserbringung vorgenommen werden.“

In den Szenarien III und IV werden ebenfalls die neuen Bedarfsgrade zu Grunde gelegt, allerdings mit alternativen Geldwerten verknüpft. Für beide Szenarien gelten die gleichen Voraussetzungen, mit dem Unterschied, dass in Szenario IV die Leistungsbeträge so definiert sind, dass ein „weitgehend kostenneutrales“ Szenario entsteht. Laut Beirat wird mit der letzten Modellrechnung IV ein Szenario mit alternativen Geldwerten vorgestellt, „das dem neuen Bewertungsinstrument entspricht und sich weitgehend auf dem bisherigen Leistungsvolumen realisieren lässt.“¹⁷

Da der Übergang zu einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit und einem neuen Begutachtungsverfahren Veränderungen für die aktuell leistungsberechtigten Versicherten mit sich bringt, soll den betroffenen Personen ein Bestandsschutz gewährt werden. Im Umsetzungsbericht des Beirats vom 20.05.09 wurden daher weitere Modellrechnungen erarbeitet, in denen je Szenario I-IV die Mehrkosten dargestellt werden, die durch die Bestandsregelung anfallen würden. Die Dauer des Bestandsschutzes wurde auf drei Jahre festgelegt, da der Beirat davon ausgeht, dass in dieser Zeitspanne 80 % der Versicherten, bei denen eine Bestandsschutzregelung greift, entweder versterben oder aufgrund der fortschreitenden Pflegebedürftigkeit einen höheren Bedarfsgrad erreichen, wodurch die Notwendigkeit eines Bestandsschutzes aufgehoben würde.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die einzelnen Szenarien mit den jeweils prognostizierten Mehrausgaben pro Jahr und für den Bestandsschutz. Die unterschiedlichen Ausgabenbeträge in den einzelnen Szenarien (Varianten A-C bzw. A-F) resultieren aus einer unterschiedlichen Gestaltung des Bedarfsgrades 1. Dieser enthält u.a. die Leistung „zweckgebundener Geldbetrag für pflegebedürftige Menschen“, der für den Einkauf unterstützender Dienstleistungen (wie z.B. niedrigschwellige Betreuungsangebote) vorgesehen ist. Dieser zweckgebundene Geldbetrag beträgt 0 Euro in Variante A, in Variante B 50 Euro und in Variante C 100 Euro, woraus sich die abweichenden Mehrausgaben ergeben. Dieses gilt auch für Szenario III, al-

¹⁷ Die detaillierten Modellrechnungen finden sich im Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20.05.09, S. 23ff.

lerdings wurden hier zusätzlich in den Varianten D-E unterschiedliche Ausgaben für die Bedarfsgrade 2 bis 5 angenommen. Der zweckgebundene Geldbetrag im Bedarfsgrad bleibt gleich und beträgt somit in Variante D 0 Euro, in Variante E 50 Euro und in Variante F 100 Euro.

Tabelle 5

	Mehrausgaben p.a.	Mehrausgaben für Bestandsschutz für 3 Jahre p.a.
Szenario I		
A	2,5 Mrd. €	0,70 Mrd. €
B	2,8 Mrd. €	0,65 Mrd. €
C	3,1 Mrd. €	0,61 Mrd. €
Szenario II		
A	0,30 Mrd. €	1,00 Mrd. €
B	0,60 Mrd. €	0,96 Mrd. €
C	0,93 Mrd. €	0,92 Mrd. €
Szenario III		
A	0,93 Mrd. €	0,98 Mrd. €
B	1,24 Mrd. €	0,94 Mrd. €
C	1,55 Mrd. €	0,89 Mrd. €
D	3,01 Mrd. €	0,72 Mrd. €
E	3,33 Mrd. €	0,68 Mrd. €
F	3,64 Mrd. €	0,64 Mrd. €
Szenario IV		
A	0,34 Mrd. €	1,10 Mrd. €
B	0,65 Mrd. €	1,06 Mrd. €
C	0,96 Mrd. €	1,02 Mrd. €

Es wird deutlich, dass die Szenarien unterschiedliche finanzielle Auswirkungen haben. Je kostengünstiger eine Variante, desto höher sind tendenziell die Mehrausgaben für den Bestandsschutz, da sich eine größere Zahl Pflegebedürftiger finanziell verschlechtern würde.

Die Berichte des Beirats dienen dazu, die Politik in ihrer Entscheidungsfindung bei einer Reform der SPV zu unterstützen. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse der Modellrechnungen (Tabelle 5) auch im vorliegenden Papier berücksichtigt.

Da aus Gründen der Vereinfachung nicht alle 15 Kostenvarianten der Szenarien I bis IV an dieser Stelle berücksichtigt werden sollen, werden zwei Varianten beispielhaft ausgewählt: eine weitgehend kostenneutrale Variante (Szenario IV B), welche Ausgabensteigerungen von ca. 3 % zu den Ausgaben von 2008 bedeutet, und eine relativ kostenintensive Variante (Szenario I B), die zu Mehrausgaben von 15,4 % im Vergleich zu 2008 führt.

2.4 Versichertengruppen

Für die Bestimmung des Beitragssatzes sind noch weitere Informationen und Annahmen nötig.

Neben der Anzahl der Versicherten ist für die Finanzierung der SPV auch der Status der Versicherten von Bedeutung. Die SPV-Versicherten unterteilen sich entsprechend der Einteilung in der GKV in Mitglieder und Familienangehörige. Nur die Mitglieder zahlen Beiträge auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen, die übrigen Versicherten sind beitragsfrei mitversichert.

Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV ist es daher von Bedeutung abzuschätzen, wie viele Mitglieder es in Zukunft geben wird. Für die Höhe der Beitragszahlung werden die Daten über die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aus der GKV-Statistik herangezogen.¹⁸ Auf die beitragspflichtigen Einnahmen werden die Beiträge für die SPV genauso prozentual erhoben wie die Beiträge für die GKV. Da in den Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen nach Mitglied und Rentner differenziert wird, wird dies berücksichtigt, indem die Zahl der Mitglieder in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und in der Krankenversicherung für Rentner (KVdR) fortgeschrieben wird. Es existiert ein relativ großer Unterschied in der Höhe der Beitragseinnahmen, die von Rentnern entrichtet werden zu den durchschnittlichen Beiträgen der übrigen Mitglieder.

¹⁸ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009d).

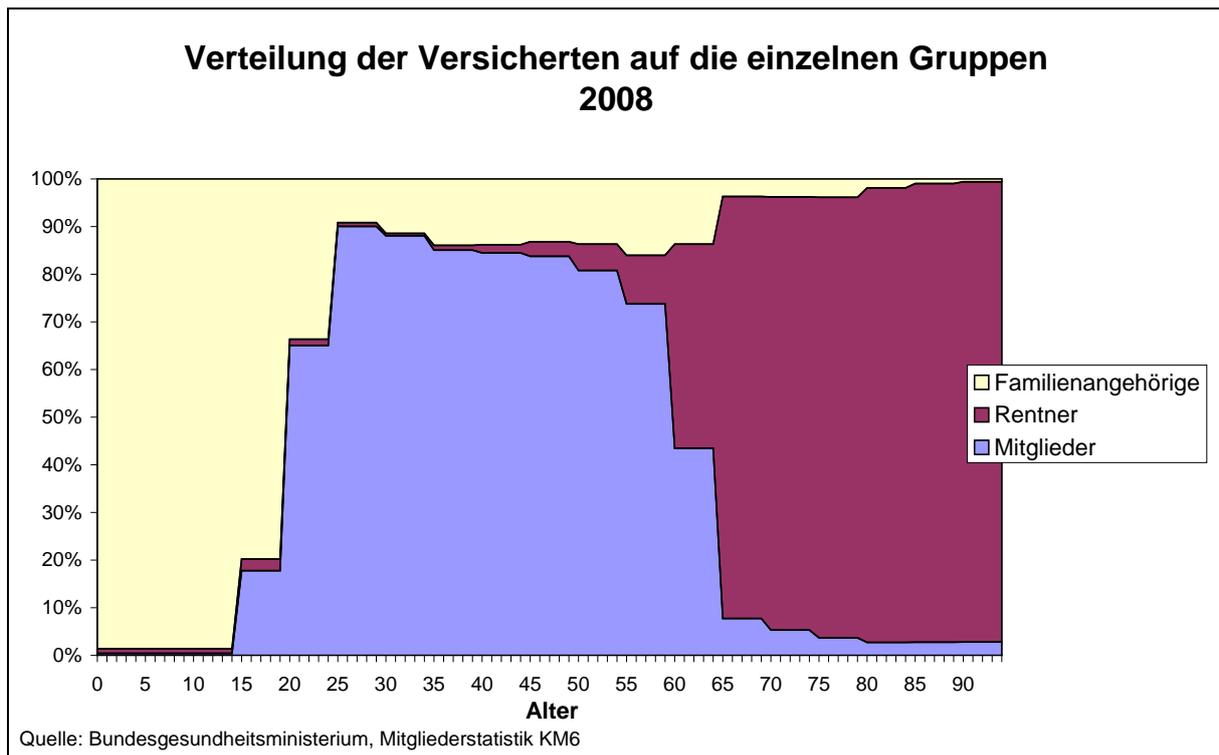


Abbildung 8

Im Modell wird zunächst in jedem Alter die Struktur der Versicherten, wie sie vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird,¹⁹ konstant belassen. Abbildung 8 zeigt die Aufteilung. Es ist zu erkennen, dass Kinder und Jugendliche zum überwiegenden Teil beitragsfrei mitversichert sind. Im mittleren Alter sind die Personen mehrheitlich Mitglieder in der AKV und spätestens mit 65 Jahren zum größten Teil Mitglieder in der KVdR.

2.4.1 Anhebung des Renteneintrittsalters

Bundestag und Bundesrat haben mit dem "Rentenversicherungs-Altersgrenzenanpassungsgesetz" vom 20. April 2007 die Anhebung des Renteneintrittsalters von bisher 65 auf 67 Jahre beschlossen. Ab 2012 steigt danach das Rentenalter schrittweise an. Von 2012 bis 2023 steigt das Renteneintrittsalter zunächst jährlich um einen Monat von 65 auf 66 Jahre, von 2024 bis 2029 dann jährlich um jeweils zwei Monate auf 67 Jahre. Betroffen ist somit erstmalig der Geburtsjahrgang 1947. Wer 1947 geboren wurde, muss über seinen 65. Geburtstag hinaus noch einen Monat länger arbeiten. Ab Jahrgang 1964 gibt es die Rente ohne Abzüge in der Regel erst mit 67 Jahren.

Diese Regelung wird im Modell abgebildet, indem die Aufteilung der Versicherten auf die Kategorien Mitglieder in der AKV, Rentner und Familienangehörige des Alters 60 bis 65, wie

¹⁹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008a).

sie in Abbildung 8 zu erkennen sind, zweimal, 2018 und 2028, um ein Jahr erhöht werden. So haben schließlich die 67-Jährigen die gleiche Versichertenstruktur wie die jetzt 65-Jährigen.

Der Unterschied dieser Umsetzung der Erhöhung des Renteneintrittsalters zu einer Modellierung des langsamen Anstiegs in Einmonatsschritten bzw. Zweimonatsschritten ist sehr gering, so dass es legitim erscheint, den einfacheren Weg der Anhebung in nur zwei Stufen zu gehen.

2.4.2 Anzahl der Mitglieder und Rentner

Abbildung 9 führt die Personenzahlen der Rentner (KVdR) und der Mitglieder in der AKV auf, die sich aufgrund der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung unter Berücksichtigung der PPV-Versicherten und der Erhöhung des Renteneintrittsalters bis 2060 errechnen. Vom Jahr 2017 zum Jahr 2018 und von 2027 zu 2028 sind die „Sprünge“ zu erkennen, die sich durch die beschriebene Modellierung ergeben.

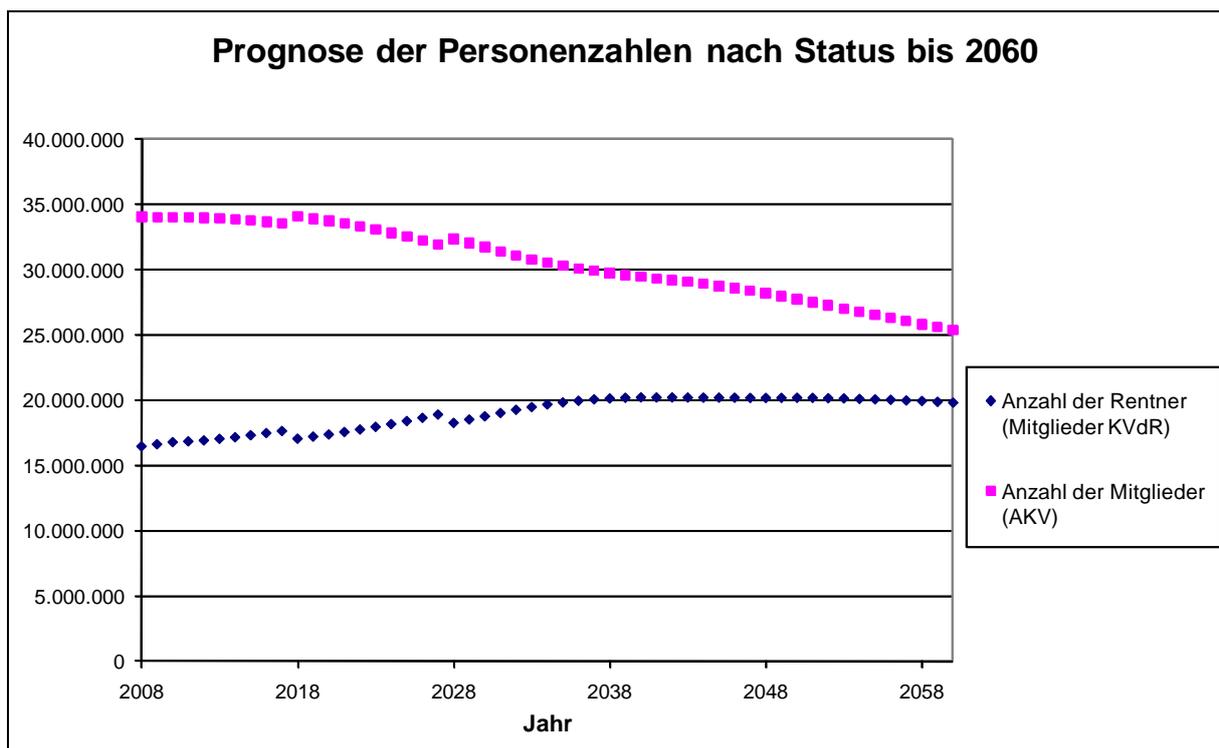


Abbildung 9

Es sind deutlich ein Anstieg der Rentnerzahlen und ein Rückgang der Anzahl aktiv Beschäftigten feststellbar.

Durch dieses Vorgehen wird unterstellt, dass in jeder Altersklasse die Aufteilung der Personen auf Beitragszahler, Beitragszahler mit Rentnerstatus und beitragsfrei Mitversicherte (bis

auf die Veränderungen durch die Anhebung des Renteneintrittsalters) konstant bleiben. Veränderungen beruhen damit nur auf demographischen Einflüssen. Eine darüber hinausgehende Veränderung der Arbeitslosigkeit wird nicht berücksichtigt.

3. Vorausberechnung der Pflegefallzahlen

In dem Modell sind nun alle notwendigen Daten vorhanden, um eine Vorausberechnung der Pflegefallzahlen durchzuführen.

Durch eine Multiplikation der Versichertenzahlen der SPV mit den Pflegewahrscheinlichkeiten (Abbildung 4) lassen sich die Pflegefallzahlen bis 2060 berechnen. Wie oben erwähnt, wird von konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten ausgegangen. Die Anzahl der Pflegefälle sowie ihr jeweiliger Anteil an allen Versicherten sind in Abbildung 10 dargestellt.

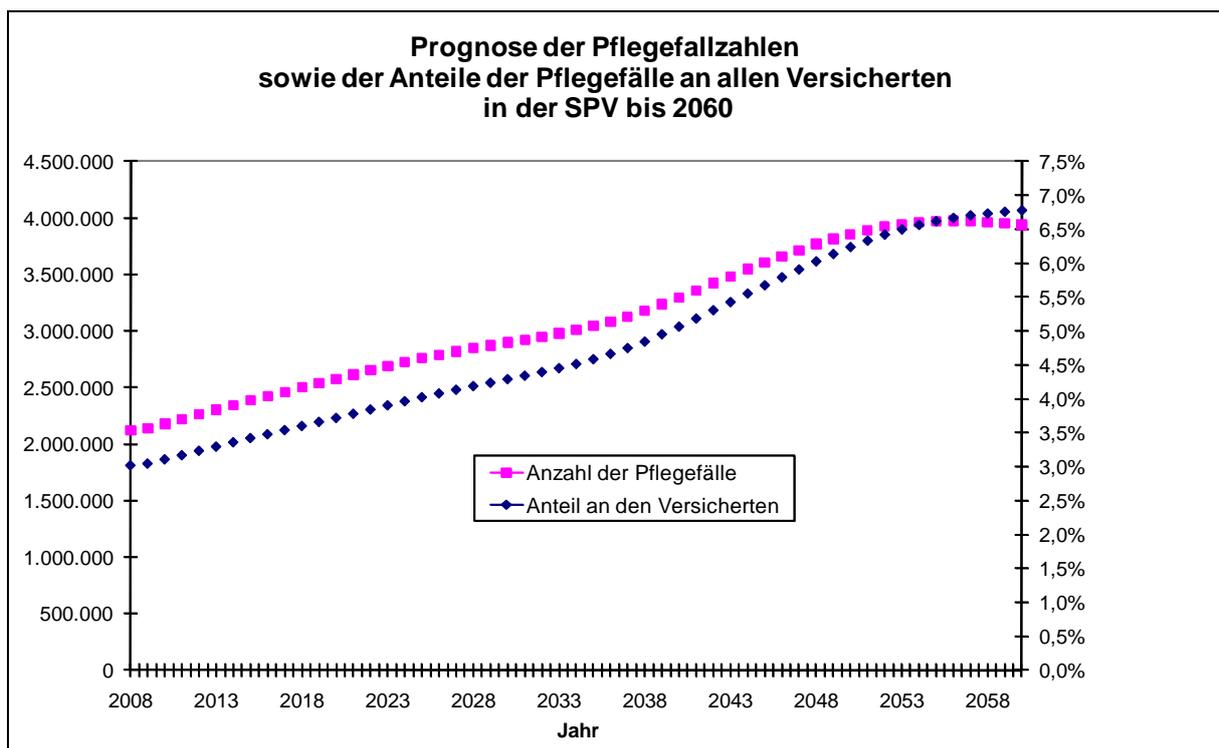


Abbildung 10

Es ist ein deutlicher Anstieg von zurzeit etwas mehr als 2 Millionen auf ca. 4 Millionen pflegebedürftiger Personen bis 2060 festzustellen, wobei sich der Anstieg hauptsächlich bis 2050 ereignet. Die relative Bedeutung der Pflegefälle erhöht sich entsprechend, nimmt aber ab 2050 weiter zu. Es ist eine Entwicklung von aktuell etwa 3 % Betroffenen auf fast 7 % in

2060 zu erwarten. Dieser Verlauf ist auch eine Folge der steigenden Pflegefallzahlen bei insgesamt zurückgehender Bevölkerungszahl.

Die Ergebnisse zeigen, dass die bisher durchgeführten Berechnungen, die in der Regel im Jahr 2050 enden, noch nicht das Ende der Fahnenstange darstellen.

Auf eine Variation der Pflegewahrscheinlichkeiten oder der Lebenserwartung wird an dieser Stelle verzichtet. Ändern sich diese Parameter, würden sich auch die Ergebnisse der Vorausberechnung ändern. Aus heutiger Sicht stellt die hier dargestellte Vorausberechnung mit moderater Lebenserwartungserhöhung und gleichbleibenden Pflegewahrscheinlichkeiten ein mittleres Szenario der Pflegefallzahlentwicklung dar.

4. Vorausberechnung der Pflegeausgaben und der Beitragssätze

Neben der Vorausberechnung der Pflegefallzahlen lassen sich anhand des Modells zukünftige Pflegeausgaben und die korrespondierenden Beitragssätze berechnen.

4.1. Gesamtausgabenentwicklung

Es wird bei der Vorausberechnung für jedes Jahr ein Leistungsausgabenprofil auf die vorausberechneten Versichertenzahlen differenziert nach Alter und Geschlecht angewandt. Dieses Profil wird ausgehend von dem Profil in Abbildung 7 jedes Jahr mit einem Faktor multipliziert, um mögliche Leistungsverbesserungen abzubilden. Werden die Pflegeleistungen nicht verändert, wird der Faktor auf eins gesetzt und die Profile bleiben gleich.

Für jeden Jahrgang und für jedes Geschlecht ergibt sich so in jedem Jahr der Vorausberechnung jeweils ein Betrag an Pflegeausgaben. Aufsummiert über alle Altersstufen und über beide Geschlechter ergeben sich die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Zusätzlich werden noch die aktuellen Verwaltungsausgaben berücksichtigt, die mit dem gleichen Faktor fortgeschrieben werden, wie die Ausgaben je Pflegefall. Damit sind für jedes zu prognostizierende Jahr die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung bestimmt.

4.2. Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen

Im Umlageverfahren werden die Ausgaben über einen prozentualen Beitrag vom Einkommen der Versicherten finanziert. Um den für die Finanzierung nötigen Beitragssatz zu bestimmen, bedarf es somit einer Prognose der beitragspflichtigen Einnahmen (Einkommen) der Versicherten.

4.2.1 Entwicklung der Einkommen in der Vergangenheit

Es ist zu erwarten, dass die Einkommen und damit die beitragspflichtigen Einnahmen in Zukunft weiterhin steigen. Die große Frage ist aber, wie hoch diese Einkommenszuwächse sein werden und wie sich die Entwicklung der Beschäftigten darstellen wird. Relativ klar sind die Folgen der demographischen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird stark zurückgehen und der Anteil der Rentner zunehmen, wenn das Renteneintrittsalter nicht über die bisherige Erhöhung hinaus weiter angehoben wird.

Nach § 71 Abs. 3 SGB V gibt das Bundesgesundheitsministerium jährlich die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied bekannt. Die Veränderung bezieht sich jeweils auf den Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und den der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre. Der in Tabelle 6 dargestellte Wert für 2009 ist damit die Veränderung des zweiten Halbjahres 2008 und des ersten Halbjahres 2009 zu dem zweiten Halbjahr 2007 und dem ersten Halbjahr 2008.

Tabelle 6

Jahr	Bundesweite Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied
2009	+ 1,54 %
2008	+ 1,41 %
2007	+ 0,64 %
2006	+ 0,79 %
2005	+ 0,97 %
2004	+ 0,38 %
2003	+ 0,17 %
2002	+ 1,06 %
2001	+ 1,89 %
2000	+ 1,11 %

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; eigene Darstellung.

Wie in der Tabelle ersichtlich, lagen die Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Zeitraum von 2000 bis 2008 immer unter einem Wachstum von 2 %. Im geometrischen Mittel ergibt sich ein Anstieg von nur 0,99 %.

In diesem Anstieg steckt aber auch eine Verschiebung der Gewichte von Erwerbstätigen hin zu Rentnern. Da in dem Modell die Beiträge der Mitglieder und Rentner getrennt modelliert werden, sind eher die in Tabelle 7 dargestellten Entwicklungen relevant. Auf Grundlage der vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Statistik wurden die durchschnittlichen

beitragspflichtigen Einnahmen getrennt nach Mitgliedern der AKV und der KVdR ermittelt. Es zeigt sich, dass die durchschnittlichen Wachstumsraten oberhalb der in Tabelle 6 genannten liegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder stiegen um durchschnittlich 1,3 % seit 1999 und die der Rentner um 1,12 %.

Tabelle 7

Jahr	Durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen je		Veränderung zum Vorjahr in %	
	Mitglieder	Rentner	Mitglieder	Rentner
2008	23.910 €	11.909 €	2,40 %	1,29 %
2007	23.349 €	11.756 €	0,75 %	0,30 %
2006	23.175 €	11.722 €	0,68 %	0,01 %
2005	23.018 €	11.721 €	1,42 %	-0,09 %
2004	22.696 €	11.731 €	1,83 %	0,23 %
2003	22.288 €	11.704 €	0,06 %	1,83 %
2002	22.275 €	11.494 €	1,13 %	3,38 %
2001	22.026 €	11.118 €	1,49 %	1,60 %
2000	21.702 €	10.943 €	1,98 %	1,58 %
1999	21.281 €	10.773 €		
geometrischer Durchschnitt			1,30%	1,12%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2009e).

Diese Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied unterscheidet sich von der Entwicklung der Bruttoverdienste, wie sie vom Statistischen Bundesamt bekannt gegeben werden (Tabelle 8). In den Daten des Statistischen Bundesamtes zeigt sich eine deutlich stärkere Dynamik der Verdienste. So errechnet sich hier für den gleichen Zeitraum von 1999 bis 2008 ein durchschnittlicher jährlicher Anstieg von 2,35 %.

Dieser Wert liegt aus mehreren Gründen oberhalb des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Versicherten.

Zum einen werden vom Statistischen Bundesamt nur Vollzeitbeschäftigte erfasst. Der Trend zur Teilzeit macht sich in der GKV in niedrigeren Zuwächsen bemerkbar.

Zum anderen verzeichnete die GKV und damit auch die SPV in dem Zeitraum deutliche Wechslerzahlen in die private Krankenversicherung. Da es sich hier vorwiegend um überdurchschnittlich verdienende Versicherte handeln dürfte, drückt dieser Abgang den Durchschnitt und führt zu einem Zurückbleiben des Wachstums des Einkommens unter dem der gesamten Vollzeitbeschäftigten.

Zuletzt beeinflusst die Beitragsbemessungsgrenze die Entwicklung. Deren Einfluss ist aber nicht eindeutig zu bestimmen.

Tabelle 8

Entwicklung der Bruttoverdienste in Deutschland				
Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste im produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich ohne Sonderzahlungen				
Jahr	Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer			
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
	EUR			Veränderung in Prozent
2008	3.103	3 294	2 661	2,65%
2007	3.023	3 211	2 590	2,47%
2006	2.950	3 138	2 522	1,69%
2005	2.901	3 088	2 475	1,93%
2004	2.846	3 034	2 421	2,26%
2003	2.783	2 972	2 359	3,04%
2002	2.701	2 889	2 286	3,21%
2001	2.617	2 800	2 216	2,59%
2000	2.551	2 732	2 150	1,31%
1999	2.518	2 713	2 105	2,90%
1998	2.447	2 639	2 039	2,43%
1997	2.389	2 580	1 985	1,92%
1996	2.344	2 539	1 933	2,76%
1995	2.281	2 470	1 858	4,39%
1994	2.185	2 370	1 774	3,90%
1993	2.103	2 281	1 704	4,99%
1992	2.003	2 188	1 602	9,33%
1991	1.832	2 010	1 440	

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009e).

Betrachtet man nicht die Bruttoverdienste der vollbeschäftigten Arbeitnehmer, sondern die Bruttoarbeitnehmerentgelte je Arbeitnehmer (Tabelle 9), so ist hier ebenfalls eine deutlich geringere Dynamik festzustellen. Hier ergibt sich im Durchschnitt der Jahre 1999 bis 2008 ein Anstieg von 1,2 %. Dieser liegt damit unter dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der GKV.

Ein Grund hierfür könnte sein, dass in der GKV auch Selbständige versichert sind, die hier nicht erfasst sind.

Tabelle 9

Bruttoarbeitnehmerentgelt *)					
Jahr	insgesamt		je Arbeitnehmer		
	in Mio. €	in %	jährlich		monatlich
			in €	in %	in €
1999	1.059.510	+ 2,6	30.726	+ 1,1	2.561
2000	1.100.060	+ 3,8	31.320	+ 1,9	2.610
2001	1.120.610	+ 1,9	31.812	+ 1,6	2.651
2002	1.128.320	+ 0,7	32.246	+ 1,4	2.687
2003	1.132.080	+ 0,3	32.757	+ 1,6	2.730
2004	1.137.130	+ 0,4	32.890	+ 0,4	2.741
2005	1.130.070	- 0,6	32.854	- 0,1	2.738
2006	1.149.460	+ 1,7	33.193	+ 1,0	2.766
2007	1.183.550	+ 3,0	33.583	+ 1,2	2.799
2008	1.224.600	+ 3,5	34.209	+ 1,9	2.851

*)Rechenstand dieser Ergebnisse ist Mai 2009
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009), Tabelle 1.12.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das für den Beitragssatz relevante beitragspflichtige Einkommen in den letzten Jahren mit im Schnitt 1,3 % deutlich unter einem Wachstum von 2 % lag.

4.2.2 Einbindung der Einkommensentwicklung in das Modell

Im Modell werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und Rentner mit einem Faktor multipliziert fortgeschrieben. Der Faktor integriert eine mögliche Lohnsteigerung in das Modell.

Im Jahr 2008 startet das Modell mit 2.003,13 €je Mitglied und 1.010,98 €je Rentner²⁰. Diese Monatswerte werden auf ein Jahr hochgerechnet. Jedem Mitglied und Rentner wird der entsprechende Wert zugeordnet und über alle Mitglieder aufsummiert, so dass sich für jedes Jahr der Vorausberechnung die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen ergeben.

4.3. Bestimmung des Beitragssatzes

Aus dem Verhältnis der berechneten Gesamtausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder und Rentner errechnet sich ein Beitragssatz eines Jahres, der dazu führt, dass

²⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008b), S. 32.

im Umlageverfahren der SPV die Einnahmen die Ausgaben decken. Die Mindestreserve und eine mögliche Änderung der Mindestreserve wird in der hier vorgenommen Betrachtung nicht berücksichtigt. Die von den Beitragszahlern aufgebrauchten Beiträge sollen also in jedem Jahr in ihrer Höhe den Ausgaben entsprechen. Eine Differenzierung der Beitragssätze nach der Kinderzahl, wie sie aktuell existiert, wird nicht modelliert. Der sich ergebende Beitragssatz ist somit als ein durchschnittlicher zu verstehen.

Der Beitragssatz zur SPV lag bis zum 1.07.2008 bei 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen, die in der Regel den Bruttoeinkommen der Versicherten entsprechen. Bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern lag er bei 1,95 %. Zum 1.07. 2008 wurde dann der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 % (bei Kinderlosen auf 2,2 %) erhöht.

Ziel der Beitragserhöhung war es, das sich bis dahin zeigende Defizit in der sozialen Pflegeversicherung auszugleichen und die Leistungsverbesserungen (siehe obige Aufstellung) der Pflegereform zu finanzieren.²¹

Diese Beitragssätze führen zurzeit zu einem Überschuss in der Pflegeversicherung. Im Modell wird aber jeweils der Beitragssatz ermittelt, der die laufenden Kosten decken würde.

Auf Basis des Prognosemodells werden mehrere Varianten berechnet, die die Einflüsse der einzelnen Parameter deutlich machen und eine Vorstellung über die finanziellen Risiken in der Pflegeversicherung vermitteln sollen.

5. Berechnung von Modellvarianten zur Bestimmung des Finanzrisikos in der SPV

5.1 Variante I: Der reine Demographieeffekt

In der ersten Variante soll nur der Einfluss der Demographie dargestellt werden, indem alle Parameter des Modells, außer der Veränderung in der Bevölkerungsstruktur, unverändert bleiben. So werden die für das Jahr 2008 berechneten durchschnittlichen Pflegesätze über die Zeit konstant belassen und die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei 2.003,13 €/je Mitglied und 1.010,98 €/je Rentner.²²

Aus den resultierenden konstanten Pflegesätzen ergibt sich der in Abbildung 11 ersichtliche Verlauf der Pflegeausgaben in der SPV. Hier ist erwartungsgemäß ein deutlicher Anstieg von den gut 19 Mrd. € in 2008 auf ca. 37 Mrd. € in 2060 festzustellen. Auffällig ist der sich ab ca. dem Jahr 2035 beschleunigende Anstieg, der auf den Effekt zurückzuführen ist, dass die ge-

²¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009f).

²² Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008b), S. 32.

burtenstarken Jahrgänge der 1960er- Jahre in das Alter vorrücken, in dem die Pflegewahrscheinlichkeit deutlich zunimmt.

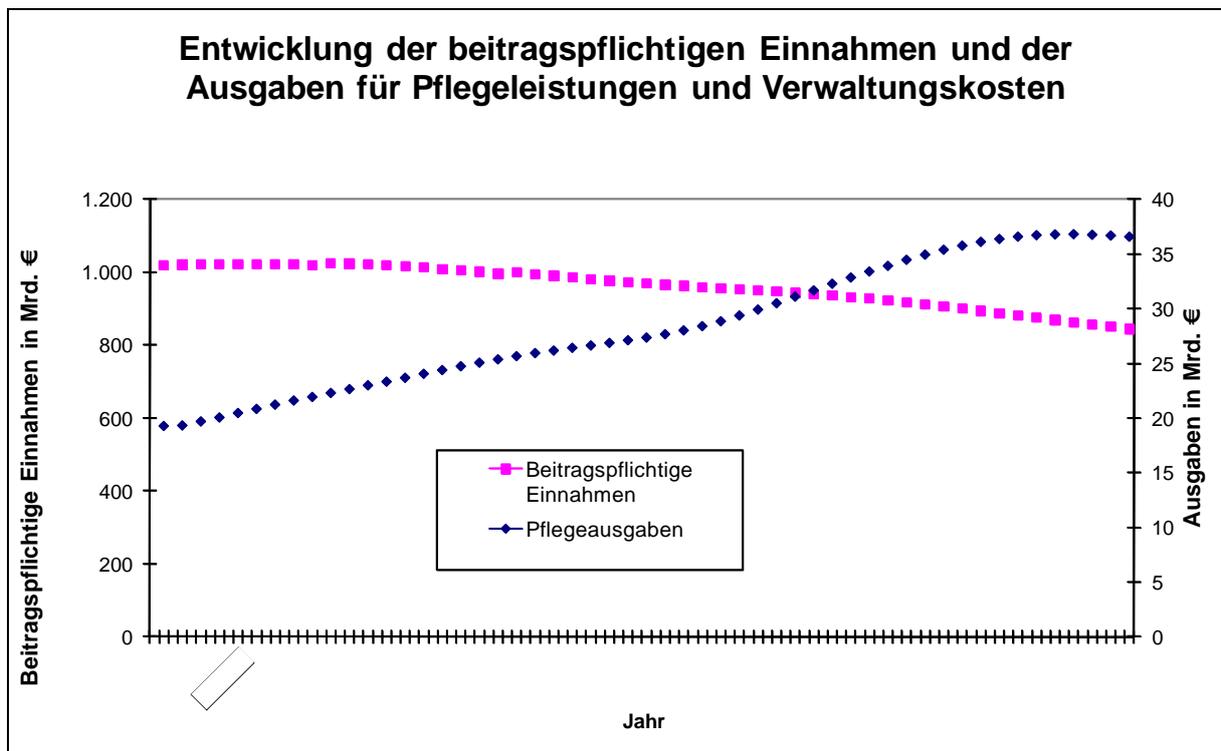


Abbildung 11

In Abbildung 11 sind die entgegengesetzten Verläufe der Ausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich zu erkennen, wobei noch mal darauf hinzuweisen ist, dass bei beiden keine Dynamik in den Werten je Versicherten unterstellt wird. Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller SPV-Versicherten wird bis 2060 trotzdem deutlich zurückgehen, da sich die Zahl der Erwerbstätigen demographiebedingt verringern wird.

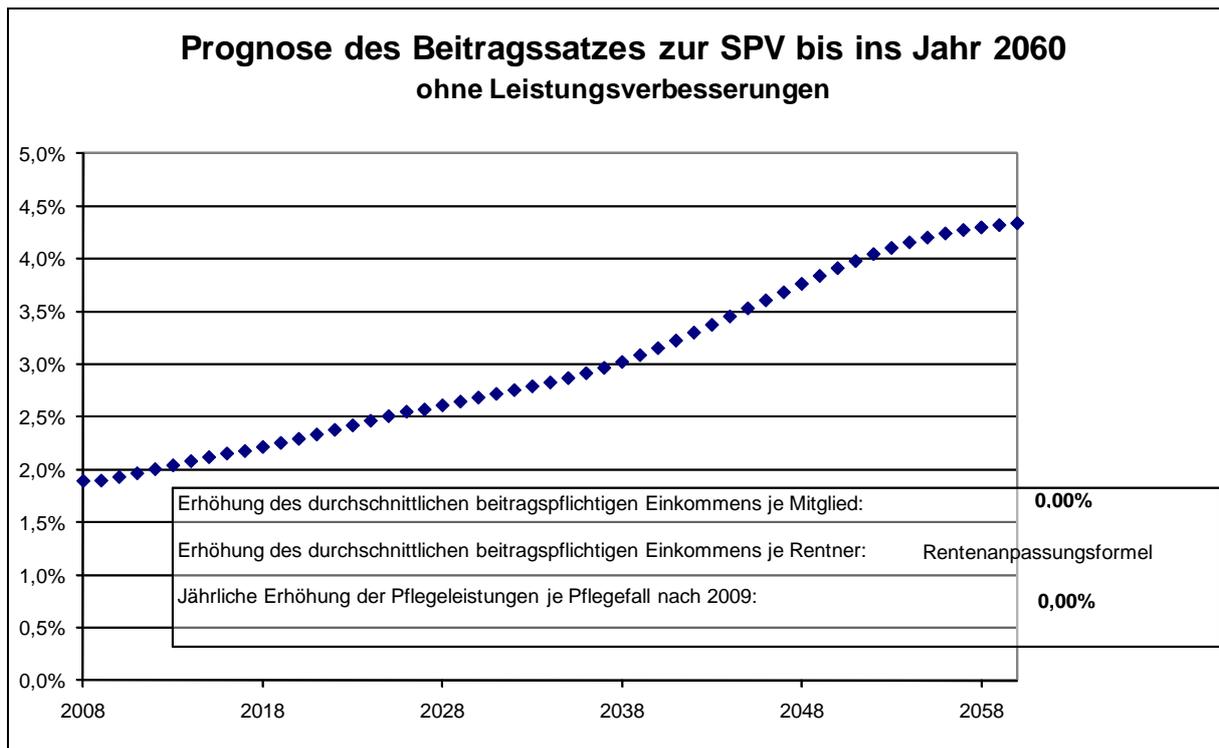


Abbildung 12

Abbildung 12 zeigt die Beitragssatzentwicklung in der SPV, die sich allein aufgrund der Demographie ergibt.

Dies bedeutet, würden weder die Einkommen und Renten der Versicherten steigen noch die Pflegesätze, würde der Beitragssatz in der SPV bis 2060 auf knapp 4,5 % anwachsen und sich damit mehr als verdoppeln.²³

Würde sich also in der SPV nichts verändern, würde sich die Belastung aufgrund der demographischen Entwicklung bis 2050 mindestens verdoppeln.

²³ Das gleiche Ergebnis wird sich einstellen, wenn beitragspflichtige Einnahmen und Leistungsausgaben je Pflegefall sich mit der gleichen Dynamik entwickeln. Vgl. Niehaus (2008a) S. 35 ff.

5.2 Variante II: Ausgleich des Demographieeffektes durch Einkommenszuwächse

Stellt man die Frage, wie stark die Einkommen wachsen müssen, damit bei gleichbleibenden Pflegesätzen ein in etwa konstanter Beitragssatz gehalten wird, so wäre die Antwort ein fast zweiprozentiges Wachstum. Dieses Wachstum von 1,8 % der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied würde dauerhaft benötigt, um den demographiebedingten Anstieg der Ausgaben in der Pflegeversicherung auszugleichen. In diesem Falle würden die Einnahmen und Ausgaben in etwa im gleichen Maße wachsen (Abbildung 13).

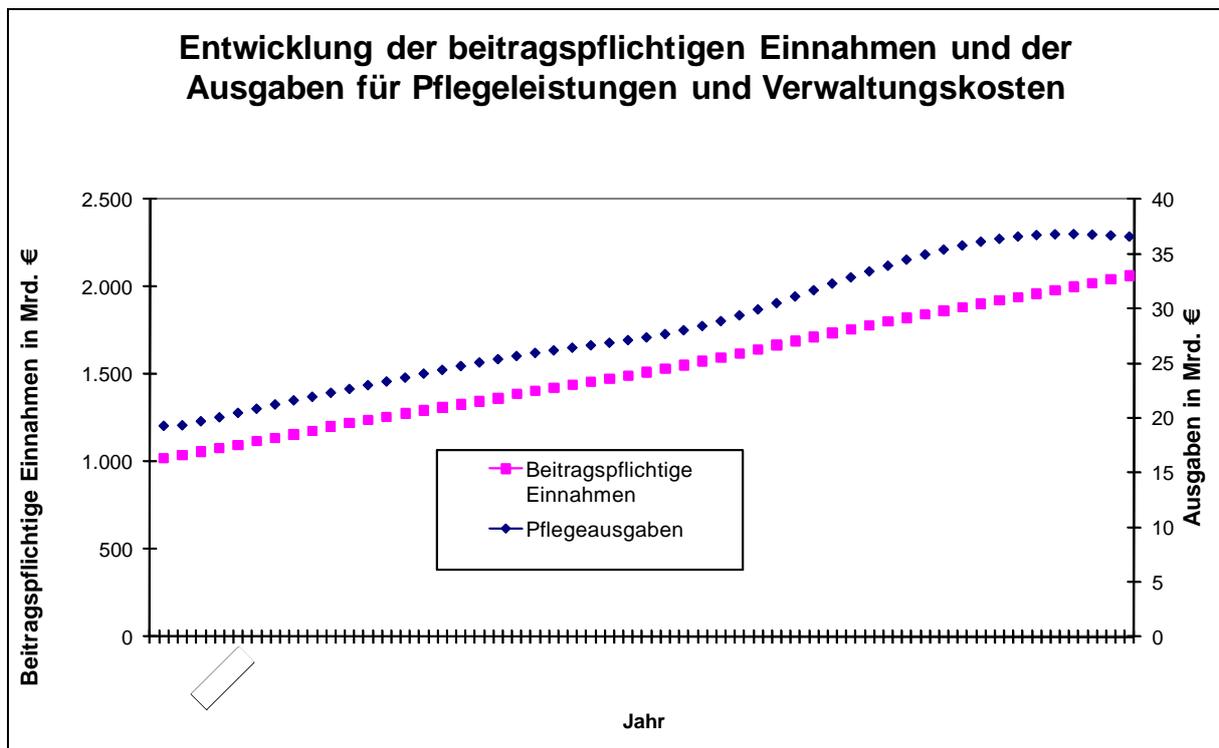


Abbildung 13

Aus diesem parallelen Anstieg ergibt sich dann ein in etwa gleichbleibender Beitragssatz (Abbildung 14), wohlgemerkt bei unveränderten Leistungen je Pflegefall.

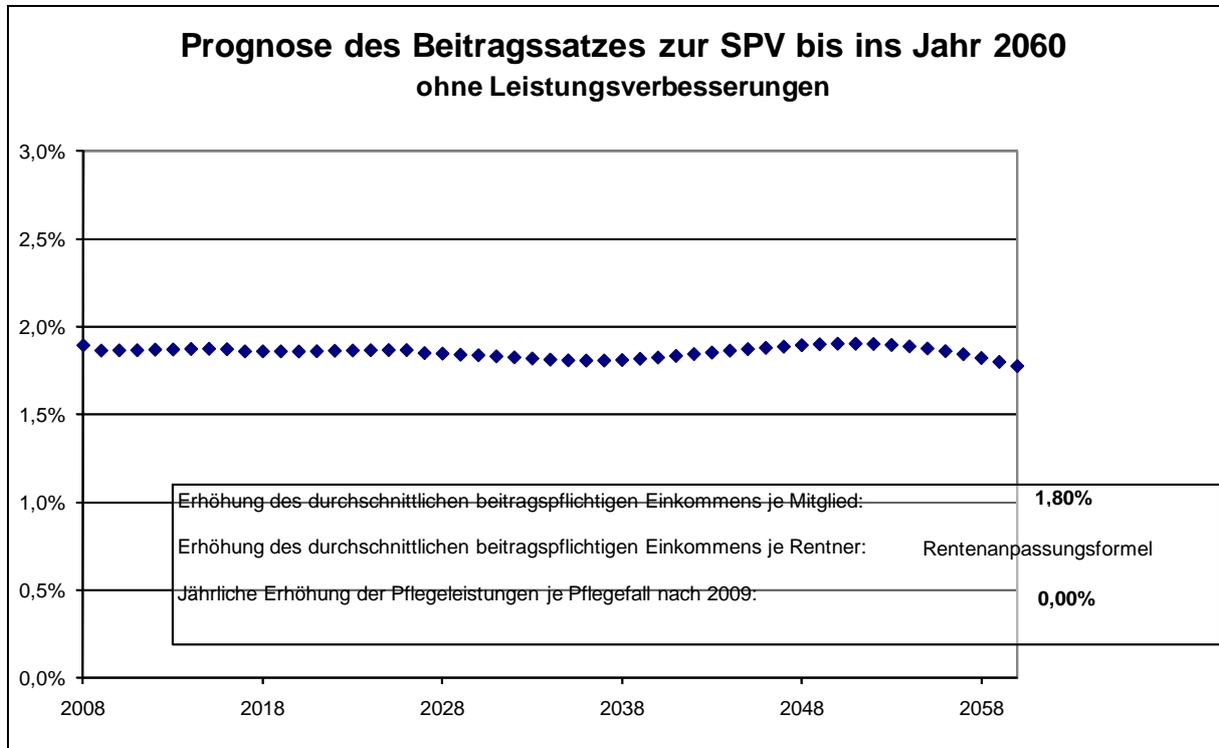


Abbildung 14

Blickt man in die oben dargestellte Historie der letzten Jahre (Tabelle 7), so ist festzustellen, dass ein Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nahe 2 % und darüber nur in den wenigsten Jahren erreicht wurde. Damit erscheint die Annahme eines dauerhaften Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen von annähernd 2 % je Mitglied sehr unrealistisch.

5.3 Variante III: Fortschreibung der bisherigen Entwicklung

Unterstellt man dagegen den tatsächlichen durchschnittlichen Anstieg der Einkommen der Mitglieder in den letzten Jahren mit 1,3 % auch für die Zukunft, so wäre kein konstanter Beitragssatz zu erwarten. Dieser würde sich vielmehr demographiebedingt um ca. 0,5 Beitragssatzpunkte bis 2050 auf 2,4 % erhöhen (Abbildung 15). Bei einer solchen Entwicklung würde trotz Beitragssatzsteigerung der Verfall des Wertes der Pflegeleistungen nicht ausgeglichen und es gebe keinerlei Leistungsverbesserungen.

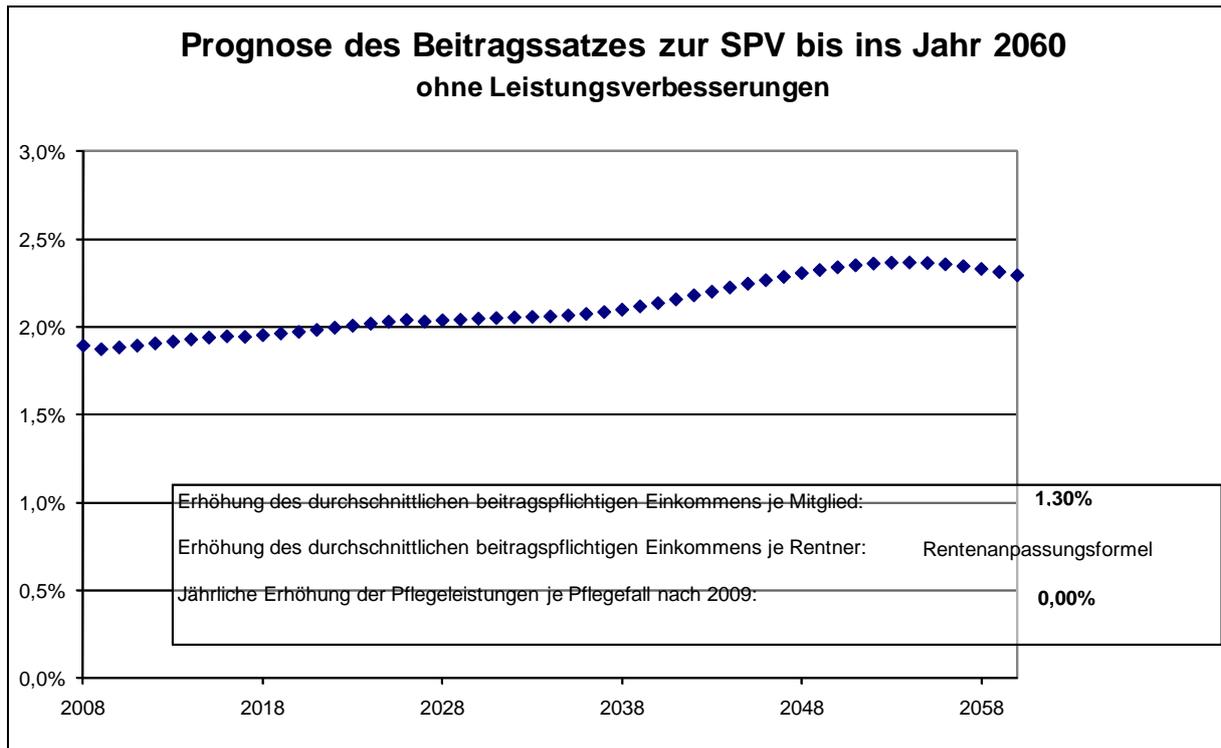


Abbildung 15

5.4 Varianten IV und V: Berücksichtigung der schon beschlossenen Leistungsverbesserungen

Wie oben beschrieben, sind ab dem 1.1.2010 (Variante IV) und dem 1.1.2012 (Variante V) Leistungsverbesserungen vorgesehen. Kalkuliert man diese Leistungsverbesserungen in das Modell ein, ergeben sich die Beitragsverläufe der Abbildung 16 und Abbildung 17. Die Leistungsverbesserungen erhöhen die zu erwartenden Beitragssätze leicht.

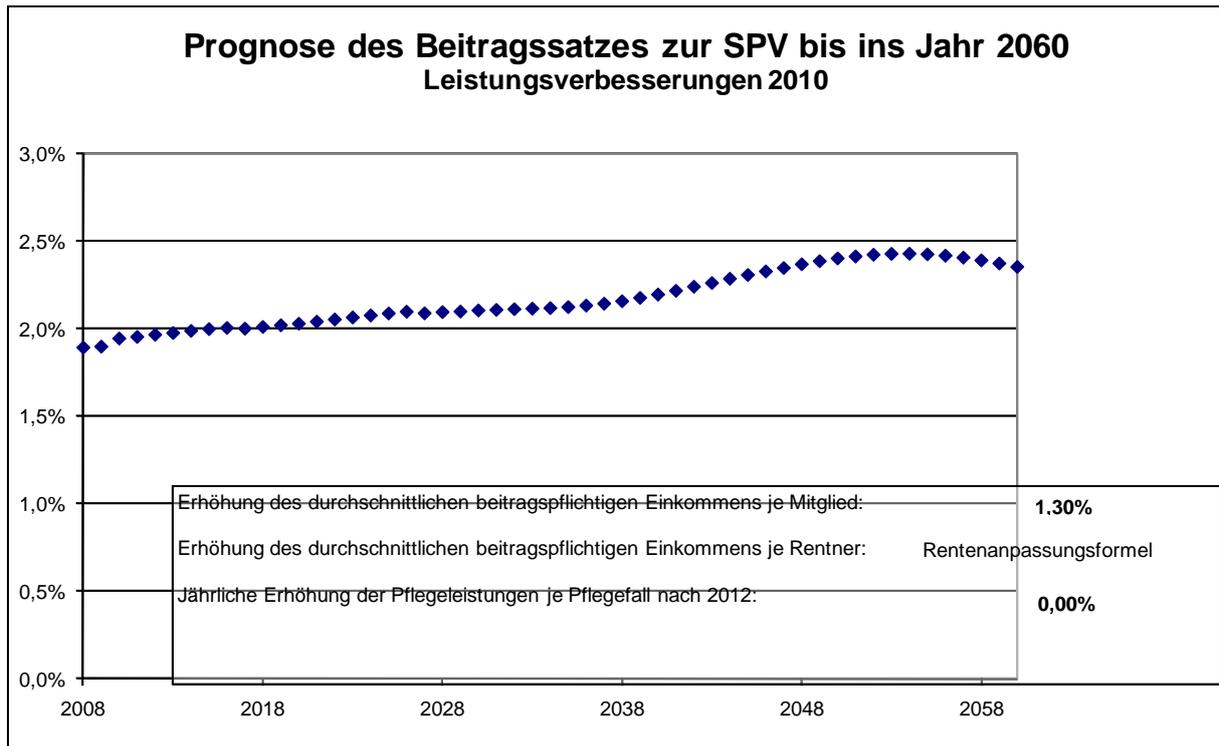


Abbildung 16

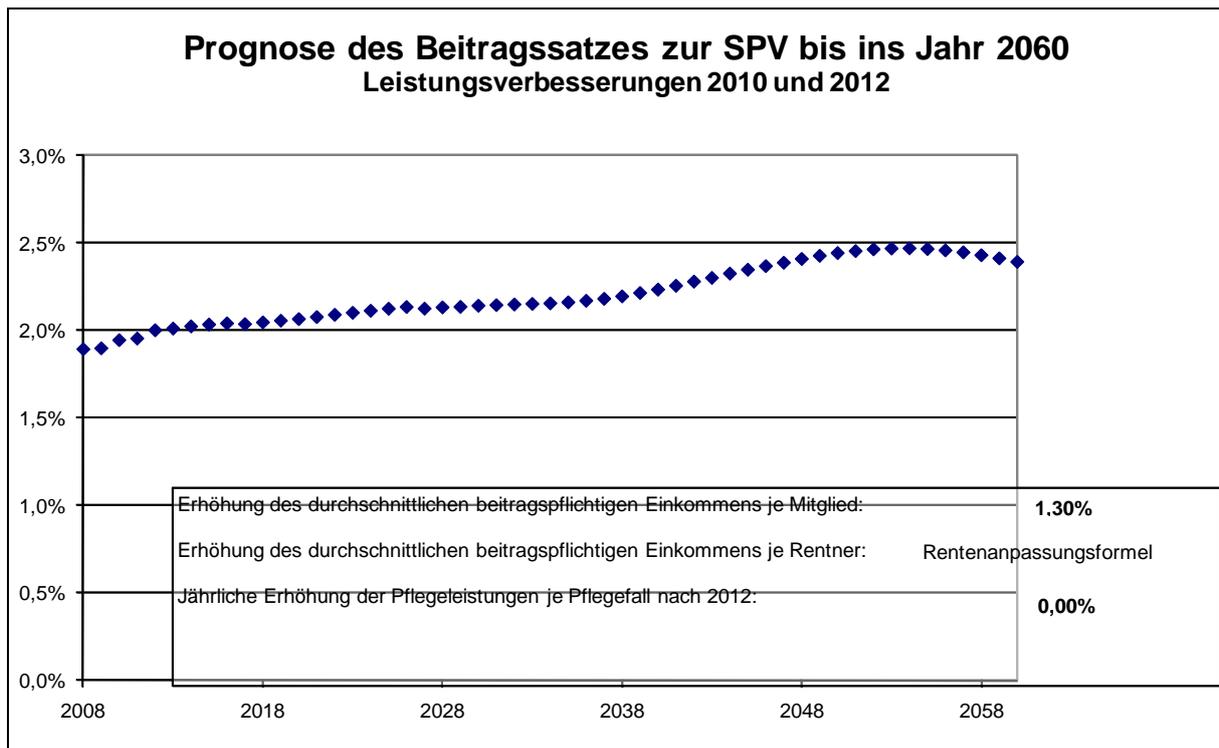


Abbildung 17

Diese Erhöhungen stellen sich nicht als gravierend heraus, da es sich um jeweils einmalige Anstiege handelt und danach wieder der Wertverfall der Pflegeleistungen fortbesteht.

5.5 Variante VI: Eine Dynamisierung der Leistungen ab 2014

Vom Gesetzgeber ist derzeit vorgesehen, dass ab 2014 die Pflegeleistungen alle drei Jahre überprüft und die Leistungen an die Inflation angepasst werden (§ 30 SGB XI). Unterstellt man beispielsweise eine Inflation bei den Pflegeleistungen von 2 % pro Jahr, dann hat sich der Gegenwert für den Geldbetrag nach 36 Jahren halbiert. Man müsste dann den doppelten Geldbetrag aufbringen, um die gleiche Leistung zu erhalten.

Die entscheidende Frage hierbei ist, welcher Entwertung die Pflegeleistungen unterliegen. Da kein Index zur Messung der Inflation von Pflegeleistungen existiert, lassen sich nur Hilfsgrößen für die Beantwortung dieser Frage verwenden. Hier ließe sich zum einen die allgemeine Inflation heranziehen. Die Tabelle 10 zeigt die Entwicklung der Verbraucherpreise, die in den letzten Jahren immer über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied lagen (Tabelle 7). In § 30 SGB XI ist des Weiteren festgelegt, dass die Anpassung der Pflegeleistungen nicht über dem Wachstum der Einkommen liegen dürfen. Dies spricht für die Annahme gleicher Wachstumsraten von Einkommen und Pflegeleistungen.

Tabelle 10

Verbraucherpreisindex für Deutschland		
Jahr	Verbraucherpreisindex	Veränderung zum Vorjahr
	2005=100	in (%)
1991	75,9	-
1992	79,8	+5,1
1993	83,3	+4,4
1994	85,6	+2,8
1995	87,1	+1,8
1996	88,3	+1,4
1997	90,0	+1,9
1998	90,9	+1,0
1999	91,4	+0,6
2000	92,7	+1,4
2001	94,5	+1,9
2002	95,9	+1,5
2003	96,9	+1,0
2004	98,5	+1,7
2005	100,0	+1,5
2006	101,6	+1,6
2007	103,9	+2,3
2008	106,6	+2,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009f).

Auch denkbar wäre die Argumentation, dass Pflegeleistungen vor allem Dienstleistungen sind und damit die Lohnentwicklung der entscheidende Faktor für die Preisentwicklung in der Pflegeversicherung ist. Auch in diesem Fall würden dann die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und die Entwertung in Form von Inflation im Pflegebereich sich parallel entwickeln und es würde sich der in Abbildung 18 dargestellte Verlauf des Beitragssatzes mit einem Anstieg auf 4,5 % bis 2060 einstellen.

Diese parallele Entwicklung der Einkommen und der Ausgaben erzeugt im Prinzip den gleichen Verlauf der Beitragssätze, der sich auch bei keiner Dynamik in beiden Parametern einstellt, wie dies in der oben beschriebenen Variante I (Abbildung 12) zu sehen ist.

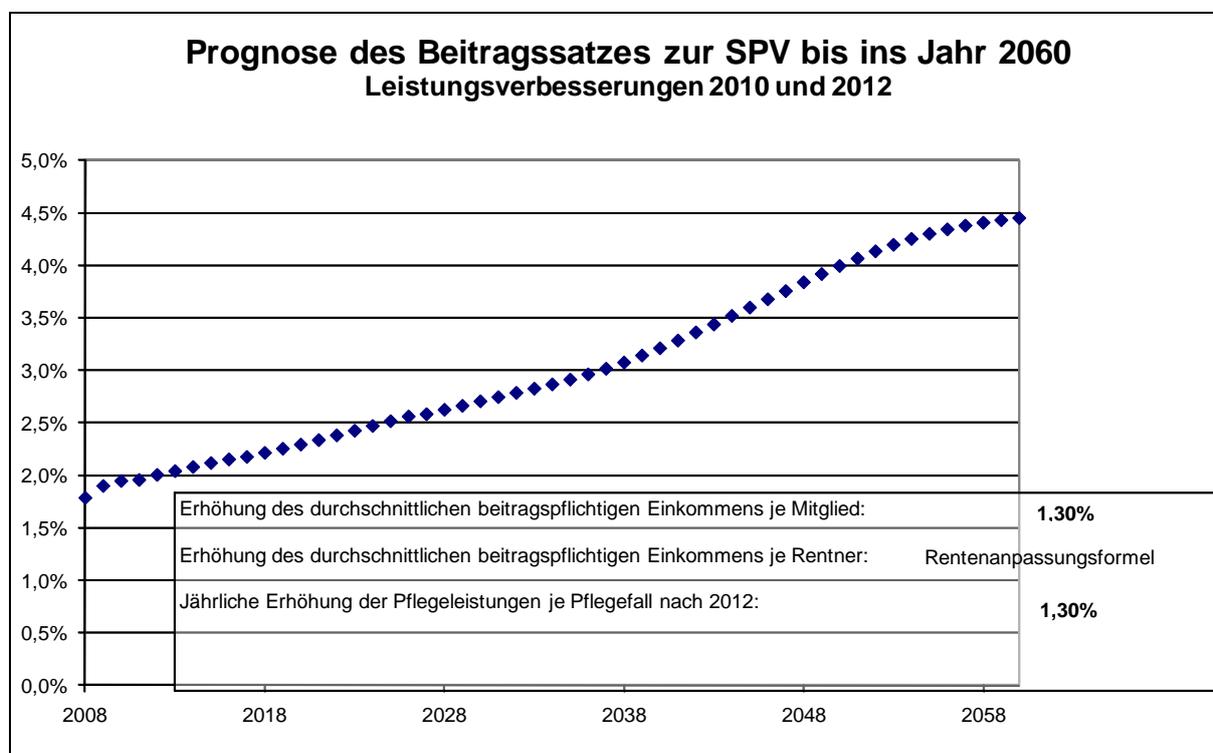


Abbildung 18

Entscheidend für den langfristig resultierenden Beitragssatz ist vor allem die Differenz zwischen den Wachstumsraten der Einkommen und der Ausgaben. Je stärker die Einkommen im Verhältnis zu den Ausgaben je Pflegefall wachsen, desto niedriger der Beitragssatz in der Zukunft und umgekehrt.²⁴

²⁴ Für eine detaillierte Analyse der Zusammenhänge siehe Niehaus (2008b), S. 51 ff.

5.6 Variante VII: Ausgabenanstieg je Pflegefall übertrifft Wachstum der Einkommen je Mitglied

Ließe man die Leistungen je Pflegefall stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Rentner, was im Falle einer starken Inflation plausibel erscheint, um den Wertverfall der Pflegeleistungen aufzufangen, würde der Beitragssatz regelrecht explodieren (Abbildung 19).

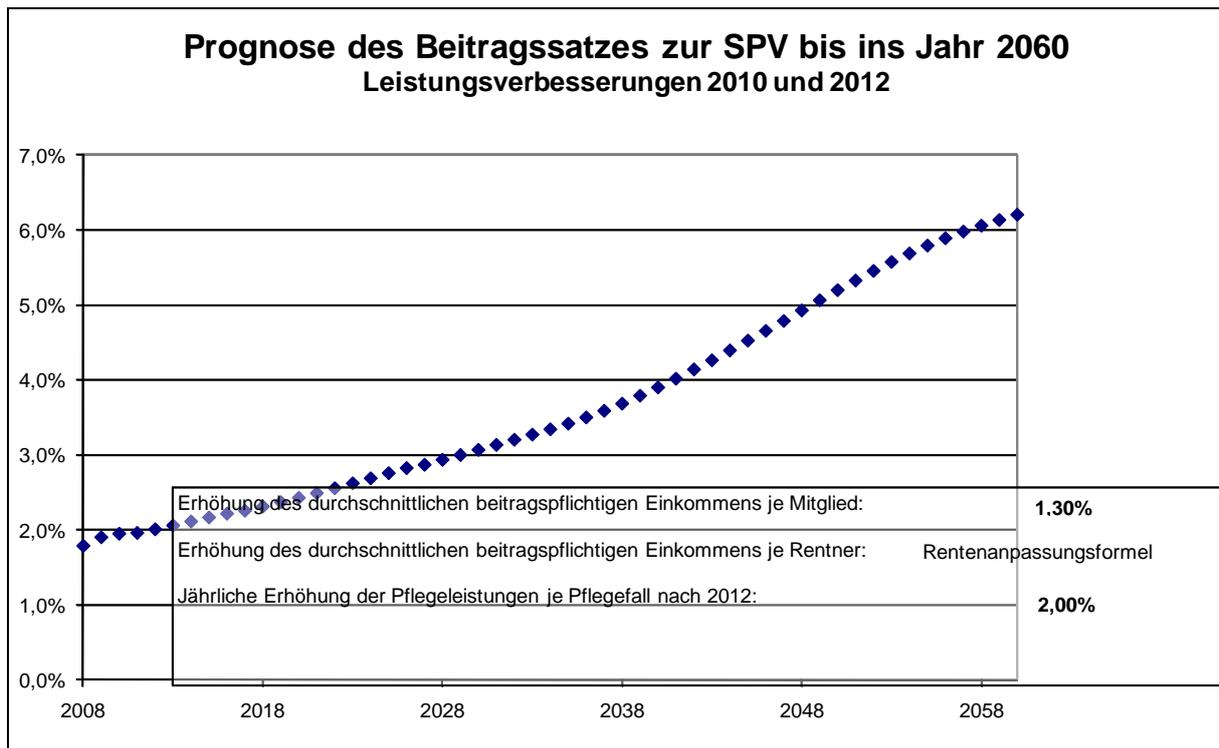


Abbildung 19

Die hier unterstellten 2 % Wachstum der Ausgaben je Pflegefall liegen im Bereich der heutigen allgemeinen Inflation, die noch als moderat anzusehen ist. Damit dürfte auch dieses Szenario eine gewisse Relevanz haben. In dieser Konstellation würde der Beitragssatz bis 2060 auf über 6 % ansteigen.

5.7 Variante VIII und IX: Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Wie oben beschrieben, gibt es Pläne, die Einstufungen der Pflegefälle in die Pflegestufen zu ändern, indem der Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert wird.

Im Modell werden die finanziellen Mehrausgaben durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes berücksichtigt, indem die Mehrausgaben zu den Gesamtausgaben der

Pflegeversicherung im Jahr 2008 in Verhältnis gesetzt werden und der sich ergebende Anteil als prozentualer Aufschlag in den Folgejahren beibehalten wird. Die Mehrkosten, die sich aus der Bestandsschutzregelung ergeben, werden ebenfalls berücksichtigt und den ersten drei Jahren der Zeitreihe zu jeweils einem Drittel zugeordnet. Wie oben beschrieben, werden zwei Varianten beispielhaft aus den Vorschlägen des Beirats ausgewählt: eine weitgehend kostenneutrale Variante (Szenario IV B) und eine relativ kostenintensive Variante (Szenario I B).

Würde man diese zwei Szenarien des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einer Einführung schon zum Jahr 2011 unterstellen, würden sich bei Realisation der beiden Verbesserungen 2010 und 2012 bei keiner weiteren Dynamisierung folgende Verläufe des Beitragssatzes abzeichnen:

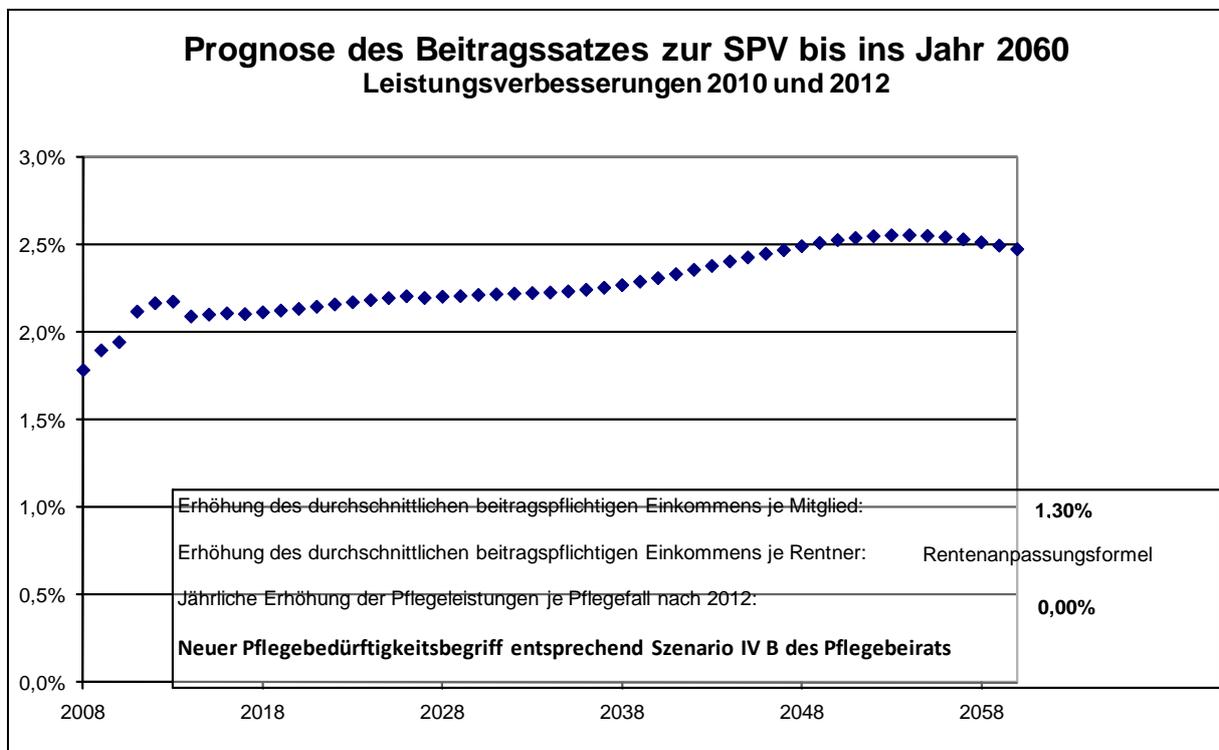


Abbildung 20

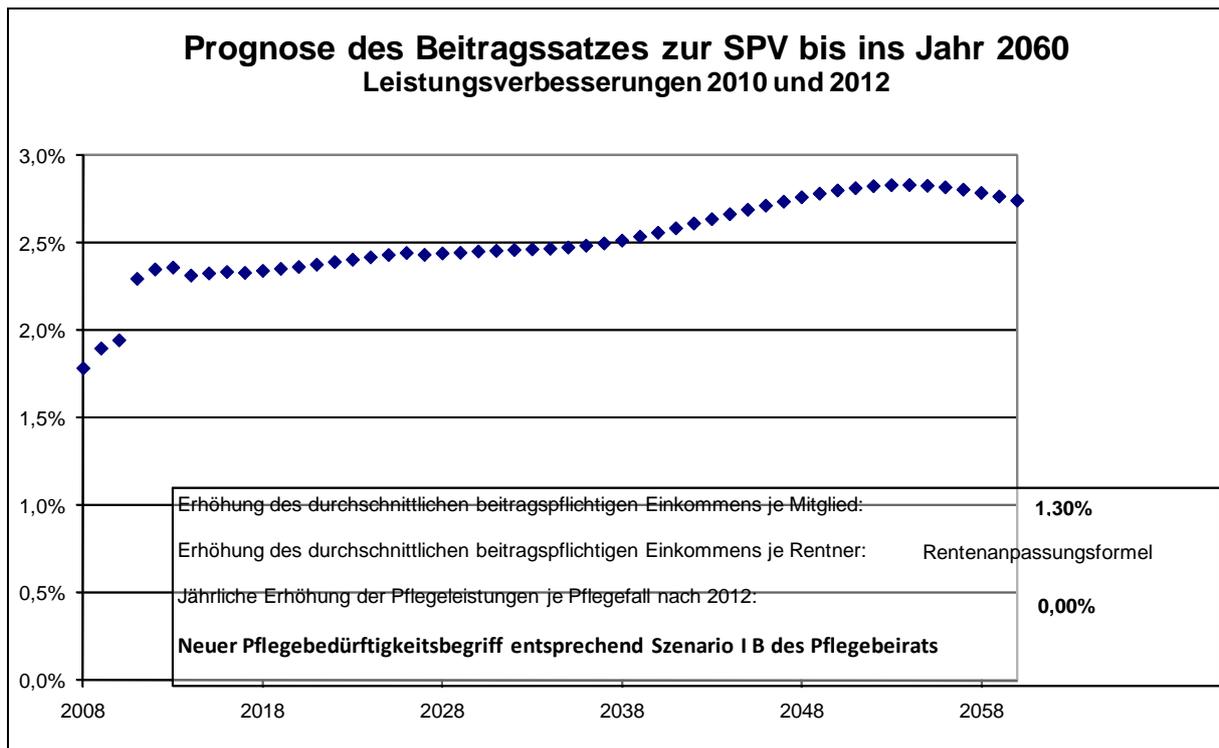


Abbildung 21

Abbildung 20 zeigt die relativ günstige Variante mit 0,65 Mrd. € Mehrausgaben pro Jahr bei Einführung und 1,06 Mrd. € Ausgaben für den Bestandsschutz in den Jahren 2011 bis 2013 entsprechend der Berechnung des Beirats. Abbildung 21 verdeutlicht die relativ teure Variante mit 2,8 Mrd. € pro Jahr bei Einführung und 0,65 Mrd. € Bestandsschutz im Jahr.

Diese Mehrausgaben bei Einführung (ohne den Bestandsschutz) werden proportional zu den wachsenden Gesamtpflegeausgaben, die sich durch den Anstieg der Pflegefallzahlen ergeben, erhöht, da davon auszugehen ist, dass diese Mehrausgaben in Relation zu den Pflegefallzahlen zu verstehen sind.

Die besonders hohen Beitragssätze in den Jahren 2011 bis 2013 sind hauptsächlich auf die Ausgaben für den Bestandsschutz zurückzuführen, der in den auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs folgenden drei Jahre von dem Beirat unterstellt wird.

5.8 Variante X: Kombination der Leistungsverbesserungen mit Dynamisierung und neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff

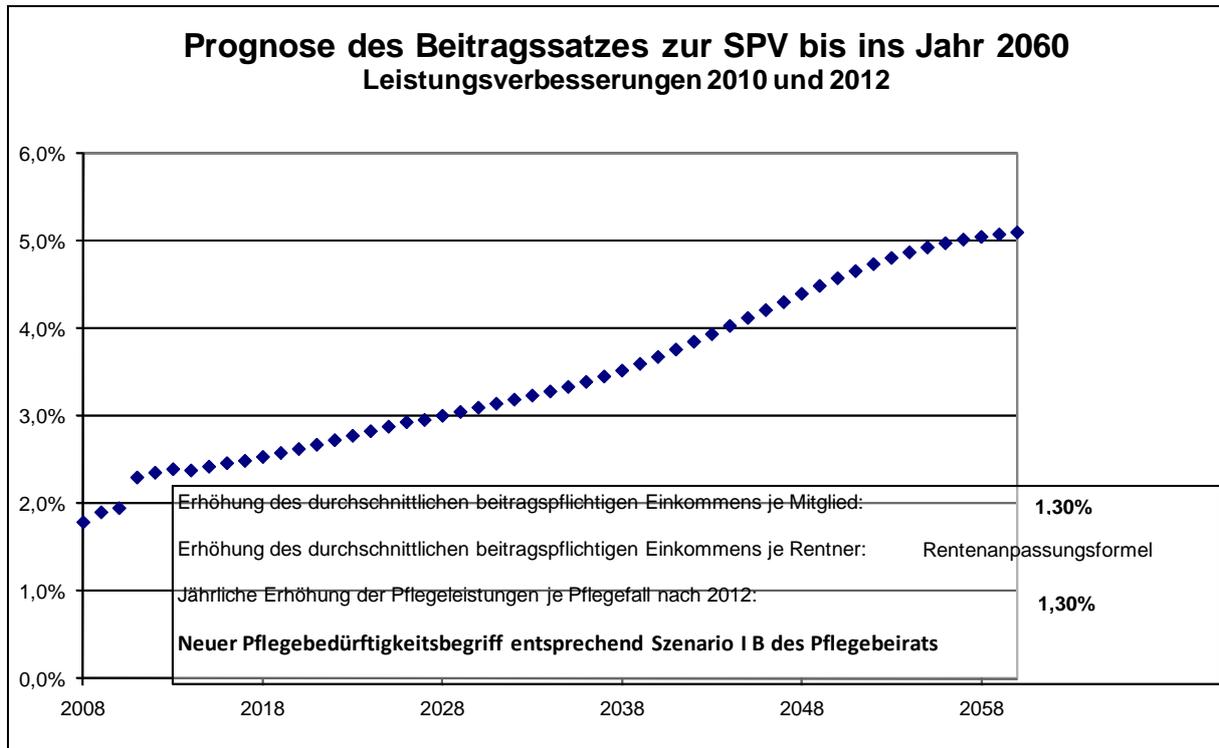


Abbildung 22

Kombiniert man die Leistungsverbesserungen der Jahre 2010 und 2012 mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Szenario I B) und unterstellt eine Dynamisierung ab 2012 in Höhe des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, würde sich ein relativ dynamischer Beitragsverlauf bis 2060 auf über 5 % einstellen.

6 Fazit

In der vorliegenden Arbeit wird anhand der aktuellen 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis 2060 simuliert.

Es zeigt sich, dass die demographische Entwicklung zu einem starken Anstieg der Ausgaben der Pflegeversicherung führen wird. Selbst bei gleichbleibenden Pflegesätzen und damit einem Abschmelzen der realen Pflegeleistungen, die für dieses Geld erworben werden können, werden die Beitragssätze leicht steigen.

Wird dagegen die geplante Dynamisierung der Pflegeleistungen durchgeführt, um deren Wertverfall auszugleichen, wird sich ein deutlicher Beitragssatzanstieg ereignen.

Wie stark dieser Beitragssatzanstieg ausfallen wird, hängt auch entscheidend von der Lohnentwicklung der Beitragszahler ab.

Nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums soll der aktuelle Beitragssatz von 1,95 % für Beitragszahler mit Kind und 2,2 % ohne Kinder die Leistungsausgaben inklusive beschlossene Verbesserungen bis 2015 finanzieren.²⁵ Vor allem die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neben den schon beschlossenen Leistungsverbesserungen stellt dieses Vorhaben in Frage. Im Jahr 2015 wäre bei einer derartigen Kombination ein Beitragssatz von ca. 2,4 % zu erwarten. Eine weitere Dynamisierung der Pflegeleistungen führt dann weiter zu einem Anstieg des Beitragssatzes auf über 5 % im Jahr 2060.

Auch wenn die Pflegeversicherung im Jahr 2009 noch Überschüsse verzeichnet, ist in Zukunft wieder mit einem Defizit in der Pflege oder steigenden Beitragssätzen zu rechnen, wenn an der aktuellen Finanzierung nichts verändert wird.

²⁵ Vgl. Bundesgesundheitsministeriums im Internet unter http://www.bmg.bund.de/nr_1168554/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/B/Glossarbereich-Beitragssatz-der-gesetzlichen-Pflegeversicherung.html,

7 Quellenverzeichnis

Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht__zum__Pflegebed_C3_BCrtigtigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebedürftigkeitsbegriff.pdf

Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b). Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20. Mai 2009, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Umsetzungsbericht_20Pflegebed_C3_BCrtigtigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Umsetzungsbericht%20Pflegebedürftigkeitsbegriff.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen –Frauen, im Internet: http://www.bmg.bund.de/cln_179/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsempfaenger-Frauen.html

Bundesministerium für Gesundheit (2009b): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen –Männer, im Internet: http://www.bmg.bund.de/cln_179/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsempfaenger-Maenner.html

Bundesministerium für Gesundheit (2009c), Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick, im Internet unter http://www.bmg.bund.de/cln_179/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsansprueche-3-09-2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leistungsansprueche-3-09-2008.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2009d), Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, Statistik KM6, Stichtag 1. Juli 2009 im Internet: http://www.bmg.bund.de/cln_162/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/2009-km6-pdf.html

Bundesministerium für Gesundheit (2009e), Statistik: kj1-10-Jahre. Im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/cln_162/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kj1-10-Jahre.html

Bundesministerium für Gesundheit (2009f), Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/nm_1168554/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/B/Glossarbereich-Beitragssatz-der-gesetzlichen-Pflegeversicherung.html,

Bundesministerium für Gesundheit (2008a), Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, Statistik KM6, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/cln_179/nm_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/KM6-juli-08.html

Bundesministerium für Gesundheit (2008b), Statistik KJ1 2008, im Internet unter:
http://www.bmg.bund.de/nn_1168554/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/B/Glossar_begriff-Beitragssatz-der-gesetzlichen-Pflegeversicherung.html,

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009), Statistisches Taschenbuch. Im Internet:
http://www.bmas.de/portal/38586/statistisches__taschenbuch__2009.html

Bundesversicherungsamt (2009), Risikostrukturausgleich bis 2008 – Jahresausgleich 2008, Bonn.

Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD vom 11.11.2005, im Internet unter:
http://www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf

Niehaus, F.; Weber, C. (2008a), *Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung*, WIP- Studie.

Niehaus, F. (2008b), *Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung*, WIP- Studie.

Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009), GEK-Pflegereport 2009 mit dem Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, Asgard-Verlag.

Statistisches Bundesamt (2009a). Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009b), Wozu braucht Deutschland einen neuen Zensus? im Internet:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Zensus/Wozu,templateId=renderPrint.psml__nnn=true

Statistisches Bundesamtes (2009c), Pflegestatistik 2007, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamtes (2009e), Entwicklung der Bruttoverdienste in Deutschland im Internet unter:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/VerdiensteArbeitskosten/Bruttoverdienste/Tabellen/Content50/LangeReiheD,templateId=renderPrint.psml>

Statistisches Bundesamtes (2009f), Verbraucherpreisindex für Deutschland im Internet unter: <https://www-genesis.destatis.de/>

Statistisches Bundesamt (2008), Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamtes (2007), Pflegestatistik 2005, Wiesbaden.

WIP-Veröffentlichungen

Diskussionspapiere

2010

- 1/10 Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus

2009

- 13/09 Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV
Dr. Frank Wild
- 12/09 Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?
Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ
Dr. Torsten Keßler
- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV
2004/2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007
Dr. Frank Wild
- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen
Dr. Frank Niehaus
- 1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China
Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen
Dr. Frank Wild

2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006
Dr. Torsten Keßler

1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
(Ausgabe 2008)
Dr. Frank Wild

2007

9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006
Dr. Frank Niehaus

8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten
Dr. Frank Wild

7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten
Dr. Frank Wild

6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick
Dr. Frank Wild

5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung"
Bernd Hof, Claus Schlömer

4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber

3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten
Dr. Frank Wild

2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
Dr. Frank Wild

2006

9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005
Dr. Frank Schulze Ehring

8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht
Dr. Frank Schulze Ehring

7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten
Der privaten Pflege-Pflichtversicherung
Dr. Frank Niehaus

6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten
Dr. Frank Wild

5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)
Dr. Frank Niehaus

4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine
Dr. Frank Wild

- 3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?
Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV
Christian Weber
- 1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004
Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2010

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich
Dr. Frank Wild

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben
Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapier können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.