

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(1)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
21.11.2018

**B.A.G.**  
**SELBSTHILFE**

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

BAG SELBSTHILFE

Kirchfeldstr. 149

40215 Düsseldorf

Tel. 0211/31006-0

Fax. 0211/31006-48

## Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE  
von Menschen mit Behinderung,  
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch –  
Beitragssatzanpassung  
(BT-Drucksache 19/5464)**

und zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE.  
Pflege solidarisch finanzieren - Beitragserhöhungen  
stoppen  
(BT-Drucksache 19/5525)**

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 26. November 2018 -

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften **begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Anpassung des Beitragssatzes als sachgerecht**, um die eingetretenen und zu erwartenden Kostensteigerungen durch verschiedene notwendige Gesetze und Gesetzesvorhaben aufzufangen.

Gleichzeitig fordert sie jedoch, dass die **Investitionskosten für Pflegeheime** - vor weiteren erwartbaren Beitragserhöhungen - **als Teil der Daseinsfürsorge steuerfinanziert** und nicht - wie bisher - im Wesentlichen den Beitragszahlern aufgebürdet werden, weder in Form der Erhöhung der Beiträge noch in Form von Erhöhungen bei den Eigenanteilen. So umfasst die Daseinsvorsorge nach herrschender Meinung die Sicherung des öffentlichen Zugangs zu existentiellen Gütern und Leistungen entsprechend der Bedürfnisse der Bürger, orientiert an definierten qualitativen Standards und zu sozial verträglichen Preisen.<sup>1</sup> (..) In einen allgemeinen Kanon dieser existentiellen Leistungen gehören Energieversorgung, Post, Telekommunikation, Verkehr, Wohnungswirtschaft, Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung, Bildung, **Gesundheit** und öffentliche Sicherheit.<sup>2</sup> Der Bau von Pflegeheimen gehört insoweit aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ebenso zur steuerfinanzierenden Daseinsvorsorge wie der Bau von Straßen oder sonstiger Infrastruktur. Derzeit werden die Kosten für die Unterhaltung der Gebäude, Miete und Finanzierungskosten überwiegend von den Bewohnern getragen, die Kosten differieren dabei zwischen 8, 54 € pro Tag pro Bewohner in Sachsen- Anhalt bis hin zu 17, 46 € in NRW.<sup>3</sup> Nur in Einzelfällen übernehmen derzeit die Länder die Kosten für die Investitionen, vielmehr sind die öffentlichen Förderungen in den letzten Jahren sogar zurückgegangen<sup>4</sup>. Insoweit tragen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen derzeit die Investitionskosten der Pflegeheime weitgehend selbst, obwohl diese aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE als Teil der Daseinsfürsorge aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dabei umfassen die **Investitionskosten** nach der klaren gesetzlichen Regelung des § 82 Abs. 2 SGB XI **nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung** i.S.d. § 82 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI. Diese Kosten müssen die Betroffenen jeweils noch zusätzlich bezah-

---

<sup>1</sup> Gablers Wirtschaftslexikon, Daseinsvorsorge, zit:  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/daseinsvorsorge-28469>

<sup>2</sup> Gablers Wirtschaftslexikon, a.a.O.

<sup>3</sup> BIVA, zit nach: <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/>

<sup>4</sup> BIVA, zit nach: <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/>

len. Die notwendige **Steuerfinanzierung dieser Investitionskosten** sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE durch den **Bund** erfolgen; dieses wäre insbesondere wegen des Sachzusammenhanges mit den Angelegenheiten der Pflegeversicherung und den Erfahrungen mit der unzureichenden Übernahme der Investitionskosten durch die Länder im Bereich der Krankenhausversorgung wünschenswert.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte jedoch - wie auch im Antrag der Fraktion DIE LINKE gefordert - darüber hinaus perspektivisch eine Neuordnung der sozialen Sicherungssysteme vorgenommen werden; die **Pflegeversicherung sollte zu einer Vollversicherung, evtl. auch mit Eigenbeteiligung je nach Leistungsfähigkeit oder festem überschaubaren Eigenanteil**, umgebaut werden.

Insbesondere sind **Maßnahmen gegen steigende Eigenanteile notwendig** bzw. gegen die teilweise ebenfalls erhöhten Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Im Ergebnis führen derartige Erhöhungen auch dazu, dass immer mehr Menschen im Alter auf Sozialhilfe angewiesen sind und verlagern so die Kosten in die Hilfe zur Pflege oder auf die Kinder der Pflegebedürftigen. Derzeit können sich die Menschen kaum auf die kommenden Kosten im Alter vorbereiten, da die Eigenanteile unterschiedlich hoch sind (Berlin: 872,50 €; Thüringen: 237, 19 €) und zudem die weiteren Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die Investitionskosten (s.o.) erheblich differieren. Menschen eine Vorsorge aufzuerlegen, die für sie nicht berechenbar oder abschätzbar ist, verunsichert diese und führt insgesamt zu einem Vertrauensverlust in das gesundheitliche System. Auch bzgl. der **Kosten für Unterkunft und Verpflegung**, deren Erhöhungen nicht immer nachzuvollziehen waren, wäre ein **Kontrollsystem** zu entwickeln, da die Betroffenen und ihre Angehörigen die Berechnungen kaum überprüfen bzw. sich nur wenig dagegen wehren.

Berlin, 21. November 2018

*Ansprechpartnerin:*

*Dr. Siiri Doka*

*Tel. 0211/ 31 006-56*

*E-Mail: [siiri.doka@bag-selbsthilfe.de](mailto:siiri.doka@bag-selbsthilfe.de)*

## ***Nachhaltige Strukturreformen statt immer weiterer Beitragssatzerhöhungen***

**Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassungsgesetz (BT-Drs. 19/5464)**

sowie zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE  
"Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen"  
(BT-Drs. 19/5525)**

21. November 2018

### ***Zusammenfassung***

Die erneute und zugleich äußerst kräftige Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 % bzw. 3,30 % für Kinderlose zum 1. Januar 2019 stellt eine schwere Hypothek bei der dauerhaften Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme dar. Die Beitragszahler werden hierdurch mit zusätzlich 7,6 Mrd. € im Jahr belastet werden. Das richtige Ziel, die Beitragsbelastung für Arbeitgeber und Beschäftigte auf Dauer auf maximal 40 Prozent zu begrenzen, wird dadurch noch schwerer erreichbar.

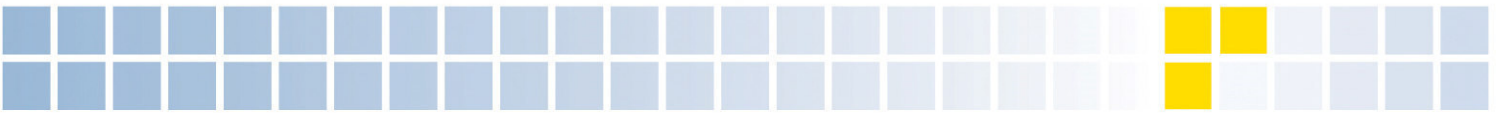
Statt kontinuierlicher Ausweitung der Kassenleistungen und immer weiterer Beitragssatzerhöhungen sind in der sozialen Pflegeversicherung umgehend durchgreifende und nachhaltig wirkende Strukturreformen erforderlich, insbesondere eine Abkopplung der Pflegefinanzierung vom Arbeitsverhältnis, Qualitäts- und Preiswettbewerb auf allen Ebenen statt Einheitsversicherung und ein Ausbau der ergänzenden Kapital gedeckten Risikovorsorge.

### ***Im Einzelnen***

#### ***Beitragssatzstabilität muss oberste Priorität haben***

Mit immer weiteren Beitragssatzerhöhungen in der sozialen Pflegeversicherung als Reaktion auf finanzielle Engpässe bei den Pflegekassen, die zudem nahezu ausschließlich auf politisch gewollte Leitungsausweitungen zurückzuführen sind, muss endlich Schluss sein.

Durch die jetzt vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte zum 1. Januar 2019 steigt der Beitragssatz in nur fünf Jahren um fast die Hälfte von 2,05 auf 3,05 % bzw. von 2,30 auf 3,30 % für Kinderlose. Das entspricht einer Mehrbelastung der Beitragszahler von 15,2 Mrd. € pro Jahr. Die jetzt geplante erneute Anhebung um 0,5 Prozentpunkte schlägt allein mit jährlich 7,6 Mrd. € zu Buche. Damit wird die Entlastung der Beitragszahler durch die Absenkung des Beitragssatzes bei der Bundesagentur für Arbeit um 0,5 Prozentpunkte zum 1. Januar 2019 auf einen Schlag komplett zunichte gemacht.



Erschwerend kommt hinzu, dass die sich nach bisherigem Recht zwingende Beitragssatzsenkung in der gesetzlichen Rentenversicherung um 0,4 Prozentpunkte zum 1. Januar 2019 und für mehrere Jahre durch das RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz politisch gewollt ausgeschlossen worden ist.

Das alles zusammen bedeutet eine schwere Hypothek für die langfristige Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme. Zumal auch die erneute kräftige Beitragssatzerhöhung in der sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte zum 1. Januar 2019 lediglich bis längstens 2022 ausreichen soll. Und das bei kräftigen Beschäftigungs- und Lohnzuwächsen, die auch bei konstantem Beitragssatz jährlich fast 1,5 Mrd. € zusätzlich in die Pflegekassen spülen.

Dabei ist zu befürchten, dass weitere Beitragssatzerhöhungen in der sozialen Pflegeversicherung bereits vorzeitig erforderlich sein werden, wenn auch diesmal – wie bereits bei den zum 1. Januar 2015 und 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetzen I und II – die Zusatzbelastungen aus den Leistungsausweitungen für die Beitragszahler von der Politik unterschätzt worden sind. Die jetzt zum 1. Januar 2019 geplante Beitragssatzerhöhung kommt immerhin volle drei Jahre früher als damals beim Inkrafttreten der Pflegestärkungsgesetze verkündet.

Damit droht in absehbarer Zeit in der Sozialversicherung ein drastischer Anstieg der Beitragssatzsumme von jetzt 39,75 % (Kinderlose 40 %) auf weit über 40 % hinaus. Nach aktuellem Gesetzesstand kann die 40%-Grenze nur noch 5 Jahre gehalten werden, danach ist mit deutlich steigenden Beitragssätzen zu rechnen. Umso dringender ist es, jetzt gegenzusteuern, damit es zu diesem Anstieg nicht kommt.

Jeder zusätzliche Beitragssatzpunkt in der Sozialversicherung über 40 % hinaus kostet Wachstum und Arbeitsplätze und schmälert zugleich dauerhaft ihre Finanzierungsbasis. Nach der Studie „Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung“ der Prognos AG vom Juni

2017 schlägt ein zusätzlicher Beitragssatzpunkt langfristig mit 90.000 Arbeitsplatzverlusten zu Buche. Dabei geht die Studie davon aus, dass die Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung bis 2040 ohne Gegenmaßnahmen auf fast 50 % steigen wird.

### ***Durchgreifende und nachhaltig wirkende Strukturenreformen notwendig***

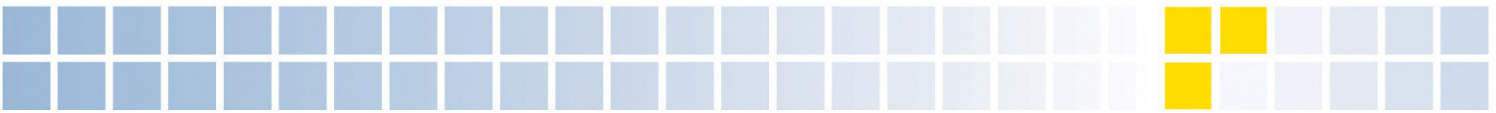
Statt immer weiterer Beitragssatzanhebungen sind endlich und umgehend durchgreifende Strukturreformen zur dauerhaften Beitragssatzstabilisierung erforderlich.

Vor allem muss die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vom Arbeitsverhältnis abgekoppelt und auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell umgestellt werden, wie von der BDA und unter anderem auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (erstmalig im Jahresgutachten 2003, Ziffer 325) seit langem gefordert.

Ein erster Schritt dorthin könnte darin bestehen, den allgemeinen Beitragssatz festzuschreiben und einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag für die Pflegekassenmitglieder einzuführen. Ein zweiter Schritt könnte dann die steuerfreie Auszahlung des Arbeitgeberanteils als Zuschuss zum Bruttolohn sein.

Darüber hinaus muss in die bestehende soziale Einheitspflegeversicherung mit identischen Beitragssatz für alle Pflegekassen und vollem Ausgabenausgleich zwischen den Pflegekassen endlich Qualitäts-, Kosten- und Preiswettbewerb eingeführt werden. Nur so kann Wirtschaftlichkeit in das System Einzug halten und können bestehende Rationalisierungspotenziale zum Vorteil der Pflegebedürftigen und der Beitragszahler erschlossen werden.

Daneben ist die ergänzende Kapital gedeckte Risikovorsorge auszubauen. Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung und andere ergänzende Angebote der privaten Krankenversicherungsunternehmen leisten für immer mehr Menschen einen wichtigen



Beitrag, um für den Pflegefall vorzusorgen, und helfen damit zugleich, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden.

Schließlich muss auch in der sozialen Pflegeversicherung ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur Abdeckung versicherungsfremder Leistungen erfolgen. Der GKV-Spitzenverband schätzt das Volumen solcher Fremdleistungen auf 2,7 Mrd. €. Das entspricht immerhin rund 0,2 Beitragssatzpunkten.

Keine Lösung der Herausforderungen in der sozialen Pflegeversicherung ist die von der Fraktion Die LINKE geforderte Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Dieser Vorschlag zielt letztlich allein darauf ab, zusätzliches Geld in die soziale Pflegeversicherung zu pumpen und damit die Beitragszahler zusätzlich zu belasten, mit allen negativen Folgen für Wachstum und Beschäftigung. Rechnerisch mögliche Beitragssatzsenkungen sind eher theoretischer Natur, wären aber nach aller Erfahrung auf jeden Fall nur von kurzer Dauer.

**Ansprechpartner:**

**BDA | DIE ARBEITGEBER**  
Bundesvereinigung der Deutschen  
Arbeitgeberverbände

**Soziale Sicherung**  
T +49 30 2033-1600  
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
19(14)0046(3)  
gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
21.11.2018



## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches  
Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung

sowie zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen“

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, den 21. November 2018

Aus Sicht des Sozialverbands VdK muss die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine nachhaltige Grundlage gestellt werden, um die steigenden Kosten und notwendigen Leistungsverbesserungen abzudecken. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf steigt 2019 der Satz zur gesetzlichen Pflegeversicherung voraussichtlich auf 3,05 Prozent des Bruttoeinkommens. Beitragszahler ohne Kinder zahlen künftig 3,3 Prozent. Erwartet werden Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro. Angesichts der steigenden Herausforderungen ist eine Anhebung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Pflegeversicherung aus Sicht des Sozialverbands VdK grundsätzlich nachvollziehbar. Höhere Beiträge müssen sich aber dann auch in der Qualität der Pflege bemerkbar machen. Also zum Beispiel in der Finanzierung von mehr und besser qualifiziertem Personal, das angemessen bezahlt wird. Für die Pflegebedürftigen würde das mehr Zeit und Zuwendung bedeuten, was vom VdK grundsätzlich begrüßt wird. Allerdings darf die Finanzierung von mehr und besser qualifiziertem Personal nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen führen.

Schon aktuell liegt der Eigenanteil für Pflegeheimkosten im Bundesdurchschnitt bei 1.831 Euro pro Monat. Die Mehrkosten für bessere Bezahlung und mehr Personal dürfen nicht dazu führen, dass die Eigenanteile von Pflegebedürftigen weiter steigen. Sie führen schon heute vor allem im stationären Bereich dazu, dass immer mehr Pflegeheimbewohner Hilfe zur Pflege beantragen müssen. Pflege darf nicht arm machen. Die Finanzierung der Mehrkosten muss aus Steuermitteln und aus der Pflegeversicherung sichergestellt werden. Der VdK fordert zudem, dass die finanziellen Leistungen aus der Pflegeversicherung dynamisiert und an die jährliche Preisentwicklung und an die Lohnkosten angepasst werden.

Der VdK fordert nachdrücklich ein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die Pflege. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht nur als Individualrisiko betrachtet werden. Pflegedürftigkeit ist heute aber zunehmend ein Armutsrisiko geworden. Um die Pflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wieder bezahlbar zu machen, fordert der Sozialverband VdK langfristig einen Systemwechsel, bei dem die Leistungen der Pflegeversicherung als Vollversicherung auszugestaltet sind. Nach Auffassung des Sozialverbandes VdK sollten versicherungsfremde Leistungen, wie bspw. die Leistungen für pflegende Angehörige, oder auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben, wie bspw. die Umlagekosten für die Pflegeausbildung, von der Allgemeinheit über Steuern finanziert werden. Wir befürworten an dieser Stelle einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss.

Neben den reinen Pflegekosten fallen bei der Pflege in einem Heim für die Bewohner Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie Investitionskosten an. Letztere haben sich zu einer erheblichen finanziellen Belastung entwickelt. Innerhalb Deutschlands variieren die Kostensätze beträchtlich, im Durchschnitt liegen diese Kosten zwischen 400 und 500 Euro im Monat. Das ist aus Sicht des Sozialverbands VdK



nicht weiter hinnehmbar. Deswegen fordern wir einen verbindlichen, einklagbaren Rechtsanspruch auf Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand.

Darüber hinaus fordert der VdK, die private Pflegeversicherung als Pflegevollversicherung abzuschaffen und dazu in einem ersten Schritt einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung zu etablieren. Diese würde so um zwei Milliarden Euro entlastet. Darüber hinaus hält es der Sozialverband VdK für notwendig, die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf das Niveau der Rentenversicherung anzuheben und die Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen. Dadurch könnte es insgesamt zu einer Senkung des Beitragssatzes kommen und insbesondere kleine und mittlere Einkommen würden entlastet.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass jede Beitragssatzerhöhung in der Pflege voll zu Lasten der Rentnerinnen und Rentner geht und diese nicht durch eine Beitragssatzsenkung in der Arbeitslosenversicherung kompensiert wird. Nach unserer Einschätzung liegt hier ein systematischer Fehler vor, den es zu beheben gilt. Deswegen fordert der Sozialverband VdK an dieser Stelle, dass – ebenso wie bei den Beiträgen zur Krankenversicherung – der Beitrag zur Pflegeversicherung jeweils hälftig von den Rentnerinnen und Rentnern sowie von der Deutschen Rentenversicherung zu tragen ist.

**Bundesverband**

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
19(14)0046(4)  
gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
21.11.2018



Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin

**Abteilung Sozialpolitik**

Bei Rückfragen:

Florian Schönberg

Tel. 030 72 62 121

Fax 030 72 62 22-328

[sozialpolitik@sovd.de](mailto:sozialpolitik@sovd.de)

**sovd.de**

21. November 2018

Fs/Pa

## **Stellungnahme**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 26. November 2018  
zu den Vorlagen**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetz-  
buch – Beitragssatzanpassung**

BT-Drucksache 19/5464

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen**

BT-Drucksache 19/5525

## 1 Zusammenfassung der Vorlagen

---

### a) **Zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung**

Mit dem Gesetz soll der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte angehoben werden. Damit ergibt sich ab 1. Januar 2019 ein Beitragssatz von 3,05 Prozent bzw. für kinderlose Versicherte von 3,30 Prozent. Die Anhebung führe zu Mehreinnahmen der sozialen Pflegeversicherung von rund 7,6 Milliarden Euro jährlich und soll die Finanzierung für die laufende Legislaturperiode und somit Beitragssatzstabilität bis zum Jahr 2022 sicherstellen. Mehr Menschen als erwartet nehmen die unterschiedlichen Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Ferner wird zur Begründung auf die ausgabenstarken Maßnahmen im Pflegepersonalstärkungsgesetz sowie auf die angekündigten Vorhaben im für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages geschlossenen Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 verwiesen, darunter die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger.

### b) **Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. "Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen"**

Nach Ansicht der Antragstellerinnen und Antragsteller sei nach der Anhebung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte eine darüberhinausgehende Stabilität des Beitragssatzes bis zum Jahr 2022 nicht realisierbar. Die mit der Anhebung verbundenen zusätzlichen Einnahmen würden die im Gesetzentwurf genannten Mehrausgaben der letzten Pflegereform und des Pflegepersonalstärkungsgesetzes sowie die Kosten für die noch in dieser 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben nicht kompensieren können. Die Pflegeversicherung sei dauerhaft unterfinanziert, was nicht an den notwendigen Ausgabensteigerungen, sondern vor allem an der strukturell angelegten Einnahmeschwäche läge. Nur eine solidarische Finanzierung von Gesundheitsversorgung und Pflege könne dauerhaft bedarfsgerechte Leistungsangebote und gute Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu angemessenen Beitragssätzen sichern. Sie fordern neben der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 zum 1. Januar 2020 Kapitaleinkünfte in die Beitragsbemessung einzubeziehen sowie die Erweiterung des

Versichertenkreises durch Einbeziehung aller privat Pflegeversicherten in die soziale Pflegeversicherung.

## **2 SoVD-Gesamtbewertung**

---

In der sozialen Pflegeversicherung zeichnet sich bis zum Ende des Jahres ein Defizit von über 3 Milliarden Euro ab. Ohne Beitragserhöhung könnte das Minus bis 2022 auf knapp fünf Milliarden Euro steigen. Angesichts der derzeitigen Finanzierungssystematik der sozialen Pflegeversicherung (Beitragsfinanzierung) und notwendiger Ausgabensteigerungen ist eine Anhebung des Beitragssatzes grundsätzlich nachvollziehbar. Eine Beitragserhöhung greift jedoch aus Sicht des SoVD zu kurz. Es bleibt zu befürchten, dass die vorgesehene Beitragserhöhung allein kaum zur Stabilisierung des Beitragssatzes bis 2022 ausreichen wird. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit<sup>1</sup> seien bereits 0,3 Prozentpunkte der Beitragserhöhung erforderlich, um das entstandene Defizit der Pflegeversicherung infolge des unerwartet hohen Anstiegs der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung auszugleichen. Die übrigen 0,2 Prozentpunkte der Beitragsanpassung seien für die Mehrausgaben des Pflegepersonalstärkungsgesetzes erforderlich, das erste Schritte bei der Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege einleitet. Raum zur Finanzierung weiterer im Koalitionsvertrag angekündigter Reformen und notwendigen Vorhaben durch diese Beitragsanpassung bleibt danach nicht. Der SoVD fordert ein grundsätzliches Umdenken in Bezug auf die Finanzierung der Pflegeversicherung. Hierfür sind notwendige Reformschritte zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung und für ein gerechtes und leistungsfähiges Pflegesystem zu treffen.

Die Beitragsbemessung bedarf einer breiteren Basis. Bei der Erhebung der Beiträge muss die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit auch weitere Kapitaleinkünfte herangezogen werden, wie Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkommen. Gleichzeitig muss die Beitragsbemessungsgrenze zumindest auf das in der Gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau angehoben werden.

Das Prinzip der paritätischen Verteilung der Beiträge muss auch in der Pflegeversicherung (wieder)hergestellt werden, wo es durch den Wegfall des Buß- und Bettag, den Zuschlag für kinderlose Versicherte und die alleinige Beitragstragung der Rentnerinnen und Rentner bisher einseitig zu Lasten der Versicherten verletzt wird.

---

<sup>1</sup> vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html> (abgerufen am 20.11.2018).

Die Beitragssätze sollen paritätisch je zur Hälfte von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gezahlt werden. Entsprechendes muss auch für Rentnerinnen und Rentner gelten. Die Deutsche Rentenversicherung muss sich zukünftig wieder paritätisch an den Beitragszahlungen der Rentnerinnen und Rentner zur Pflegeversicherung beteiligen. Letzteres gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rentnerinnen und Rentner nicht in den "Genuss" einer Kompensation steigender Beiträge zur Pflegeversicherung durch eine Reduzierung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung in gleicher Höhe kommen.

Zudem muss die Pflege stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden. Versicherungsfremde Leistungen etwa müssen auch in der Pflegeversicherung über Steuerzuschüsse finanziert werden.

Zur finanziellen Entlastung der solidarischen Pflegeversicherung ist die medizinische Behandlungspflege vollständig systemgerecht aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Insoweit begrüßt der SoVD auch grundsätzlich die Intention zur personellen Stärkung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz. Es sollten jedoch nicht nur der finanzielle Mehraufwand für die neuen Stellen, sondern die Finanzierung der gesamten medizinischen Behandlungspflege insgesamt aus Mitteln der Krankenversicherung erfolgen. Es stößt diesseits auf Unverständnis und Kritik, dass die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gilt. Die Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung und ist eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Für Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen ist sie derzeit systemfremd bei der Pflegeversicherung angesiedelt, was in der Praxis zu erheblichen Unterschieden in der Versorgung von Personen in ambulanter und stationärer Versorgung führt. Die gegenwärtig systemfremde Finanzierungsregel geht infolge der Limitierung der Leistungen der Pflegekassen bei stationärer Pflege letztlich auch zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Denn sie tragen die Mehrkosten, die über den Betrag der Pflegekasse je Pflegegrad hinausgehen in vollem Umfang selbst. Damit führen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die eigentlich der krankenkassenärztlichen Versorgung als originäre Versicherungsleistung unterliegen, u.U. zur vorzeitigen Erschöpfung des pflegegradabhängigen Pflegebudgets nach dem jeweiligen Pflegegrad, obwohl dies eigentlich nur für reine Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

Es ist eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen notwendig, um den fortschreitenden Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen und

das damit verbundene Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu mindern. Dringend notwendig wäre die Schaffung einer Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, jährlich automatisch wirkenden Anpassung, ohne dass der Gesetzgeber gesondert tätig werden muss. Als Bezugsgröße zur Berechnung der jährlichen Anpassung im Rahmen dieser Dynamisierungsautomatik kann die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV verwendet werden.

Perspektivisch muss eine zukunftsfähige Pflegeversicherung zu einer einheitlichen, öffentlich-rechtlich organisierten Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger weiterentwickelt werden, deren Leistungen sich an dem Bedarf der Betroffenen orientieren. Bis dahin müssen die unterschiedlich gelagerten Risiken durch einen Finanztransfer zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung ausgeglichen werden.

Berlin, 21. November 2018

DER BUNDESVORSTAND  
Abteilung Sozialpolitik



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(5)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
21.11.2018

# Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund

anlässlich der Öffentlichen Anhörung vor dem  
Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 26. November 2018

zu dem

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches  
Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung**

BT-Drucksache 19/5464

## I. Bewertung

Mit dem vorgelegten Entwurf wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte angehoben. Damit ergibt sich ein Beitragssatz von 3,05 Prozent. Durch die Anhebung reduziert sich das Nettorentenniveau vor Steuern der gesetzlichen Rentenversicherung. Da das Rentenniveau durch die mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und –Stabilisierungsgesetz zum 1. Januar 2019 in Kraft tretenden Maßnahmen zu einem Parameter der Rentenanpassung wird, ergeben sich indirekt finanzielle Auswirkungen in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die im Entwurf des Gesetzes zur Beitragssatzanpassung in der sozialen Pflegeversicherung genannten Mehrausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung als Folge des erhöhten Beitragssatzes zur Pflegeversicherung sowie die Auswirkungen auf die Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung sind auf Basis des Datenstandes vom Sommer 2018 nachvollziehbar.

## II. Erläuterung

Durch die mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz (BT-Ds. 19/4668) voraussichtlich zum 1. Januar 2019 in Kraft tretenden Maßnahmen werden bis zum Jahr 2025 das Netto-Rentenniveau vor Steuern (im Folgenden „Rentenniveau“) auf mindestens 48 Prozent und der Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung auf mindestens 18,6 und höchstens 20 Prozent begrenzt.

Dadurch wird das Rentenniveau zu einem Parameter der Rentenanpassungsformel. Das Rentenniveau misst das Verhältnis einer Netto-Standardrente vor Steuern (im Zähler) zu einem durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelt vor Steuern (im Nenner). Bei einem gegebenen Bruttoeinkommen reduzieren sich sowohl Nettorente als auch Nettoarbeitsentgelt, wenn der Beitragssatz zur Pflegeversicherung steigt. Da Rentner den vollen, Arbeitnehmer jedoch überwiegend nur den halben Beitrag zur Pflegeversicherung zu tragen haben (die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber), wirkt sich eine solche Erhöhung des Pflegeversicherungs-Beitragssatzes bei den Renten stärker aus als bei den Arbeitsentgelten. In der Folge sinkt das Rentenniveau, und zwar im vorliegenden Fall – nach



der mit dem LVStabG neu gefassten Definition und unter sonst gleichen Annahmen – um rund 0,1 Prozentpunkte.

Wenn aber mit der Haltelinie bis 2025 ein bestimmtes Rentenniveau (hier 48 %) sicherzustellen ist, müssen die Rentenanpassung und dadurch der Finanzbedarf entsprechend höher ausfallen. Ein höherer Finanzbedarf wird grundsätzlich über eine Beitragssatzerhöhung in der Rentenversicherung gedeckt. Sofern allerdings der Beitragssatz hierfür über 20 % steigen müsste, wäre der Finanzbedarf nach dem LVStabG durch eine Aufstockung des zusätzlichen Bundeszuschusses zu decken („Beitragssatzgarantie“).

Nach den Angaben im Gesetzentwurf fällt der Beitragssatz der allgemeinen Rentenversicherung 2023 aufgrund des erhöhten Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte höher aus. Durch die Anhebung des Beitragssatzes steigen nicht nur die Beitragseinnahmen der Rentenversicherung, darunter auch die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten, sondern auch der allgemeine Bundeszuschuss an die Rentenversicherung. Im Jahr 2024 ist bereits die Obergrenze von 20 Prozent für den Beitragssatz erreicht, so dass im Jahr 2025 nach den Regelungen des LVStabG eine Aufstockung des zusätzlichen Bundeszuschusses in Form der sogenannten Beitragssatzgarantie erforderlich wird, um den Beitragssatz zu halten.

Die Berechnungen im Gesetzentwurf können von der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Basis des Datenstandes Mitte des Jahres nachvollzogen werden.

Legt man aktuellere Zahlen mit dem Datenstand Oktober zugrunde, bleibt es ebenfalls bei einer Anhebung des Rentenversicherungsbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte, die Anhebung verschiebt sich allerdings mit allen Folgewirkungen um ein Jahr auf 2024. Durch die günstigeren Annahmen der Bundesregierung, die den mittelfristigen Projektionen für die Entwicklung der Finanzsituation der Rentenversicherung zugrunde liegen sowie die gegenüber der Sommerschätzung besser eingeschätzte Ausgangsbasis Ende 2018, liegt der Finanzbedarf für die Beitragssatzgarantie 2025 mit 0,4 Mrd. EUR deutlich unter den 1,6 Mrd. EUR, die sich noch mit dem Datenstand vom Sommer ergeben haben.

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
19(14)0046(6)  
gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
21.11.2018



**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches  
Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464)  
Antrag der Fraktion DIE LINKE „Pflege solidarisch finanzieren –  
Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)  
Stellungnahme**

.....

.....

Mit dem Entwurf eines Beitragssatzanpassungsgesetzes soll der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung zum 01. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf insgesamt 3,05 Prozentpunkte angehoben werden. Der Paritätische hält die Erhöhung des Beitragssatzes für zwingend erforderlich. Allerdings ist die Höhe auch wegen Unterlassung der Verwendung weiterer Mittel für die Pflege nicht ausreichend, um alle anstehenden Aufgaben in der laufenden Legislatur zu bewältigen. Mit den rund 7,6 Mrd. Euro, mit denen die Einnahmehöhe der sozialen Pflegeversicherung jährlich erhöht werden soll, müssen in erster Linie die Mehrausgaben finanziert werden, die sich aus der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz ergeben haben, insbesondere durch die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises. Ursprünglich sollte die Finanzierung der Pflegeversicherung bereits mit den letzten Beitragssatzsteigerungen bis 2022 stabil gehalten werden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass dies nun mit der erfolgenden Anhebung gelingen kann und dass zudem damit die Mehrkosten, die sich aus dem PpSG ergeben und weitere im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen, wie die

kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen in der Altenpflege an die Personalentwicklung und die Entlastung pflegender Angehöriger finanziert werden können. Der Paritätische geht überschlägig davon aus, dass ungeachtet der notwendigen Mittel für die Folgekosten der PSG I und II und der Mehrausgaben durch das PpSG weitere 6 – 10 Mrd. € benötigt werden, um kurzfristig bei der notwendigen Verbesserung der Personalschlüssel sowie der Lohn- und Arbeitsbedingungen gleichzeitig für eine angemessene Begrenzung der Eigenanteile bei den betroffenen Pflegebedürftigen zu sorgen. Auch die Entlastung pflegender Angehöriger muss seriös refinanziert werden, wenn bspw. das in dieser Legislatur versprochene Entlastungsbudget dafür sorgt, dass mehr Anspruchsberechtigte davon Gebrauch machen.

Es ist ein Umdenken erforderlich. Die Finanzierungsgrundlagen zu reformieren und die Eigenanteile zu begrenzen, müssen zwangsläufig Teile eines Konzepts sein, um die Personalsituation und die Versorgung endlich zu verbessern. Dies deckt sich weitestgehend mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525). Der Paritätische Gesamtverband sieht in der Finanzierung der Pflege ein Schlüsselthema. Interessante Vorschläge beleben seit geraumer Zeit die Diskussion. Es sind Konzepte für eine echte Teilkaskoversicherung bis hin zur Pflege-Vollversicherung. Vermutlich sind aber auch zeitaufwändige Zwischenschritte notwendig, um so weitreichende Veränderungen umzusetzen. Daher schlägt der Paritätische kurzfristige Maßnahmen vor, um die finanzielle Belastung der Betroffenen schnell zu senken und wir möchten auf die notwendige Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegerversicherung und die Nutzung anderer Finanzmittel hinweisen:

#### Pflegeversicherung muss 85 % der pflegebedingten Kosten übernehmen

Der relative Anteil der Pflegeversicherungsleistungen an den reinen pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen betrug für:

- PS 1 im Jahre 1999 = rd. 88% und im Jahre 2013 = rd. 72%
- PS 2 im Jahre 1999 = rd. 89 % und im Jahre 2013 = rd. 68%

- PS 3 im Jahre 1999 = rd. 72% und im Jahre 2013 = rd. 65%<sup>1</sup>.

Daran ist erkennbar, wie stark der Deckungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen abgenommen hat. Das Bild würde noch dramatischer ausfallen, wenn es eine deutliche Erhöhung von Personalschlüsseln gegeben hätte und die Löhne mit der Preisentwicklung Schritt gehalten hätten. Nach dem PSG II konnte kurzweilig eine Stabilisierung der Eigenanteile beobachtet werden. Seit 2018 steigen diese aber wieder, insbesondere aufgrund von zunehmender Tarifbindung. Dazu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Der Mittelwert der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile deutlich über 50 % der Gesamtkosten<sup>2</sup>. Wer die Mittel nicht selber aufbringen kann, muss auf Sozialhilfe im Sinne der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zurückgreifen. Auf diese subsidiären Mittel ist jeder Sechste, der Pflege erhält, angewiesen. Pflege stellt ein Armutsrisiko dar<sup>3</sup>. Sinkende Alterseinkünfte werden das Risiko erheblich verstärken.

Die Pflegeversicherung soll nach Auffassung des Paritätischen kurzfristig mit einer Sofortmaßnahme fortan 85% der Kosten für pflegebedingte Aufwände ambulant und stationär übernehmen, so dass die Eigenanteilsquote in allen Pflegegraden 15% beträgt. Je nach Einkommensstärke wird ergänzend Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geleistet. Für den ambulanten Bereich bedeutet dies eine Veränderung des Leistungsprinzips, weil immer Eigenanteile anfallen würden und nicht erst ab dem Zeitpunkt, wenn die Sachleistungen ausgeschöpft werden. Bestandsschutzregelungen sorgen dafür, dass niemand im bestehenden System schlechter gestellt wird. Gleichwohl kann auch sofort von dem neuen System Gebrauch gemacht werden. Der Eigenanteil vermindert sich oder soll komplett wegfallen, wenn Angehörige weiterhin Pflege und Betreuung sicherstellen. Dies würde im ambulanten Bereich ein völlig neues Zusammenspiel aus familialer und professioneller Pflege ermöglichen, welches sich eher am Bedarf und weniger an einer fixen Geld- oder Sachleistungshöhe

---

<sup>1</sup> Siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE / BT-Drs.18/5803.

<sup>2</sup> Siehe BARMER-GEK Pflegereport 2012.

<sup>3</sup> Betrachtet man nur die Pflegeheimbewohner, sind dort 30 % auf Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe angewiesen. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>

orientiert. Das Prinzip wäre auch im vollstationären Bereich denkbar. Insgesamt würden damit die Grenzen zwischen ambulant und stationär ein Stück weit aufgebrochen. Die Möglichkeiten der Tages- und Kurzzeitpflege sollten weiterhin in gewissem Umfang neben der „ambulanten“ Versorgung erhalten bleiben. Ebenso sollte es weiterhin möglich sein, ausschließlich Pflegegeld zu beziehen. Der Einzug eines Deckungsgrades von 85% wäre auch finanzierbar, wie anhand anderer Vorschläge bereits aufgezeigt wurde. So hat Prof. Dr. Heinz Rothgang jüngst die Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ analysiert und kommt zum Ergebnis, dass es zur Reduktion der Beitragssätze durch Berücksichtigung aller Einkommensarten in der Beitragsbemessung käme und somit eine Solidarische Pflegeversicherung auch Spielräume für Leistungsausweitung eröffnet<sup>4</sup>. Insgesamt kann die Begrenzung auf einen Eigenanteil in Höhe von 15 % als Übergangslösung verstanden werden, um einerseits schnell die Eigenanteile zu begrenzen und um andererseits systematisch einen vollständigen Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer echten Teil- oder Vollkaskoversicherung auf den Weg zu bringen.

### Bürgerversicherung

Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege wird dem nicht gerecht.

Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahren hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten

---

<sup>4</sup> Siehe Rothgang: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, 2017. Der gleiche Autor kommt in einer weiteren Studie für die Initiative Pro Pflegereform zum Ergebnis, dass selbst eine Vollversicherung mit einer Erhöhung von 0,7 Prozentpunkten Beitragssatz möglich wäre (Rothgang: „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, Abbau von Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“, 2017).

ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsgrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird nicht nur die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abgebildet, sondern auch die Finanzierung des Pflegerisikos auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohn Einkommen gesichert. Administrativ ist das problemlos umsetzbar. Bereits heute werden die Beiträge freiwillig Versicherter Rentnerinnen und Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung in ähnlicher Weise berechnet. Eine steuerliche Freistellung von Einkommen würde entsprechend auch für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung gelten. Die nicht freigestellten Einkommen sollten bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem halben Beitragssatz berücksichtigt werden. Lohnbezogenen Anteile der Pflegeversicherung sind paritätisch zu finanzieren.

Die Beitragsbemessungsgrenze ist in einem ersten Schritt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausge-rechnet der einkommensstärkste und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pendant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Der vorliegende Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525) stimmt in wesentlichen Punkten mit den Forderungen des Paritätischen überein. Der Paritätische unterstützt

die in dem Antrag enthaltenen Forderungen hin zu einer neuen, solidarischen, leistungsfähigen und gerechteren Finanzierung der Pflegeversicherung. In dem o.g. im Juli 2017 vorgelegten Gutachten „Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ haben Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dominik Domhoff, M.A., belegt, dass die Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflege nach den genannten Reformprinzipien im Jahr 2013 eine Verringerung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung im Umfang von 0,56 bzw. – bei vollständigem Verzicht auf die Beitragsbemessungsgrenze - 0,65 Prozentpunkte geführt hätte. Das Gutachten zeigte auch, dass von einer solchen Reform 80 Prozent der Bevölkerung, die Personen mit den geringsten Einkommen, entlastet würden, während lediglich das obere Fünftel in moderater Weise zusätzlich belastet würde. Auch diese Ergebnisse sprechen für die vorliegenden Vorschläge für eine solidarische Finanzierung der Pflege.

#### Finanzierung der Behandlungspflege in Pflegeheimen durch das SGB V

Die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen muss endlich durch die Krankenkassen erfolgen. Rund 70% der Pflegebedürftigen im Heim sind auf Leistungen der Behandlungspflege angewiesen. Schätzungsweise wird dabei ein Betrag von rd. 3 Mrd. € für Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung und die Heimbewohner, statt durch die Krankenversicherungen getragen<sup>5</sup>. Diese Maßnahme würde zu einer deutlichen Entlastung der Eigenanteile führen.

#### Investitionskosten

Es muss zudem eine verbindlichere Förderung oder besser noch Übernahme der Investitionskosten durch die Länder geben. Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Länder das Versprechen abgegeben, dass sie im Gegenzug zur Entlastung bei der Sozialhilfe, die Investitionskosten der Einrichtungen finanzieren. Dieses Versprechen ist nicht eingehalten worden. Wird es endlich umgesetzt führt dies zu

---

<sup>5</sup> Siehe Leopold, David: "Medizinische Behandlungspflege Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege", Forschungsbericht des Verbandes der Katholischen Altenhilfe Deutschland (VKAD), 2017.

einer spürbaren finanziellen Entlastung der Betroffenen und die Länder erhalten ihrerseits dadurch ein Mittel zur Steuerung der Versorgungsstrukturen.

#### Einsatz von Steuermitteln

Der gezielte Einsatz von Steuermitteln kann aus Sicht des Paritätischen die Einnahmen einkommensabhängiger Beitragszahlungen und somit die Finanzierung der Pflege sinnvoll ergänzen.

#### Pflegevorsorgefonds

Der Fonds verfügt mit 3,7 Mrd. € über ausreichende Mittel um für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben „Übergänge“ und „Besitzstandsschutz“ zu refinanzieren.

Berlin, 21. November 2018

Thorsten Mittag

Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

#### **Kontakt**

Thorsten Mittag, [altenhilfe@paritaet.org](mailto:altenhilfe@paritaet.org)



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(7)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -

5-SGB XI-Änderungsgesetz

22.11.2018



**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**für ein**

**Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches  
Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung**

Bundestags-Drucksache 19/5464

und

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.  
Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen**

Bundestags-Drucksache 19/5525

Berlin, 21.11.2018

## **Vorbemerkung**

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

## **I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung**

### **A) Inhalte des Gesetzentwurfs**

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf dann 3,05 Prozent angehoben. Die daraus resultierenden Mehreinnahmen von rund 7,6 Milliarden Euro jährlich sollen die Sicherstellung der Finanzierung der in der vergangenen Legislaturperiode erfolgten und für diese Legislaturperiode geplanten Leistungsverbesserungen in der Pflege ermöglichen.

### **B) Stellungnahme**

Die Pflegeversicherung ist ein Erfolgsmodell. Sie ermöglicht eine qualitativ hochwertige Versorgung zu tragbaren Kosten. In Anbetracht des demographischen Wandels, der absehbar stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, dem dramatischen Fachkräftemangel und dem weiter großen Investitionsbedarf stehen jedoch eine Vielzahl von Herausforderungen für das System bevor.

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung soll zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte steigen. Dies soll einerseits die Leistungsausweitungen der vergangenen Legislaturperiode finanzieren und andererseits die für die nächsten Monate und Jahre anstehenden Reformen abdecken. Die mit den Pflegestärkungsgesetzen I-III in den letzten Jahren einherge-

henden Leistungsverbesserungen wurden vom bpa insgesamt begrüßt. Die deutlich größere Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber der ursprünglichen Schätzung der Bundesregierung spricht auch für das gute Leistungsangebot der Pflegeunternehmen. Gleichwohl hat der bpa zu Beginn dieser Legislaturperiode deutlich davor gewarnt, immer neue Maßnahmen anzukündigen, ohne vorher eine Aussage darüber zu treffen, wer die Kosten am Ende zahlt. Es darf nicht zu einer Situation kommen, in der Mehrausgaben von den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Pflegeeinrichtungen allein getragen werden. Beitragssatzsteigerungen zur sozialen Pflegeversicherung können ein sinnvolles Mittel der Finanzierung sein, wenngleich die Zuständigkeit der Krankenversicherung und des Steuerzahlers im Einzelfall geprüft werden muss. Beispielhaft sei hier auf Aufgaben verwiesen, die nicht originär im Bereich der Pflegeversicherung liegen und dennoch durch diese teilfinanziert werden: die medizinische Behandlungspflege sowie die Förderung von Familie, Pflege und Beruf.

Die fehlende Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung ist ein Systemfehler, der vom bpa seit vielen Jahren kritisiert wird. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind, wie alle anderen Versicherten auch, Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Damit werden auch die Entgelte der Pflegeheime bei einer gleichzeitigen finanziellen Entlastung der Krankenkassen verteuert. Die zusätzlichen Kosten liegen bei drei Milliarden Euro jährlich. Die durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Regelung zur Finanzierung zusätzlicher Stellen, die insbesondere im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen sollen und von der Krankenversicherung finanziert werden, ist zwar ein erster Schritt in die richtige Richtung, vermag mit einem Maximalvolumen von 640 Millionen Euro aber nicht die existierende Lücke zu schließen.

Die durch das PpSG eingeführte Fördermöglichkeit von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI) bedeutet Mehrausgaben von 100 Millionen Euro jährlich für die Pflegeversicherung. Während die Zielsetzung des Gesetzgebers Einrichtungen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu unterstützen vom bpa ausdrücklich begrüßt werden, kann jedoch durchaus in Frage gestellt werden, ob die Finanzierung insbesondere der Kinderbetreuung aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen muss. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Kommunen aus einer ihrer zentralen Verantwortlichkeiten entlas-

sen werden. Die Pflegeversicherung kann nicht für das fehlende Engagement der Kommunen verantwortlich gemacht werden und es auch nicht ausgleichen. Die Forderung des Bundesrats, die verausgabten Mittel der Pflegeversicherung durch Steuermittel auszugleichen (siehe Drs. 376/18, Seite 30), ist daher folgerichtig.

Auch ohne Leistungsausweitungen oder Preissteigerungen der Pflegeeinrichtungen wird die Pflege für Betroffene aber teurer. Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes werden in allen Bundesländern Ausbildungsumlagen eingeführt, die maßgeblich durch die Pflegebedürftigen refinanziert werden müssen. Diese Mittel reduzieren deren Sachleistungsanspruch. Die Kosten der Pflegeausbildung, inklusive der gesamten Schulkosten, werden zukünftig aus den Umlagen zu finanzieren sein. Hinzu kommen deutliche Kostensteigerungen aufgrund der deutlich ausgeweiteten Personal- und Qualitätsanforderungen. Die Bundesländer werden hingegen von der Verpflichtung der Finanzierung der Schulen weitestgehend entlastet und die entstehenden Kosten stattdessen über die Umlage anteilig den Pflegebedürftigen aufgebürdet.

Um eine konstant steigende Belastung der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger zu vermeiden, muss eine gesetzliche Regelung über eine jährlich regelgebundene Dynamisierung, als Sofortmaßnahme zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden. Diese kann beispielsweise an die Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein. Im Koalitionsvertrag wird eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen an die Personalentwicklung angekündigt. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung, stellt dies einen sinnvollen ersten Schritt der Dynamisierung dar.

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist die wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um gute Qualität und Innovationen gefördert, den private Anbieter bestehen. Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, der verschärft die Probleme weiter.

Dies gilt umso mehr, als dass bis 2030 allein in stationäre Einrichtungen bis zu 80 Milliarden Euro investiert werden müssen. Die Länder haben sich aus der Förderung und Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Die Pflegeversicherung kann es nicht finanzieren. Ohne die Investitionen der privaten Träger ist es nicht zu schaffen. Privates Kapital wird jedoch nur dann zur Verfügung gestellt, wenn die dafür nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, eine langfristige Planungssicherheit herrscht und es risikogerechte Renditemöglichkeiten gibt.

## **II. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen**

### **A) Forderungen des Antrags**

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf einen Gesetzentwurf vorzulegen, der verschiedene Änderungen in der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung vornimmt. So soll die Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 aufgehoben werden. Zum 1. Januar 2020 sollen zudem Kapitaleinkünfte in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Aus Sicht der Antragsteller ist dies für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der Pflegeversicherung notwendig.

Alle bisher privat Pflegeversicherten sollen in die Soziale Pflegeversicherung übergeleitet werden und so den Versichertenkreis erweitern. Dies soll auch eine Senkung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile ermöglichen.

Darüber hinaus soll eine tarifliche Bezahlung in der Altenpflege flächendeckend und bundeseinheitlich ermöglicht werden.

### **B) Stellungnahme**

Der Wunsch nach einer Begrenzung und langfristigen Senkung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für die pflegebedürftigen Menschen ist nachvollziehbar. Schon mit Einführung der Pflegeversicherung war es ein politisches Ziel, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden. Diesem Ziel müssen sich alle auch künftig verpflichtet zeigen. Die im Antrag hierfür geforderte Erweiterung des Versichertenkreises kann dies jedoch nicht ohne darüber hinaus gehende Maßnahmen bewirken.

Ein kurzfristiger Beitrag zur Absenkung der Belastungen der Heimbewohner, ohne gleichzeitig gravierend in das System der Preisfindung einzugreifen, kann hingegen durch die Erhöhung der stationären Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung erfolgen. Nur so kann der Anspruch, dass die Pflegeversicherung vor Sozialhilfeabhängigkeit schützen soll, auch für Heimbewohner gelebt werden. Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung müssen die Abhängigkeit vor pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit wieder reduzieren. Für eine effektive und nachhaltige Senkung der Eigenanteile aller pflegebedürftigen Menschen, egal ob sie in der Tagespflege, durch den Pflegedienst oder im Heim versorgt werden, muss zudem eine gesetzliche Regelung über eine jährlich regelgebundene Dy-

namisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung analog der Lohn- oder Preisentwicklung eingeführt werden.

Der bpa setzt sich für eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte ein und hat hierfür in den vergangenen Monaten Arbeitsvertragsrichtlinien vorgelegt, die sukzessive in den Bundesländern umgesetzt werden. Häufig verweigern jedoch Pflegekassen und Sozialhilfeträger die Refinanzierung von Gehaltssteigerungen. Eingriffe der Politik in die Tariffreiheit sind nicht gerechtfertigt. Auch ist eine bundeseinheitliche Bezahlung keinesfalls adäquat. Jedes Bundesland hat unterschiedliche Vergütungsregelungen, regionale Besonderheiten in den Regulierungen und verschiedene Lebenshaltungskosten. Gleiches gilt für die Besonderheiten der Versorgungsbeiriche. So erbringen Pflegedienste unterschiedlichste, kleinteilige Einzelleistungen. Diese richten sich nach den tagesabhängigen Anforderungen der regelmäßig wechselnden Kunden. Die Leistungen werden pauschal vergütet und der Kostendeckungsbeitrag ist dabei höchst unterschiedlich. Regelhaft fehlt ein Zeitbezug nach dem die Leistung kalkuliert und vergütet wird. Der ambulante Pflegedienst hat die Leistungen der SGB V und XI aus einer Hand zu erbringen und alle damit verbundenen Risiken zu tragen. Bei den Kostenträgern fehlt es häufig an der Bereitschaft, die Risiken anzuerkennen und die sogenannten „unproduktiven Zeiten“ (Übergabezeiten, Freihaltegeld, angemessene Wegegebühren etc.) zu refinanzieren und auskömmliche Leistungszeiten in den Kalkulationen zu akzeptieren. Dies gilt auch für die deutlich gestiegenen erforderlichen Personalrekrutierungs- und Personalmanagementkosten sowie Investitionen, wie zum Beispiel Betriebskindergärten, Gesundheitsförderung und andere Maßnahmen zur Steigerung der Berufsattraktivität. Ein aufgezwungener Einheits tariff kann all dies nicht abbilden.

Ein Blick auf den Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit zeigt zudem, dass allein 2017 die Gehälter für Pflegefachkräfte im Schnitt um 4,7 Prozent gestiegen sind. In der Gesamtwirtschaft gab es im gleichen Zeitraum nur einen knapp halb so großen Anstieg. Es besteht bereits eine enorme Dynamik in den Gehaltsstrukturen, die sich nur fortsetzen wird – ganz ohne Zwangstarif.

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(8.1)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -

5-SGB XI-Änderungsgesetz

22.11.2018



**Spitzenverband**

## **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 22.11.2018**

**zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung  
(Drucksache 19/5464) vom 06.11.2018**

**GKV–Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf .....</b>	<b>5</b>
<b>Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze.....</b>	<b>5</b>



## I. Vorbemerkung

Mit der jüngsten Reformgesetzgebung in der sozialen Pflegeversicherung wurden entscheidende Maßnahmen zur materiellen Besserstellung von Leistungsbeziehern und ihrer Angehörigen vollzogen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 01.01.2017 eingeführt und damit der leistungsberechtigte Personenkreis erweitert. Zudem wurde das Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung insgesamt verbessert. Die Leistungsbeträge wurden angehoben und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen wurde flexibilisiert.

Diese Maßnahmen wirken, die neuen Leistungen werden von den Pflegebedürftigen Menschen bzw. den Pflegenden auch abgerufen. Dies allerdings in einem weit höheren Umfang, als dies im Vorfeld der Reform kalkuliert wurde, mit entsprechenden finanziellen Folgewirkungen.

Insofern ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber umgehend auf das sich im ersten Halbjahr abzeichnende Defizit in der sozialen Pflegeversicherung reagiert. Hinsichtlich der weiteren Finanzentwicklung bestehen jedoch Unsicherheiten sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite. So kann aktuell nicht abschließend beurteilt werden, ob das Ausmaß der Ausgabenwirkung der zum 1. Januar 2017 vollzogenen Pflegereform bereits hinreichend sichtbar geworden und damit für die Zukunft valide abschätzbar ist. Der GKV-Spitzenverband geht aber trotz dieser Unwägbarkeiten davon aus, dass mit der geplanten Erhöhung des Beitragssatzes zum 01.01.2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis voraussichtlich 2022 sichergestellt werden kann. Allerdings darf das regelmäßige Anheben des Beitragssatzes in kurzen Zeitabständen nicht zur Regel werden.

Angesichts der hohen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Altenpflege und der nicht unerheblichen versicherungsfremden Leistungen der Pflegekassen ist zu hinterfragen, ob eine Erhöhung des Beitragssatzes die einzige Option zur Finanzierung der Kostensteigerung in der sozialen Pflegeversicherung ist. Als versicherungsfremde oder gesamtgesellschaftliche Ausgaben sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes u. a. die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI und die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung der Pflegenden nach § 44a SGB XI zu betrachten. Nach diesseitiger Schätzung erreichen die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im Jahr 2018 bereits ein Volumen von mindestens 2,7 Mrd. Euro. Dies entspricht rd. 0,2 Beitragssatzpunkten in der sozialen Pflegeversicherung. Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes werden weitere versicherungsfremde Leistungen hinzukommen, z. B. die 40-prozentige Kofinanzierung digitaler Investitionen von Pflegeeinrichtungen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt daher die Einführung eines Bundeszuschusses, wie er in der Renten- und Krankenversicherung bereits gängig ist, eine system-

konforme Finanzierungsmöglichkeit dar. Ein Bundeszuschuss könnte zu einer ausgewogeneren Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Pflege beitragen und die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entlasten.

Zur Frage des aktuellen und perspektivischen Finanzbedarfs der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nimmt der GKV-Spitzenverband im Folgenden Stellung.

## **II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf**

### **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben mehr Menschen die unterschiedlichen Leistungsverbesserungen in Anspruch genommen als erwartet. Die Anhebung des Beitragssatzes zum 01.01.2019 um 0,5 Prozentpunkte soll die Finanzierung dieser Mehrausgaben in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2022 sicherstellen. Darüber hinaus soll die Beitragssatzerhöhung die Umsetzung weiterer im Koalitionsvertrag vereinbarter Maßnahmen ermöglichen.

##### **B) Stellungnahme**

Eine Einnahmenverbesserung ist erforderlich, um den Liquiditätsengpass in der gesetzlichen Pflegeversicherung abzuwenden. Mit Blick auf den mittleren Zeithorizont von vier Jahren (2019–2022) ist der zusätzliche Finanzbedarf jedoch schwer vorherzusagen. Es bestehen Unsicherheiten sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite. Auf der Einnahmenseite wird es zunehmend fraglich, ob die seit 2011 zu beobachtende dynamische Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen auf Basis stetig zunehmender Beschäftigung und einer dynamischen Lohnentwicklung für die weiteren Jahre unterstellt werden kann. Auf der Ausgabenseite besteht die Unsicherheit, ob das Ausmaß der Ausgabenwirkung der zum 1. Januar 2017 vollzogenen Pflegereform bereits hinreichend sichtbar geworden und damit für die Zukunft valide abschätzbar ist. Trotz dieser Unwägbarkeiten geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass die Ausgaben der Pflegekassen von derzeit 38,5 Mrd. Euro (2017) auf ein Niveau von 49 bis 51 Mrd. Euro im Jahr 2022 steigen werden. Damit gelangt der GKV-Spitzenverband zu der Einschätzung, dass die Beitragssatzerhöhung um 0,5 Beitragssatzpunkte voraussichtlich die notwendige Liquidität sicherstellt, um die verstärkte Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung und die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes für die laufende Legislaturperiode zu finanzieren.

Zur Stabilisierung der Pflegeversicherung ist die Beitragssatzsteigerung nicht als alleinige Lösung zu betrachten. Um die fast ausschließlich beitragsfinanzierte soziale Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren, bedarf es auch eines Bundeszuschusses aus Steuermitteln.

##### **C) Änderungsvorschlag**

keiner

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(8.2)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -

5-SGB XI-Änderungsgesetz

22.11.2018



**Spitzenverband**

# **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 22.11.2018**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Pfleger solidarisch finanzieren –  
Beitragserhöhungen stoppen“  
(Drucksache. 19/5525) vom 06.11.2018**

**GKV–Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zum Antrag.....</b>	<b>4</b>

## I. Vorbemerkung

Die Fraktion DIE LINKE fordert mit ihrem Antrag „Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen“, Drucksache 19/5526, die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der eine grundlegende Neukonstruktion der Finanzierungslogik der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) vorsieht. Dadurch sollen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor drohenden weiteren Beitragssteigerungen, Leistungsbeschränkungen und zusätzlichen Eigenbelastungen geschützt werden.

Die Fraktion DIE LINKE fordert im Einzelnen:

1. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zum 1.01.2019;
2. Einbezug der Kapitaleinkünfte in die Beitragsbemessung zum 1.1.2020;
3. Flächendeckend und bundeseinheitlich Sicherung der tariflichen Bezahlung in der Altenpflege und Senkung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile durch Erweiterung des Versichertenkreises in der SPV. Einbezug aller bisher privat Pflegeversicherten in die SPV noch in dieser Wahlperiode.

## II. Stellungnahme zum Antrag

In den letzten Jahren wurden in der sozialen Pflegeversicherung durch verschiedene, ineinander greifende und aufeinander aufbauende Reformen und Maßnahmen entscheidende Verbesserungen der Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegenden vollzogen:

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 01.01.2017 eingeführt und damit der leistungsberechtigte Personenkreis erweitert. Zusätzlich wurde das Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung insgesamt verbessert. Die Leistungsbeträge wurden angehoben und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen wurde flexibilisiert. Diese Maßnahmen sind bei den Betroffenen angekommen und wurden in weit stärkerem Maße abgerufen als erwartet. Auf die finanziellen Folgewirkungen dieser Entwicklung hat der Gesetzgeber entsprechend reagiert. Hinsichtlich der weiteren Finanzentwicklung bestehen jedoch Unsicherheiten sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite. So kann aktuell nicht abschließend beurteilt werden, ob das Ausmaß der Ausgabenwirkung der zum 1. Januar 2017 vollzogenen Pflegereform bereits hinreichend sichtbar geworden und damit für die Zukunft valide abschätzbar ist. Der GKV-Spitzenverband geht trotz dieser Unwägbarkeiten davon aus, dass mit der geplanten Erhöhung des Beitragssatzes zum 01.01.2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis voraussichtlich 2022 sichergestellt werden kann. Allerdings darf das regelmäßige Anheben des Beitragssatzes in kurzen Zeitabständen nicht zur Regel werden. So ist der GKV-Spitzenverband der Ansicht, dass aufgrund der nicht unerheblichen versicherungsfremden Leistungen der Pflegekassen die Einführung eines Bundeszuschusses gerechtfertigt ist.
- Als versicherungsfremde oder auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes u. a. die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI und die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung der Pflegenden nach § 44a SGB XI. Nach diesseitiger Schätzung erreichen die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im Jahr 2018 bereits ein Volumen von mindestens 2,7 Mrd. Euro. Dies entspricht rd. 0,2 Beitragssatzpunkten in der sozialen Pflegeversicherung. Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes werden weitere versicherungsfremde Leistungen hinzukommen, z. B. die 40-prozentige Kofinanzierung digitaler Investitionen von Pflegeeinrichtungen. Mit der Forderung nach einem Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in der sozialen Pflegeversi-

cherung wird letztlich nur die Gleichstellung der Pflegeversicherung mit den übrigen Sozialversicherungszweigen eingefordert.

- In einem nächsten Schritt hat sich der Gesetzgeber der Situation der Pflegenden gewidmet. Im Rahmen des Sofortprogramms Pflege wurde eine Konzertierte Aktion Pflege eingerichtet, die – mit Schwerpunkt auf der Altenpflege – die eine Verbesserung des Arbeitsalltags und der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden zum Ziel hat. Derzeit werden in verschiedenen Arbeitsgruppen mit relevanten Akteuren konkrete Maßnahmen und Empfehlungen erarbeitet, um Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten für Fach- und Helferkräfte zu verbessern. Auch Maßnahmen zur flächendeckenden Entlohnung in der Altenpflege nach Tarif werden diskutiert.
- Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde ein Bündel an Maßnahmen vorgelegt, um dem Fachkräftemangel in der Pflege insgesamt entgegenzuwirken. Für die Altenhilfe sieht das Gesetz Entlastung unter anderem durch Schaffung von 13.000 neuen Stellen vor. Für pflegende Angehörige wird der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen erleichtert. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Schaffung von zusätzlichen 13.000 Pflegepersonalstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen als guten ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Altenpflege. Die Querfinanzierung dieses zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der GKV werden seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt.

Zu grundlegenden Überlegungen, die auf strukturelle Veränderungen der Finanzierungslogik der sozialen Pflegeversicherung abzielen, wie sie die Fraktion DIE LINKE fordert, positioniert sich der GKV-Spitzenverband derzeit nicht.





## **Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)**

### **zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464) sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)**

Mit dem Entwurf eines Beitragssatzanpassungsgesetzes soll der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf insgesamt 3,05 Prozentpunkte angehoben werden. Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Spitzenverbände halten die Erhöhung des Beitragssatzes, mit der die Einnahmehasis der sozialen Pflegeversicherung um rund 7,6 Mrd. Euro jährlich erhöht wird, für dringend erforderlich. Dieses Finanzvolumen ist notwendig, um die Mehrausgaben zu finanzieren, die sich aus der Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises infolge der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz ergeben haben. Durch den Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger/innen von jährlich zwischen 130.000 bis 160.000 Personen und eine veränderte Inanspruchnahme von Leistungen ist in der Pflegeversicherung ein Defizit von ca. 3,5 Mrd. Euro entstanden, das unverzüglich kompensiert werden muss.

Der Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger/innen ist allerdings nicht erst seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu verzeichnen: Bereits seit 2008 sind die Leistungsausgaben vor allem im ambulanten Bereich kontinuierlich angestiegen. Dieser Effekt ist auf die demographische Entwicklung zurückzuführen. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich deshalb schon seit langem dafür ein, dass einer guten Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Dazu gehört ein auskömmliches Finanzierungsvolumen.

Mit dem Beitragssatzanpassungsgesetz sollen nicht nur entstandene Defizite in der Pflegeversicherung ausgeglichen, sondern auch die Kosten für im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen auf eine sichere finanzielle Grundlage gestellt werden. Nach Einschätzung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege reicht die Anhebung

Stellungnahme der BAGFW

zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464)

sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

„Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)

des Beitragssatzes um 0,5 Prozentpunkte nicht aus, um die notwendigen Verbesserungen gegenfinanzieren zu können. Wir begrüßen nachdrücklich, dass die Regierungskoalition eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge, die wir für kurzfristig notwendig erachten, sowie weitere Entlastungen pflegender Angehöriger in Aussicht gestellt hat. Schon in den beiden vergangenen Legislaturperioden haben wir uns für die Einführung eines sog. „Entlastungsbudgets“ für pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen eingesetzt, wie dies im Koalitionsvertrag nun vorgesehen ist. Ein solches Entlastungsbudget soll nach Auffassung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Entlastungsleistungen wie Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, die Unterstützungsangebote im Alltag und perspektivisch auch die Tagespflege zusammenfassen, sodass die einzelnen Leistungen flexibler und individuell passgenau abgerufen werden können. Laut Koalitionsvertrag soll auch die solitäre Kurzzeitpflege auf- und ausgebaut werden, wofür sich die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ebenfalls einsetzen. Auch die Möglichkeit des Flexirentengesetzes für pflegende Angehörige, ihre Vollrente auf eine Teilrente zu reduzieren, um zusätzliche Rentenpunkte durch die Pflege ihrer Angehörigen zu erwerben, was wir nachdrücklich unterstützen, entfaltet eine Kostenrelevanz.

Des Weiteren wurden durch das Pflege-Personalstärkungsgesetz (PpSG) viele Maßnahmen eingeführt, welche die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich begrüßen, deren Kosten jedoch zu refinanzieren sind: So betragen die Leistungsausgaben in Folge des PpSG im Jahr 2019 rund 240 Mio. Euro, im Jahr 2020 rund 260 Mio. Euro, 2021 rund 250 Mio. Euro und 2022 rund 150 Mio. Euro.

Addiert man die Leistungsausgaben, die bereits entstanden sind und die Kosten, die perspektivisch durch die Umsetzung des Koalitionsvertrags entstehen werden, wird deutlich, dass das Finanzvolumen von 7,6 Mrd. Euro, das durch die Beitragssatzerhöhung entsteht, schon bald vollständig ausgeschöpft sein wird. Der Beitragssatz kann laut Gesetzentwurf durch die Erhöhung nur bis zum Jahr 2022 stabil gehalten werden. Bereits in der letzten Legislaturperiode musste der Beitragssatz um 0,5 Prozentpunkte angehoben werden, um die Leistungen zu finanzieren. Gleichzeitig fehlt ein Gesamtkonzept für die Finanzierung der Pflege und der Pflegeversicherung in einer älter werdenden Gesellschaft. Die Beitragssatzsteigerungen gehen gegenwärtig allein zu Lasten der Arbeitskosten.

Leistungsverbesserungen und eine bessere Personalausstattung in der Pflege inklusive der Anwendung einer flächendeckenden tariflichen Entlohnung erfordern eine nachhaltige Sicherung der Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung. Aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege muss die Einnahmehbasis in der Pflegeversicherung verbreitert werden.

Ein solches Konzept sollte folgende Elemente beinhalten:

- Eine solidarische und paritätische Finanzierung: Dazu soll die Beitragsbemessungsgrenze bis auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung angehoben werden.
- Ein einheitliches Versicherungssystem mit risikounabhängiger Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbie-

Stellungnahme der BAGFW  
zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464)  
sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)

ter. Wie von der LINKEN gefordert, sollen somit alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland das Recht haben, zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden.

- Erweiterung der Einnahmehbasis der gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ausweitung der Beitragsbemessung auf über das Arbeitseinkommen hinausgehende Einkommensarten auf der Grundlage des steuerlichen Einkommensbegriffs.
- Die Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V: Ein erster Schritt hierzu ist im PpSG erfolgt, indem die Kosten für die 13.000 zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 640 Mio. Euro im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, noch in dieser Legislaturperiode vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich zudem dafür ein, dass kurzfristig eine jährliche, an Kriterien der Kostenentwicklung orientierte Leistungsanpassung durchgeführt wird, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden. Nur auf diese Art und Weise ist gewährleistet, dass die Sozialhilfeabhängigkeit pflegebedürftiger Menschen nicht weiter zunimmt.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an den Leistungsempfänger/innen, der sich in den Anfangsjahren der Pflegeversicherung nahezu halbiert hatte, ist seit 1999 wieder gestiegen. Er beläuft sich – mit Schwankungen – seit 10 Jahren auf ca. 30 Prozent im stationären Bereich und auf unter 5 Prozent im ambulanten Bereich, mit zuletzt leicht sinkenden Tendenzen.

Ein wesentliches Ziel einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung muss es somit sein, die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen zu verringern. Dies fordert auch die LINKE in ihrem Antrag. Steigende Eigenanteile sind insbesondere im stationären Bereich ein Problem: Obwohl die Eigenanteile in den vollstationären Einrichtungen nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils zunächst stabil waren bzw. in den ehemaligen Pflegestufen 2 und 3 sogar gesunken sind, ist seit dem 1.1.2018 in allen Bundesländern ein Anstieg zu beobachten. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil liegt im bundesweiten Durchschnitt bei 593 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/18, S. 51). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen für Pflegebedürftige des Pflegegrad (PG) 1, die nicht dem einheitlichen Eigenanteil unterliegen, mit 918 Euro überdurchschnittlich hoch liegt, auch wenn diese Gruppe relativ klein ist (7,4 Prozent aller stationär Begutachteten des MDS im 1. Quartal 2017, 1,9% im 1. Quartal 2018). Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegebedürftigen des PG 2 im Vergleich zu ihrer Leistung aus der Pflegeversicherung in Höhe von 770 Euro einen hohen Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen zu entrichten haben. Hauptgrund für den Anstieg des Eigenanteils für die pflegebedingten Aufwendungen, insbesondere in 2018, dürften Tarifsteigerungen sein. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich

Stellungnahme der BAGFW  
zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464)  
sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)

für eine gute Bezahlung auf tariflicher Grundlage ein und begrüßen und unterstützen diese Entwicklung daher nachdrücklich. Auch die Regierungskoalition hat sich zum Ziel gesetzt, die Tarifbindung in der Pflege zu forcieren. Gegenwärtig werden dazu Vorschläge u.a. in der Konzertierte(n) Aktion Pflege erarbeitet. Tarifsteigerungen in der Altenpflege dürfen aber – ebenso wenig wie im Krankenhaus – nicht zu Lasten der Leistungsempfänger gehen.

Ein weiteres Ziel muss eine bedarfsgerechte Personalbemessung auf der Grundlage der Ergebnisse des Projektes zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI sein, die bis Mitte 2020 zu erproben sind. Auch hier ist Sorge zu tragen, dass eine bessere Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen nicht zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen geht und dass die erhobenen Personalbemessungswerte Verbindlichkeit erhalten.

Einen wesentlichen Beitrag zu der vergleichsweise hohen Quote von Sozialhilfeempfänger/innen im stationären Bereich dürften auch die (nicht refinanzierten) Investitionskosten geleistet haben. Der Anteil der Investitionskosten an der Gesamteigenbelastung der Versicherten in stationären Einrichtungen belief sich im bundesweiten Durchschnitt zum 1.1.2018 auf 463 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/18, S. 51), mit erheblichen Schwankungen zwischen den Bundesländern. Dieser Anteil ließe sich reduzieren, wenn die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur finanziellen Förderung der Investitionskosten gemäß § 9 SGB XI nachkommen würden. Nur sechs Bundesländer fördern die Investitionskosten in der vollstationären Pflege (BT-Drs. 19/1572, S. 5).

Perspektivisch muss das Pflegeversicherungssystem vom heutigen Teilleistungssystem so weiterentwickelt werden, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Berlin, 22.11.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm  
Geschäftsführer

**Kontakt:**

Dr. Elisabeth Fix ([elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de))

Stellungnahme der BAGFW  
zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BT-Drs. 19/5464)  
sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Pflege solidarisch finanzieren – Beitragssatzerhöhungen stoppen“ (BT-Drs. 19/5525)

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0046(1)

gel. VB zur öAnh am 26.11.2018 -

5-SGB XI-Änderungsgesetz

21.11.2018

**B.A.G.**  
**SELBSTHILFE**

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

BAG SELBSTHILFE

Kirchfeldstr. 149

40215 Düsseldorf

Tel. 0211/31006-0

Fax. 0211/31006-48

## Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE  
von Menschen mit Behinderung,  
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch –  
Beitragssatzanpassung  
(BT-Drucksache 19/5464)**

und zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE.  
Pflege solidarisch finanzieren - Beitragserhöhungen  
stoppen  
(BT-Drucksache 19/5525)**

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 26. November 2018 -

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften **begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Anpassung des Beitragssatzes als sachgerecht**, um die eingetretenen und zu erwartenden Kostensteigerungen durch verschiedene notwendige Gesetze und Gesetzesvorhaben aufzufangen.

Gleichzeitig fordert sie jedoch, dass die **Investitionskosten für Pflegeheime** - vor weiteren erwartbaren Beitragserhöhungen - **als Teil der Daseinsfürsorge steuerfinanziert** und nicht - wie bisher - im Wesentlichen den Beitragszahlern aufgebürdet werden, weder in Form der Erhöhung der Beiträge noch in Form von Erhöhungen bei den Eigenanteilen. So umfasst die Daseinsvorsorge nach herrschender Meinung die Sicherung des öffentlichen Zugangs zu existentiellen Gütern und Leistungen entsprechend der Bedürfnisse der Bürger, orientiert an definierten qualitativen Standards und zu sozial verträglichen Preisen.<sup>1</sup> (..) In einen allgemeinen Kanon dieser existentiellen Leistungen gehören Energieversorgung, Post, Telekommunikation, Verkehr, Wohnungswirtschaft, Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung, Bildung, **Gesundheit** und öffentliche Sicherheit.<sup>2</sup> Der Bau von Pflegeheimen gehört insoweit aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ebenso zur steuerfinanzierenden Daseinsvorsorge wie der Bau von Straßen oder sonstiger Infrastruktur. Derzeit werden die Kosten für die Unterhaltung der Gebäude, Miete und Finanzierungskosten überwiegend von den Bewohnern getragen, die Kosten differieren dabei zwischen 8, 54 € pro Tag pro Bewohner in Sachsen- Anhalt bis hin zu 17, 46 € in NRW.<sup>3</sup> Nur in Einzelfällen übernehmen derzeit die Länder die Kosten für die Investitionen, vielmehr sind die öffentlichen Förderungen in den letzten Jahren sogar zurückgegangen<sup>4</sup>. Insoweit tragen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen derzeit die Investitionskosten der Pflegeheime weitgehend selbst, obwohl diese aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE als Teil der Daseinsfürsorge aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dabei umfassen die **Investitionskosten** nach der klaren gesetzlichen Regelung des § 82 Abs. 2 SGB XI **nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung** i.S.d. § 82 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI. Diese Kosten müssen die Betroffenen jeweils noch zusätzlich bezah-

---

<sup>1</sup> Gablers Wirtschaftslexikon, Daseinsvorsorge, zit:

<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/daseinsvorsorge-28469>

<sup>2</sup> Gablers Wirtschaftslexikon, a.a.O.

<sup>3</sup> BIVA, zit nach: <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/>

<sup>4</sup> BIVA, zit nach: <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/>

len. Die notwendige **Steuerfinanzierung dieser Investitionskosten** sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE durch den **Bund** erfolgen; dieses wäre insbesondere wegen des Sachzusammenhanges mit den Angelegenheiten der Pflegeversicherung und den Erfahrungen mit der unzureichenden Übernahme der Investitionskosten durch die Länder im Bereich der Krankenhausversorgung wünschenswert.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte jedoch - wie auch im Antrag der Fraktion DIE LINKE gefordert - darüber hinaus perspektivisch eine Neuordnung der sozialen Sicherungssysteme vorgenommen werden; die **Pflegeversicherung sollte zu einer Vollversicherung, evtl. auch mit Eigenbeteiligung je nach Leistungsfähigkeit oder festem überschaubaren Eigenanteil**, umgebaut werden.

Insbesondere sind **Maßnahmen gegen steigende Eigenanteile notwendig** bzw. gegen die teilweise ebenfalls erhöhten Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Im Ergebnis führen derartige Erhöhungen auch dazu, dass immer mehr Menschen im Alter auf Sozialhilfe angewiesen sind und verlagern so die Kosten in die Hilfe zur Pflege oder auf die Kinder der Pflegebedürftigen. Derzeit können sich die Menschen kaum auf die kommenden Kosten im Alter vorbereiten, da die Eigenanteile unterschiedlich hoch sind (Berlin: 872,50 €; Thüringen: 237, 19 €) und zudem die weiteren Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die Investitionskosten (s.o.) erheblich differieren. Menschen eine Vorsorge aufzuerlegen, die für sie nicht berechenbar oder abschätzbar ist, verunsichert diese und führt insgesamt zu einem Vertrauensverlust in das gesundheitliche System. Auch bzgl. der **Kosten für Unterkunft und Verpflegung**, deren Erhöhungen nicht immer nachzuvollziehen waren, wäre ein **Kontrollsystem** zu entwickeln, da die Betroffenen und ihre Angehörigen die Berechnungen kaum überprüfen bzw. sich nur wenig dagegen wehren.

Berlin, 21. November 2018

*Ansprechpartnerin:*

*Dr. Siiri Doka*

*Tel. 0211/ 31 006-56*

*E-Mail: [siiri.doka@bag-selbsthilfe.de](mailto:siiri.doka@bag-selbsthilfe.de)*

# Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit

---

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung  
des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatz-  
anpassung (BT-Drucksache 19/5464) sowie dem  
Antrag BT-Drucksache 19/5525

Dr. Martin Albrecht (IGES Institut GmbH)

---

Dr. Martin Albrecht  
c/o IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
T +49 30 230 809 43  
martin.albrecht@iges.com

Berlin, 26. November 2018

[www.iges.com](http://www.iges.com)



---

Die mit dem Gesetzentwurf für die Soziale Pflegeversicherung vorgesehene Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte hat zum Ziel, den Beitragssatz bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode bzw. bis zum Jahr 2022 stabil zu halten sowie finanzielle Spielräume zu schaffen, um weitere im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen zur Erhöhung von Leistungen und zur Verbesserung der personellen Pflegesituation umzusetzen.

Im vergangenen Jahr sind die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung außerordentlich stark gestiegen (um knapp 26 %) und führten zu einem negativen Finanzierungssaldo in Höhe von rd. 2,4 Mrd. Euro. Dabei stiegen die Ausgaben für ambulante Leistungen mit +31,3 % (+5 Mrd. Euro) deutlich stärker als die Ausgaben für stationäre Leistungen mit +18,3 % (+2,3 Mrd. Euro). Die stärksten Ausgabenzuwächse gab es bei Geldleistungen und der sozialen Sicherung von Pflegepersonen. Eine Ursache des Ausgabenanstiegs war die überdurchschnittlich starke Erhöhung der Anzahl der Leistungsempfänger um 11,7 % (bzw. knapp 346 Tsd. zum Jahresende). Dabei verteilten sich die Zuwächse der Zahl der Leistungsempfänger asymmetrisch zugunsten der höheren Pflegegrade, insbesondere bei den stationären Leistungen. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind daher für stationäre Leistungen stärker gestiegen als für ambulante.

Auf Basis vorliegender Informationen zur bisherigen Entwicklung der Finanzsituation im laufenden Jahr zeichnet sich ein Finanzierungsdefizit von rd. 3 Mrd. Euro für das Jahr 2018 ab. Auf Basis der vom BVA-Schätzerkreis für dieses Jahr erwarteten Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist mit Mehreinnahmen von knapp 1,5 Mrd. Euro zu rechnen. Ein 3-Mrd.-Defizit ergäbe sich dann bei Mehrausgaben von knapp 2,1 Mrd. Euro. Jenseits eines trendmäßigen demographiebedingten Ausgabenanstiegs bleiben davon etwa 0,8 Mrd. Euro, die sich auf Ausgabenwirkungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) – über die Umstellungseffekte im Jahr 2017 hinaus – zurückführen lassen. Hierzu dürfte zum einen eine weitere Verschiebung zugunsten höherer Pflegegrade zählen, worauf erste Ergebnisse der Pflegebegutachtungen aus dem laufenden Jahr hinweisen. Darüber hinaus dürften einige Leistungsverbesserungen des PSG II, unabhängig von der Umstellung auf die neuen Pflegestufen, zu fortgesetzten Ausgabenzuwächsen führen. Hierzu zählen vor allem die soziale Sicherung von Pflegepersonen und zusätzliche ambulante Betreuungs-/Entlastungsleistungen, die bereits im letzten Jahr prozentual überdurchschnittlich stark zunahmten. Schließlich deuten die ersten Daten zu den Pflegebegutachtungen für 2018 darauf hin, dass die Zahl der Leistungsbezieher weiterhin stärker steigt als in der Vergangenheit.

Für das Jahr 2019 ergeben unsere Schätzungen – auf Grundlage der zu erwartenden Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und eines um 0,5 Prozentpunkte erhöhten Beitragssatzes – Mehreinnahmen von rd. 8,8 Mrd. Euro. Setzt man bei den Ausgaben zunächst nur einen trendmäßigen demographiebedingten Zuwachs von rd. 1,2 Mrd. Euro, Mehrausgaben infolge des Pflegepersonalstärkungsgesetzes für die Soziale Pflegeversicherung von rd. 275 Mio. Euro sowie geringfügige Mehrausgaben für den Pflegevorsorgefonds an, ergäbe sich – nach zwei Jahren mit einem

---

Finanzierungsdefizit – ein Einnahmeüberschuss in Höhe von 4,3 Mrd. Euro. Hier von würden rd. 1,3 Mrd. Euro für das Auffüllen der Finanzreserven benötigt, um wieder die Höhe der Mindestreserve von 1,5 Monatsausgaben zu erreichen. Damit verbliebe ein Überschuss von knapp 3 Mrd. Euro, der für weitere Leistungsausweitungen zur Verfügung stünde. So ist in den folgenden Jahren z. B. bei solchen Leistungen mit Zuwächsen zu rechnen, bei denen durch Kapazitätsausweitung eine höhere Inanspruchnahme beabsichtigt ist, wie Kurzzeitpflege oder Pflegeberatung. Perspektivisch ist mit zusätzlichen Ausgabeneffekten einer höheren Entlohnung von Pflegekräften (Angleichung an Tarifniveaus) zu rechnen.

In einer längerfristigen Betrachtung bis zum Jahr 2022 erlaubt die geplante Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte auch bei einem deutlich abgeschwächten Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen Ausgabenzuwächse, die über dem langfristigen Durchschnitt lägen. Geht man lediglich vom langfristigen Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen seit 2004 in Höhe von jahresdurchschnittlich 2,6 % aus (2017: +4,4 %) und unterstellt Ausgabenzuwächse von jährlich 6,0 %, würden die Einnahmen im Jahr 2020 immer noch die Ausgaben decken. Im Zeitraum 2019-2022 würden unter diesen Annahmen und bei Aufrechterhaltung der Mindestreserve Überschüsse von kumuliert rd. 6,5 Mrd. Euro entstehen.

Zum Vergleich: Eine Anhebung der Gehälter von 55 % bis 75 % der Pflegekräfte (Altenpfleger und -helfer) auf Tarifniveau würde nach unseren Schätzungen – je nach unterstellter Tarifstufe – zu jährlichen Mehrausgaben zwischen 1,3 Mrd. Euro und maximal 2,4 Mrd. Euro führen.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die geplante Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte im Hinblick auf die Ziele des Gesetzentwurfes (Beitragssatzstabilität bis zum Jahr 2022, Finanzierungsspielraum für weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation) als angemessen und ausreichend bewerten.

---

✉ Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
19(14)0046(12)  
gel. ESV zur öAnh am 26.11.2018 -  
5-SGB XI-Änderungsgesetz  
27.11.2018

Abteilung  
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**

Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5

Raum 3.4250

28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 58557

eMail [rothgang@uni-bremen.de](mailto:rothgang@uni-bremen.de)

www [www.socium.uni-bremen.de](http://www.socium.uni-bremen.de)

**Sekretariat:**

Vicki May

Telefon (0421) 218 - 58556

Fax (0421) 218 - 58623

eMail [vicki.may@uni-bremen.de](mailto:vicki.may@uni-bremen.de)

[www.socium.uni-bremen.de](http://www.socium.uni-bremen.de)

26.11.2018

## **Stellungnahme zum**

### **Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung BT-Drucksache 19/5464**

### **und dem Antrag Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen BT-Drucksache 19/5525**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 26. November 2018**

## **Einleitung**

Die große Pflegereform der vergangenen Legislaturperiode hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. Reformbedingten Mehrausgaben von rund sieben Milliarden Euro stehen im Jahr 2017 reformbedingte Mehreinnahmen von 2,8 Milliarden Euro gegenüber, was zu einem reformbedingten Defizit von 4,2 Milliarden Euro führt. Lediglich aufgrund des zuvor bestehenden Überschusses und der günstigen Entwicklung der Grundlohnsumme liegt das tatsächliche Defizit 2017 bei „nur“ 2,4 Milliarden Euro (Rothgang & Müller 2018: 25ff.). Für das Jahr 2018 ergeben Hochrechnungen basierend auf den ersten zwei Quartalen ein Defizit in Höhe von rund 3,5 Mrd. Euro (Schwinger et al. 2018: 20). Eine Verbesserung der Einnahmesituation der Sozialen Pflegeversicherung ist daher unumgänglich. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird hierzu eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,5 Beitragssatzpunkte vorgeschlagen. Nachfolgend wird zunächst – unter Rückgriff auf gemeinsame Berechnungen des SOCIUM und des WIdO – untersucht, ob eine Beitragssatzanhebung in diesem Umfang ausreichend ist, um die Reformagenda der Bundesregierung zu finanzieren (Abschnitt 1). Anschließend wird eine Alternative zur Beitragssatzerhöhung thematisiert (Abschnitt 2).

### **1. Ausmaß der Beitragssatzerhöhung**

Um zu überprüfen, welche „freien“ Finanzmittel nach Erhöhung der Beitragssatzes zur Verfügung stehen und ob diese Mittel ausreichen, um die Reformagenda der Bundesregierung umzusetzen, wurde von Schwinger, Rothgang und Kalwitzki eine Modellrechnung durchgeführt, die für das Jahr 2018 die Finanzergebnisse der ersten beiden Quartale auf das Jahr hochrechnet und die Finanzentwicklung dann für 2019-22 fortschreibt (Schwinger et al. 2018). Die dabei verwendeten Fortschreibungsraten finden sich in Tabelle 1. Eine Begründung dieser Annahmen findet sich in dem als Anlage angehängten Aufsatz.

**Tabelle 1: Modellannahmen der Ausgabenfortschreibung – Steigerungsraten in Prozent pro Jahr**

	2018	2019	2020	2021		2022
	Hochrechnung der Ausgaben des 1. HJ.	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Preiskomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente
Pflegesachleistung	6,3	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegegeld	6,9	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegeurlaub	15,9	12,2	7,1	0,0	7,1	7,1
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	16,3	12,2	7,1	0,0	7,1	5,1
Soziale Sicherung der Pflegeperson	33,4	27,5	12,2	0,0	7,1	7,1
Tages- / Nachtpflege	10,2	7,1	5,1	4,5	5,1	3,0
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	27,1	22,4	12,2	0,0	7,1	7,1
Kurzzeitpflege	10,8	9,1	7,1	4,5	5,1	5,1
Vollstationäre Pflege	0,8	0,2	0,5	4,5	0,8	0,8

Quelle: Schwinger et al. 2018: 19.

Eine Fortschreibung der Gesamtausgaben der SPV unter diesen Annahmen ergibt einen Ausgabenanstieg von 41 Mrd. Euro im Jahr 2018 auf 49,5 Mrd. Euro im Jahr 2022 (Tabelle 2). Dem projizierten Ausgabenanstieg stehen Mehreinnahmen aufgrund der im Gesetzesentwurf angekündigten Beitragssatzanhebung von jährlich 7,4 Mrd. Euro (2019) bis 8,1 Mrd. Euro (2022) gegenüber.

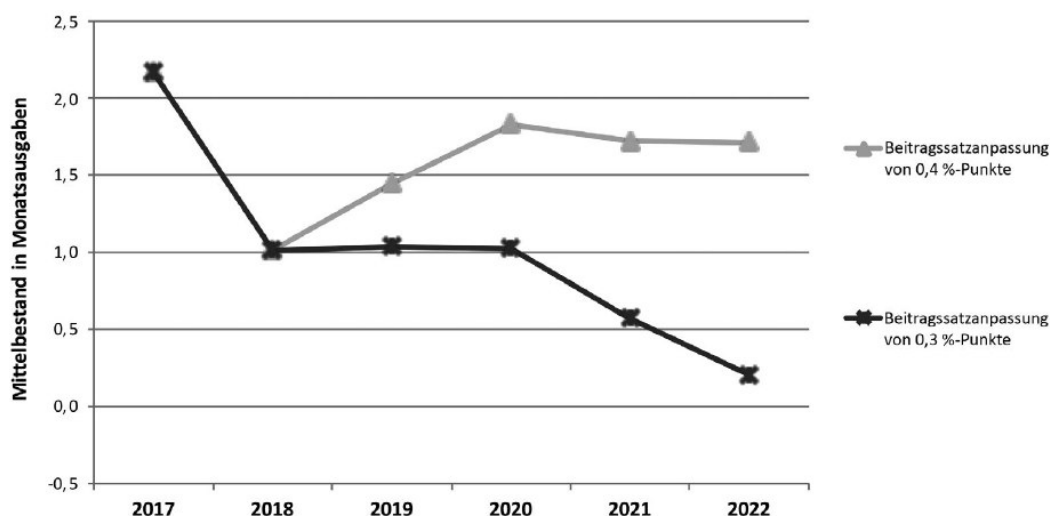
**Tabelle 2: Vorausberechnete Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung**

in Mrd. Euro	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen Status quo	37,7	39,3	40,6	41,8	43,2
Mehreinnahmen durch Beitragssatzanhebung		7,4	7,6	7,9	8,1
Einnahmen Insgesamt	37,7	46,7	48,2	49,7	51,3
Ausgaben Insgesamt	41,2	43,4	45,0	48,0	49,5
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben	-3,5	3,2	3,2	1,6	1,8
Mittelbestand am Ende des Jahres	3,5	6,7	9,8	11,4	13,2
Nicht gebundener Mittelbestand	-2,2	0,8	3,7	4,9	6,6
Mittelbestand in Monatsausgaben	1,0	1,9	2,6	2,9	3,2

Quelle: Schwinger et al. 2018: 20.

Allerdings können diese Mittel nicht unmittelbar für Leistungsverbesserungen verwendet werden können, da Mittelbestände der Pflegeversicherung inzwischen so stark abgeschmolzen sind, dass sie zunächst wieder aufgefüllt werden müssen, damit die Pflegekassen ihre gesetzliche Verpflichtung einhalten können, Mittel in Höhe von 1,5 Monatsausgaben in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen (§ 63 und § 64 SGB XI) vorzuhalten. Für 2018 musste diese Quote bereits – temporär – auf eine Monatsausgabe abgesenkt werden (Bekanntmachung des BVA vom 16. Juli 2018). Entgegen der Einschätzung des BMG veranschaulicht Abbildung 1, dass bereits zur Finanzierung der heutigen gesetzlichen Regelungen eine Beitragssatzanhebung von 0,4 Prozentpunkten notwendig wäre, um wiederum einen Mittelbestand von 1,5 Monatsausgaben bis 2022 zu gewährleisten. Die Mehreinnahmen im Jahr 2019 werden folglich allein für die Konsolidierung des Mittelbestands benötigt. Erst ab 2020 stehen wieder nicht gebundene Finanzmittel zur Verfügung. Unter Berücksichtigung einer Mindesteinlage von 0,5 Mrd. Euro zur Sicherstellung des monatlichen Finanzausgleiches (Schreiben des BVA an den GKV-SV vom 14. Juni 2018) verbleiben kumuliert bis ins Jahr 2022 lediglich 6,6 Mrd. Euro. Dieser Betrag liegt deutlich unterhalb der 12 Mrd. Euro, die das Bundesgesundheitsministerium für die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger durch die den Gesetzesentwurf begleitenden Pressemitteilung ausweist.

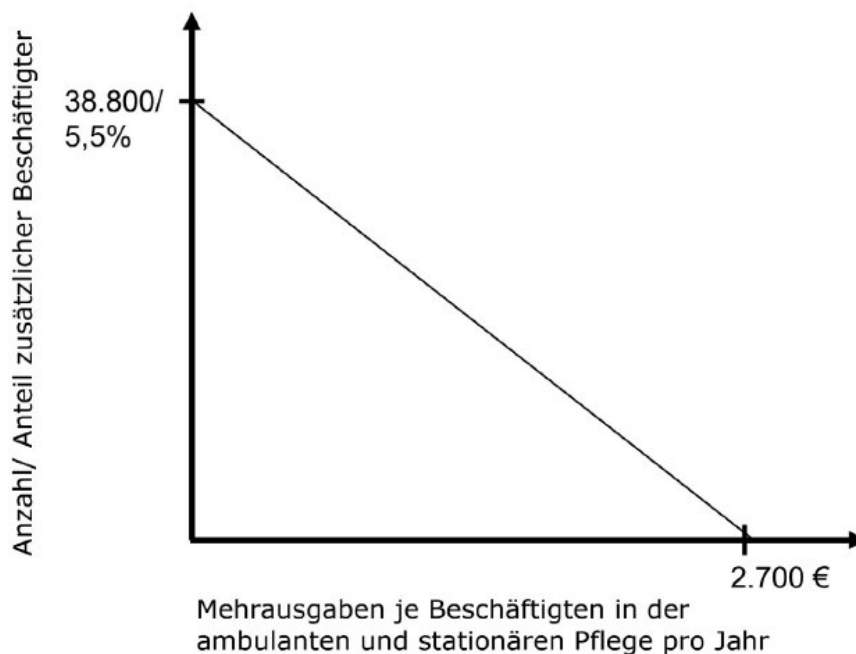
**Abbildung 1: Mittelbestand in Monatsausgaben in Abhängigkeit von Beitragssatzanpassungen**



Quelle: Schwinger et al. 2018: 20.

Was kann mit diesen freien Mitteln in den Jahren 2020-22 finanziert werden? Neben den Ankündigungen zur weiteren Entlastung pflegender Angehöriger hat die Bundesregierung vor allem eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und eine Stellenaufstockung thematisiert (vgl. Rothgang 2018a). Wird berechnet, wie viele zusätzliche Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) mit diesen Mitteln finanziert werden könnten oder welche Ausgabenerhöhung je Pflegekraft (in Annäherung an die Forderung nach „mehr Lohn“) möglich wären bzw. welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen, ergibt sich die in Abbildung 2 dargestellte Transformationskurve, die alle möglichen Kombinationen aus diesen beiden Zielen enthält. Finanzierbar wären folglich für die Jahre 2020 bis 2022 insgesamt entweder eine Pflegepersonalausweitung um rund 39.000 zusätzliche Pflegestellen, was einem Anteilswert von 5,5 Prozent der derzeit in der Langzeitpflege Beschäftigten entspricht, oder eine Steigerung der Entlohnung von 2.700 Euro pro Jahr bzw. 225 Euro je Monat und Pflegekraft bzw. entsprechende Kombinationsmöglichkeiten entlang der Transformationskurve.

**Abbildung 2: Nutzungsmöglichkeiten für die freien Finanzmittel**



Pro Jahr können von den 6,6 Mrd. Euro 2,22 Mrd. Euro genutzt werden, wobei berücksichtigt werden muss, dass hiervon auch Rücklagen zu bilden sind und zwar in Höhe von insgesamt 825 Mio. (=6,6 Mrd. Euro  $\cdot$  1/12 $\cdot$ 1,5) bzw. 275 Mio. Euro pro Jahr. Für die Ermittlung der Zahl der finanzierbaren Stellen wurde der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle wie im PpSG angesetzt, für die aktuelle Stellenzahl (Beschäftigte) wurden die Zahl der in der Pflegestatistik erfassten Erwerbstätigen (unabhängig ihrer Qualifikation und dem Beschäftigungsverhältnis) in der ambulanten und stationären Pflege (mit dem Tätigkeitsbereich Grundpflege bzw. Pflege- und Betreuung) aus dem Jahr 2015 herangezogen. Für die Ermittlung des Anteils der Mehrausgaben je Beschäftigten wurde ebenso der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle angesetzt.

Die vorgesehene Beitragssatzanhebung reicht somit aus, um die Pflegeversicherung mit ihrem derzeitigen Leistungsvolumen, einschließlich einer Leistungsdynamisierung von 4,5 % zum 1.1.2021, zu finanzieren. Allerdings werden hierzu mehr als drei Viertel der Beitragsmehreinnahmen benötigt, die aus der Beitragssatzanhebung resultieren, während das Volumen der „freien“ Mittel nur halb so hoch ist wie von der Bundesregierung unterstellt. Diese „freien“ Mittel sind daher nicht ausreichend, um sowohl eine merkliche Steigerung der Entlohnung der Pflegekräfte als auch einen signifikanten Stellenaufwuchs durch entsprechende Anhebung der Leistungssätze zu finanzieren. Werden steigende Entlohnung und steigende Personalintensitäten aber nicht durch entsprechende Leistungsanpassungen kompensiert, führen sie zu weiter steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Sollen die Eigenanteile stabilisiert werden und soll gleichzeitig Entlohnung und Personaleinsatzmenge erhöht werden, reicht die geplante Beitragssatzanhebung hierfür nicht aus.

## **2. Alternativen zur Beitragssatzerhöhung**

Um weder die Pflegebedürftigen weiter einseitig zu belasten, noch die höheren Ausgaben durch eine weitere Beitragssatzerhöhung zu finanzieren, wird in dem gleichfalls zur Beratung stehenden Antrag der Fraktion Die LINKEN eine personelle und sächliche Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage vorgeschlagen. Im Einzelnen wird gefordert,

- die Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zum 01. Januar 2019 aufzuheben,
- Kapitaleinkünfte in die Beitragsbemessung einzubeziehen und
- alle bisher privat Versicherten in die Soziale Pflegeversicherung (SPV) überzuleiten.

Kombinationen dieser Reformelemente wurden bisher auch unter dem Begriff der „Pflegebürgerversicherung“ diskutiert (vgl. z.B. Dräther et al. 2009). Nachfolgend soll zunächst auf jedes Element eingegangen werden (Abschnitt 2.2 bis 2.4), bevor abschließend die fiskalische Ergiebigkeit (Abschnitt 2.5) und die Verteilungswirkungen dieser Maßnahmen (Abschnitt 2.6) angesprochen werden und ein Fazit gezogen wird (Abschnitt 2.7). Zuvor sind aber kurz die normativen Bewertungsmaßstäbe darzulegen (Abschnitt 2.1)

### **2.1 Normative Bewertungsmaßstäbe**

Bürgerversicherungsmodelle knüpfen insbesondere an zwei Defiziten der derzeitigen Situation in Kranken- und Pflegeversicherung an: *der strukturellen Einnahmeschwäche* dieser Systeme und den



inhärenten *Gerechtigkeitslücken*. Mit der Diagnose einer strukturellen Einnahmeschwäche wird darauf Bezug genommen, dass nur ein Teil des Bruttoinlandsproduktes (BIP) verbeitragt wird und diesen im letzten halben Jahrhundert tendenziell langsamer gewachsen ist als das gesamte BIP. Im Ergebnis ist es so zu kontinuierlich steigenden Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung gekommen, obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP seit Anfang der 1980er Jahre im Wesentlichen konstant geblieben ist (Rothgang & Götze 2013: 129ff.). Um dieser Schwäche entgegenzuwirken ist daher nach den kurz- und langfristigen *fiskalischen Effekten* der vorgeschlagenen Reformelemente zu fragen und zu untersuchen, ob sie zu einer Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen.

In Bezug auf die *Verteilungsgerechtigkeit* sind die Kranken- und Pflegeversicherung dem *Solidarprinzip* verpflichtet, das durch das Zusammentreffen einer Finanzierung nach dem *Leistungsfähigkeitsprinzip* und einer Leistungsgewährung nach dem *Bedarfsprinzip* charakterisiert werden kann. Das aus der Steuerlehre übernommene Leistungsfähigkeitsprinzip postuliert, dass Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit stärker belastet werden sollen als solche mit niedrigerer Leistungsfähigkeit (vertikale Gerechtigkeit) und dass Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit gleich belastet werden sollen (horizontale Gerechtigkeit) (vgl. z. B. Greß & Rothgang 2010). In Bezug auf Gerechtigkeitsüberlegungen ist also zu fragen, ob horizontale und / oder vertikale Gerechtigkeit im so definierten Sinn durch die Vorschläge befördert werden.

## **2.2 Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze**

Eine Anhebung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbreitert die Grundlohnsumme und es ermöglicht es damit, das gleiche Einnahmenvolumen mit einem geringeren Beitragssatz zu erzielen. In Bezug auf das Ziel der Beitragssatzbegrenzung ist diese Maßnahme daher grundsätzlich positiv zu bewerten. Weiterhin begrenzt eine Beitragsbemessungsgrundlage die vertikale Gerechtigkeit, da ab Erreichen dieser Grenze einkommensstärkere Haushalte nicht mehr stärker zur Finanzierung herangezogen werden. Auch hinsichtlich der genannten distributiven Kriterien ist eine Anhebung / Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze grundsätzlich positiv.

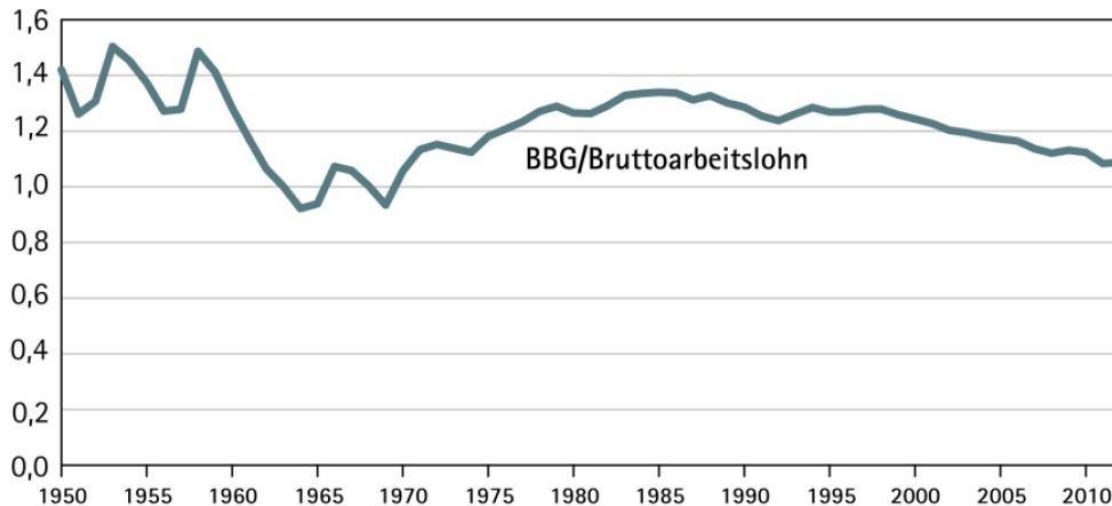
Allerdings ist die Pflegeversicherung nicht steuer-, sondern beitragsfinanziert. Als beitragsfinanzierte Sozialversicherung ist die Soziale Pflegeversicherung aber *zwei Prinzipien* verpflichtet. Zum einen wird ein Risiko *versichert*. Das verweist auf das *Äquivalenzprinzip* als normative Grundlage

einer Versicherung. Gleichzeitig ist sie keine Privat-, sondern eine *Sozialversicherung*, die auch Umverteilungsziele verfolgt (*Solidarprinzip*). Da die Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung ist, sind Umverteilungselemente sogar zwingend notwendig, da ansonsten Personen zum Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet würden, den sie womöglich nicht finanzieren könnten. Aus diesem Grund sind auch in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Umverteilungselemente integriert (vgl. z.B. Wasem 2000).

Wie Solidar- und Äquivalenzprinzip austariert werden sollen, ist dagegen eine offene Frage, bei der aber womöglich Grenzen beachtet werden müssen. Zu deren jeweiligem Stellenwert in der Kranken- und Pflegeversicherung gibt es bereits eine lang anhaltende – insbesondere auch rechtliche – Debatte (vgl. z. B. Bieback 2013: 9f.). In der Krankenversicherung findet das Äquivalenzprinzip bei der Berechnung des Krankengeldes Anwendung. Seit Einführung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber im Jahr 1970 repräsentiert das Krankengeld aber nur noch ein Zwanzigstel der GKV-Ausgaben. Nach dem damit verbundenen weitgehenden Bedeutungsverlust des Krankengeldes ist die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) die letzte Element Bastion des Äquivalenzsystems in Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist daher unklar, ob eine Abschaffung der BBG in einer *Sozialversicherung* noch verfassungskonform ist. Wenngleich das Bundesverfassungsgericht in seinen Urteilen zum Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung stets die Möglichkeit einer Ausweitung der interpersonellen Umverteilung bestätigt hat, sind die mahnenden Worte hinsichtlich einer möglichen „Überdehnung des Solidarprinzips auf Kosten des Versicherungsprinzips“ (BVerfGE 113, 167 <86>) nicht zu übersehen. Ob das Bundesverfassungsgericht einer Abschaffung der BBG zustimmen würde, erscheint daher zumindest fraglich (Rothgang & Götze 2013: 147).

Deutlich unproblematischer erscheint dagegen die *Anhebung* der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Grenze war schon in der Vergangenheit von erheblichen Schwankungen gekennzeichnet. Wie Abbildung 3 zeigt, lag sie Mitte der 1950er Jahre noch beim 1,5fachen des durchschnittlichen Arbeitsentgelts ohne Sonderzahlungen. Aufgrund fehlender Anpassungen fiel sie in der Folgezeit sogar unter das Durchschnittsentgelt, um erst seit Ende der 1980er Jahre zunächst wieder zu steigen, dann aber zu sinken. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze etwa auf die Höhe der BBG in der Rentenversicherung, würde somit nur einen Zustand wiederherstellen, der in der Vergangenheit schon bestanden hat, ohne rechtlich beanstandet zu werden.

**Abbildung 3: Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in Relation zum durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen (alte Bundesländer)**



Quelle: Rothgang / Götze 2013: 148.

Da auch die erwünschten *fiskalischen Effekte* vor allem in dem Einkommensbereich bis zur BBG in der Rentenversicherung erzielt werden, spricht einiges dafür, diese Grenze nicht abzuschaffen, sondern lediglich anzuheben, wenn weitere Einnahmen generiert werden sollen, ohne den Beitragssatz anzuheben und die Mehrbelastung damit auf die Einkommensstärkeren zu verteilen. Dabei ist aber darauf zu achten, das – solange ein Teil der Bevölkerung in der PPV verbleibt – die Versicherungspflichtgrenze entsprechend angehoben wird.

### 2.3 Verbeitragung anderer Einkommensarten

Derzeit wird das Prinzip der *horizontalen Gerechtigkeit* massiv dadurch verletzt, das Haushalte mit gleichem Einkommen, aber unterschiedlichen Einkommensquellen unterschiedlich verbeitragt werden. Nur Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen werden zur Beitragszahlung herangezogen, während andere Einkommensarten, insbesondere Kapitalerträge, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit für Pflichtversicherte nicht verbeitragt werden. Der Einbezug aller Einkommen steigert daher die horizontale Gerechtigkeit.

Allerdings sind damit praktische Probleme verbunden, die daraus resultieren, dass diese Einkommen – anders als Arbeitseinkommen – nicht direkt im Quellenabzugsverfahren eingezogen werden können, sondern vom Versicherten anzugeben sind. Allerdings ist bei freiwillig Versicherten schon

heute die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen, so dass sich qualitativ keine neuen Probleme stellen. Schließlich spricht nichts dagegen, zum Steuerrecht analoge Verfahren zu etablieren, um die Beiträge einzuziehen. Auch unter fiskalischer Perspektive führt eine Beitragspflicht für andere Einkommensarten nicht nur kurzfristig zu einer höheren Bemessungsgrundlage, sondern langfristig dazu, die Einnahmenentwicklung der Sozialversicherung von Verschiebungen in der funktionalen Einkommensverteilung zu entkoppeln und damit der strukturellen Einkommenschwäche entgegenzuwirken. Insgesamt ist auch dieses Element damit grundsätzlich zielführend.

#### **2.4 Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung**

Die Einbeziehung der bislang Privatversicherten ist das konstitutive Element aller Bürgerversicherungsmodelle. Gerade in der Pflegeversicherung zeigt sich das Kernproblem des dualen Versicherungssystems besonders deutlich: die *Risikoselektion*. Die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung haben die ungünstigere Altersstruktur, einen höheren Männeranteil und das geringere altersspezifische Pflegerisiko (Rothgang 2010 und 2011). Obwohl sich die Leistungsansprüche in beiden Versicherungszweigen nicht unterscheiden und auch die Begutachtungskriterien übereinstimmen, liegen die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben eines SPV-Versicherten mit 431 Euro im Jahr 2016 knapp viermal so hoch wie in der PPV (113 Euro). Auch bei Berücksichtigung der Beihilfe für PPV-Versicherte bleibt noch ein Verhältnis von knapp drei zu eins, das Ausdruck der unterschiedlichen Risiken der beiden Versichertenkollektive auf der Ausgabenseite ist (Rothgang 2018b). Privatversicherte sind zudem deutlich *einkommensstärker*: Für 2003 wurde mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) ermittelt, dass die Durchschnittseinkommen der Privatkrankenversichererten um 68 % über denen der GKV-Versicherten liegen (Leinert 2006: 32). Dabei ist noch unberücksichtigt, dass die sehr hohen Einkommen im SOEP tendenziell untererfasst sind. Wird nur auf die Einkommen abgestellt, die nach den Regeln der Sozialversicherung beitragspflichtig wären, weisen die Privatversicherten noch um 60 % höhere Einkommen auf als die GKV-Versicherten (ebd.: 37). Zum gleichen Ergebnis kommen Analysen basierend auf Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) für 2003. Auch auf dieser Datengrundlage zeigen sich für PKV-Versicherte um 64 % höhere Einkommen als für GKV-Versicherte, wenn auf das nach den Regeln der Sozialversicherung berechnete beitragspflichtige Einkommen abgestellt wird (Arnold / Rothgang 2010: 71f.).

Im Ergebnis entsteht aufgrund dieser Risikoselektion eine normativ nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Bevölkerung, von denen mehr als 90 % de jure oder (bei den Beamten) de facto einem der beiden Versicherungssysteme zugewiesen werden. Um die Effekte dieser normativ nicht begründbaren Risikoselektion auszugleichen, war im Koalitionsvertrag zwischen CDU/ CSU und SPD 2005 schon einmal ein Finanzausgleich zwischen den beiden Zweigen der „Pflegevolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) vereinbart worden, der dann aber nicht umgesetzt wurde. Ein derartiger Finanzausgleich kann aber als Vorstufe einer vollständigen Integration angesehen werden, die in Pflegeversicherung deutlich einfacher zu erreichen ist als in der Krankenversicherung, weil die Leistungsansprüche in beiden Versicherungssystemen weitgehend identisch sind

## **2.5 Fiskalische Effekte**

Wie stellen sich aber die fiskalischen Effekte der vorgeschlagenen Maßnahme dar? In einem Gutachten für die Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen wurde für ein Bürgerversicherungsmodell, das im Wesentlichen durch die Einbeziehung aller bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Verbeitragung aller Einkommensarten und eine Anhebung der BBG auf die Höhe der Gesetzlichen Rentenversicherung gekennzeichnet war, errechnet worden, dass der zum Ausgleich der Ausgaben notwendige Beitragssatz durch diese Maßnahmen um rund 0,4 Beitragssatzpunkte sinken würde (Rothgang et al. 2011). Für das Mikrosimulationsmodell wurden dabei die Einkommensdaten des Sozio-ökonomischen Panels verwendet. Neuerliche Modellrechnungen für DIE LINKE basierend auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Jahres 2013) ergab für ein gleichartiges Modell sogar einen Rückgang des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes um 0,56 Beitragssatzpunkte. Bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze steigt der Beitragssatzeffekt weiter, auf dann insgesamt 0,65 Beitragssatzpunkte.

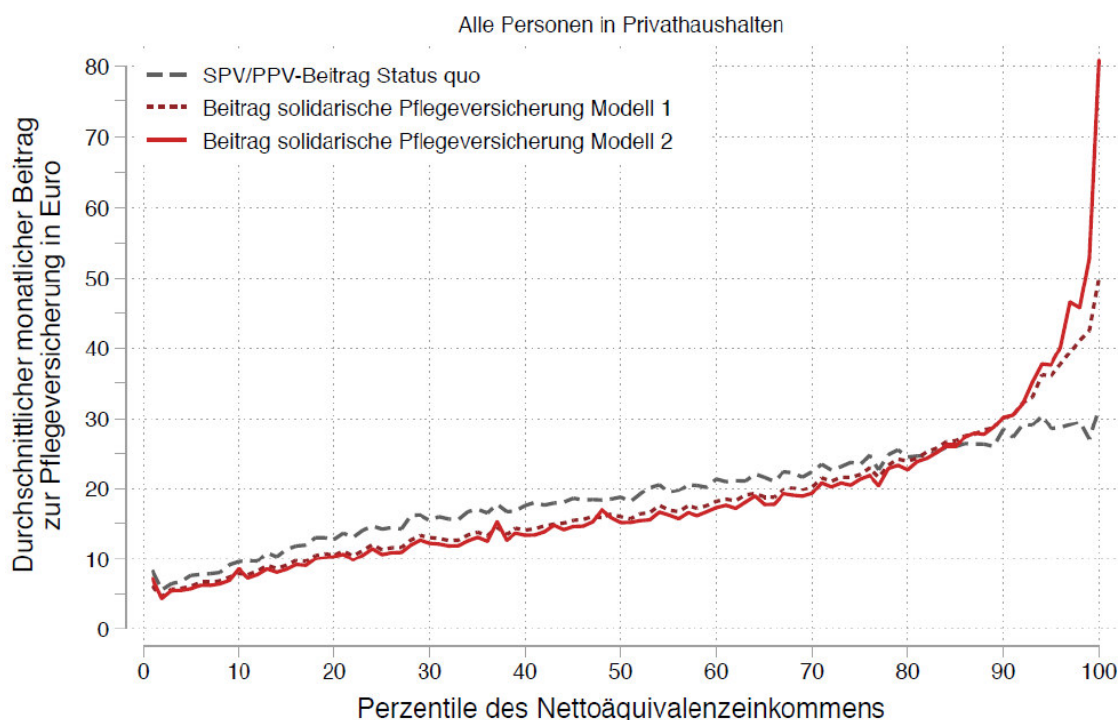
Dieser kurzfristige Effekt ist im Zeitverlauf leicht rückläufig, wie die demographische Alterung im bisher privatversicherten Versicherungskollektiv stärker ausgeprägt ist. Allerdings wird die strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialversicherung langfristig insofern beseitigt, als weiterer Risikoselektionen zu Lasten der Sozialversicherung nunmehr ausgeschlossen sind.

## 2.6 Verteilungseffekte

Die Verteilungswirkungen der Einführung einer Pflegebürgerversicherung können analysiert werden, indem die Beiträge bzw. Prämien im Status quo mit den Beiträgen in der Pflegebürgerversicherung für Versicherte untersucht werden. Die Versicherten werden dabei anhand ihres Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens geordnet. Zu beachten ist weiterhin, dass in den Prämien der Privatversicherungssysteme derzeit Altersrückstellungen enthalten sind, die in der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung nicht mehr aufgebaut werden. Daher verringert sich das durch Beiträge zu finanzierende Volumen – allerdings zu Lasten zukünftiger Beitragszahlungen.

Abbildung 4 zeigt die durchschnittlichen monatlichen Beiträge im Status quo und in zwei Bürgerversicherungsmodellen. Modell 1 sieht dabei eine Anhebung der BBG auf den Wert der Gesetzlichen Rentenversicherung vor, Modell 2 die Aufhebung der BBG.

**Abbildung 4: Durchschnittliche monatliche Beiträge zur Pflegeversicherung zum Status quo und in einer Pflegebürgerversicherung nach Perzentilen des Nettoäquivalenzeinkommens; Datenquelle: EVS 2013 (n=110.649)**

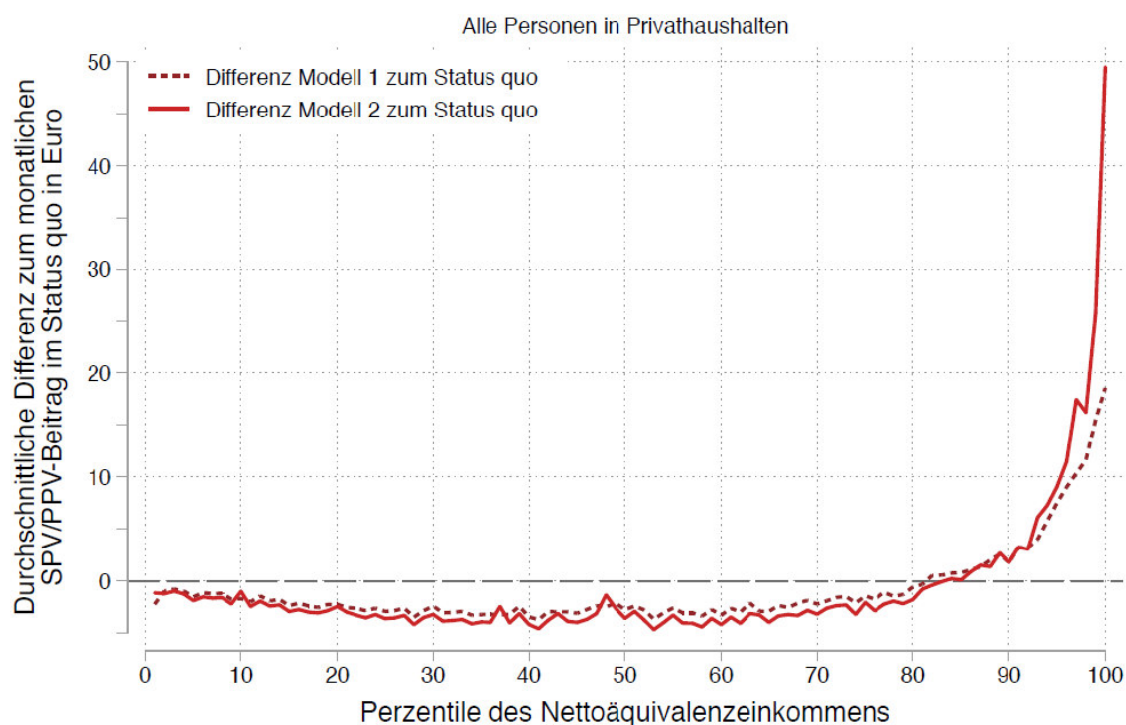


Quelle: Rothgang/Domhoff 2017: 29.

Wie gut erkennbar ist, ergeben sich für die Haushalte bis zum 80er Perzentil im Durchschnitt Entlastungen und nur bei den 10% der einkommensstärksten Haushalte zeigt sich eine Mehrbelastung. Bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist dieser Effekt bei den einkommensstärksten Haushalten dann schon sehr ausgeprägt. Allerdings werden nur die Durchschnittswerte für jede Einkommensklasse ausgewiesen. In Einzelfällen kann es deutliche Abweichungen davon geben.

Diese Ergebnisse werden noch deutlicher, wenn direkt die Differenz zwischen den Bürgerversicherungsmodellen und dem Status quo betrachtet wird (Abbildung 5). Die Entlastung liegt bei allen Haushaltseinkommen unterhalb von monatlich 10 Euro. Die Belastung der Einkommensstärksten erreicht auch in Modell 1 einen Wert von annähernd 20 Euro im Monat und in Modell 2 sogar den Wert von 50 Euro. Die zum Teil geäußerten Befürchtungen, dass auch im unteren Einkommensbereich etwa durch den Einbezug weiterer Einkommensarten per Saldo höhere Beitragszahlungen resultieren, kann die Modellierung *nicht* bestätigen.

**Abbildung 5: Differenz der durchschnittlichen monatlichen Beiträge zwischen einer Pflegebürgerversicherung und dem Status quo nach Perzentilen des Nettoäquivalenzeinkommens; Datenquelle: EVS 2013 (n=110.649)**



Quelle: Rothgang/Domhoff 2017: 29.

## 2.7 Fazit

Insgesamt haben die Darlegungen zur Pflegebürgerversicherung gezeigt, dass diese grundsätzlich normativ gut begründbar sind, zu einem merklichen fiskalischen Effekt führen und so einer weiteren Beitragssatzsteigerung entgegenwirken können. Sie führen distributiv zu einer Entlastung weiter Teile der Bevölkerung führen und belasten systematisch lediglich die besonders einkommensstarken Haushalte. Aufgrund gleicher Leistungshöhen in den beiden Zweigen der Pflegeversicherung scheint eine Integration in ein System im Pflegebereich auch deutlich einfacher als in der Krankenversicherung. Lediglich bei der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist Vorsicht geboten. Hier erscheint eine Anhebung vernünftiger als eine Aufhebung.

## Literatur

- Arnold, Robert / Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, Dirk / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65-94.
- Bieback, Klaus-Jürgen (2013): Verfassungs- und sozialrechtliche Probleme einer Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. WSI-Diskussionspapier. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71-93.
- Greß, Stefan / Rothgang, Heinz (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Leinert, Johannes (2006): Einkommensselektion und ihre Folgen, in: Jacobs, Klaus Jacobs / Klauer, Jürgen / Leinert, Johannes (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, Bonn: WIdO, S. 31-48.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3): 154– 160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.



- Rothgang, Heinz (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern, in: Peter Masuch, Wolfgang Spellbrink, Ulrich Becker und Stephan Leibfried (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag: 139-170.
- Rothgang, Heinz (2018a): Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 3: 37-42, DOI: 10.5771/1611-5821-2018-3-52.
- Rothgang, Heinz (2018b): Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, in: Public Health Forum 26(3): 239–242; <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0056>.
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Wendlandt, Katharina / Sauer, Sebastian / Wolter, Annika (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. URL: [http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA\\_2011\\_Gutachten\\_zur\\_Pflegebuergerversicherung.pdf](http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA_2011_Gutachten_zur_Pflegebuergerversicherung.pdf).
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik, 2017: „Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa Luxemburg-Stiftung. URL: <https://www.rosalux.de/publikation/id/37468/solidarische-gesundheits-und-pflegeversicherung/>
- Rothgang, Heinz / Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018): BARMER Pflegereport 2018. Berlin: BARMER Eigenverlag. [http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2018/181108\\_BARMER\\_Pflegereport\\_2018.pdf](http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2018/181108_BARMER_Pflegereport_2018.pdf).
- Schwinger, Antje / Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 33-42  
DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-13, i.E.
- Wasem, Jürgen (2000): Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?, in: Schmähl, Winfried (Hg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275. Berlin: Duncker & Humblot: 79-110.

**Anlage:** Vorabversion von

- Schwinger, Antje / Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 33-42  
DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-13.

# „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion

ANTJE SCHWINGER,  
HEINZ ROTHGANG,  
THOMAS KALWITZKI

Dr. Antje Schwinger ist Leiterin des Forschungsbereichs Pflege am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Thomas Kalwitzki ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Die Rücklagen der Pflegeversicherung sind aufgebraucht und die nächste Beitragssatzanpassung von 0,5 Prozentpunkten ist bereits angekündigt. Die Anhebung ist jedoch nicht etwa deshalb notwendig, weil es unvorhersehbare Ausgaben gab, sondern weil die Kostenfolgen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zu niedrig veranschlagt wurden und die Reform entsprechend nicht ausfinanziert war. Im Beitrag ausgeführte Modellrechnungen legen nahe, dass maximal Finanzmittel aus 0,1 Beitragssatzpunkten als Handlungsspielraum für Verbesserungen der Personalsituation verbleiben werden, diese aber nicht ausreichen, die weitergehende Reformagenda der Regierung zu finanzieren.

## Einleitung

„Die Pflegeversicherung boomt“. Mit diesen Worten wurde im Mai 2018 durch den GKV-Spitzenverband auf den unvorhergesehen hohen Anstieg der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) aufmerksam gemacht (Pressemitteilung vom 17.05.2018). Im Jahr 2018 werden die Ausgaben der SPV die Einnahmen um rund 3,5 Mrd. Euro übersteigen. Die Mehreinnahmen, die aus den die Pflegestärkungsgesetze begleitenden Beitragssatzerhöhungen resultierten, sind aufgebraucht. In zwei Stufen waren die Beitragssätze im Jahr 2015 und 2017 um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben worden. Der Gesetzgeber war ursprünglich davon ausgegangen, dass die Anhebung auf heute 2,55 Prozentpunkte die Reformkosten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) vollständig bis ins Jahr 2022 finanzieren könnte (BT-Drs. 18/5926; S. 6). Vor dem Hintergrund der jetzt leeren Kassen wurde im Oktober

2018 mit dem „Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung“ eine weitere Beitragssatzanhebung von 0,5 Prozentpunkten zum 1.01.2019 angekündigt. Die Anhebung des Beitragssatzes auf 3,05 Prozent (bzw. 3,3 Prozent für Kinderlose) diene der Finanzierung von nicht vorhersehbaren Ausgaben, die aus dem PSG II resultieren. Darüber hinaus sollen hierdurch im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen wie die „kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger“ finanziert werden. Hierfür stehen laut der die Gesetzesvorlage begleitenden Pressemitteilung des BMG 0,2 Prozentpunkte der Beitragssatzanhebung von insgesamt 0,5 Prozentpunkten zur Verfügung. Nach Angaben des Gesetzentwurfs, der jährliche Mehreinnahmen von 7,6 Mrd. Euro beziffert, entsprechen 0,2 Beitragssatzpunkte folglich rund 3 Mrd. Euro pro

Tabelle 1: Ausgabenentwicklung der SPV 2016 – 2018

In Mrd. Euro				Veränderung 2017/16		Anteil an Leistungs- ausgabensteigerung gesamt	Veränderung 2018/17	
	2016	2017	2018*	Absolut	in Prozent		Absolut	in Prozent
Pflegegeld	6,84	9,99	10,68	3,16	46,18	43,52	0,69	6,90
Pflegesachleistung	3,83	4,50	4,78	0,67	17,52	9,24	0,28	6,26
Vollstationäre Pflege (inkl. Stat. Vergütungszuschläge)	12,15	14,31	14,47	2,16	17,78	29,77	0,16	1,13
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,29	0,40	0,44	0,11	39,30	1,56	0,04	10,38
Kurzzeitpflege	0,57	0,60	0,67	0,04	6,39	0,50	0,07	10,80
Tages- / Nachtpflege	0,52	0,68	0,75	0,16	30,25	2,16	0,07	10,21
Verhinderungspflege	1,05	1,12	1,30	0,07	6,53	0,95	0,18	15,94
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	1,01	1,23	1,56	0,22	21,70	3,02	0,33	27,15
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	0,81	0,88	1,03	0,07	9,20	1,03	0,14	16,32
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,99	1,54	2,06	0,55	55,87	7,62	0,52	33,43
Pflegeberatung und sonstige Leistungsausgaben	0,25	0,29	0,31	0,05	19,05	0,65	0,02	7,35
<b>Leistungsausgaben insgesamt</b>	<b>28,29</b>	<b>35,54</b>	<b>38,05</b>	<b>7,26</b>	<b>25,65</b>	<b>100,00</b>	<b>2,50</b>	<b>7,04</b>
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>31,00</b>	<b>38,52</b>	<b>41,18</b>	<b>7,53</b>	<b>24,28</b>		<b>2,65</b>	<b>6,89</b>

Quelle: Amtliche Statistik PV45; BMG 2018 (\*Hochrechnung des 1. Halbjahres 2018)

Jahr bzw. für den Zeitraum 2019 bis 2022, insgesamt rund 12 Mrd. Euro.

Der vorliegende Beitrag geht vor diesem Hintergrund zuerst der Frage nach, welche Effekte dafür verantwortlich waren, dass die Gesamtausgaben der SPV im PSG II-Reformjahr 2017 um 7,5 Mrd. Euro – und damit um ein Viertel (24,3 Prozent) – angestiegen sind und ob dieser Anstieg tatsächlich unvorhersehbar war. In einem zweiten Schritt werden die Einnahmen und Ausgaben bis ins Jahr 2022 fortgeschrieben und es wird überprüft, welche finanziellen Handlungsspielräume mit Blick auf die angekündigten Maßnahmen bestehen und inwieweit die Reformagenda der Bundesregierung innerhalb dieses Finanzrahmens abgearbeitet werden kann.

### Ausgabeneffekte im PSG II-Reformjahr

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind von 31 Mrd. Euro im Jahr 2016 auf 38,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 angestiegen (Tabelle 1). Der in Summe höchste Anstieg ist beim Pflegegeld zu beobachten: 3,2 Mrd. Euro sind mit dem PSG II zusätzlich an die Pflegebedürftigen ausgezahlt worden. Dies entspricht mit 44 Prozent fast der Hälfte des Zuwachses der Leistungsausgaben im Reformjahr 2017. In die vollstationäre Pflege hingegen flossen nur 2,2 Mrd. Euro zusätzlich, was einem Anstieg von 18 Prozent gleichkommt. Hohe Veränderungsraten – jedoch auf einem niedrigen Ausgangsniveau – sind zudem bei den ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen (insbe-

sondere der Tages- und Nachtpflege und den zusätzlichen Betreuungsleistungen) zu beobachten. Die prozentual höchste Veränderung findet sich bei den Zahlungen von Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige. Diese unter „Soziale Sicherung der Pflegeperson“ zusammengefassten Ausgaben sind von 1 Mrd. Euro im Jahr 2016 um über 50 Prozent auf 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 angestiegen. Mit Blick auf die Frage nach den Ursachen der Ausgabenanstiege, werden die Effekte im Folgenden jeweils im Einzelnen beleuchtet.

### Pflegegeld

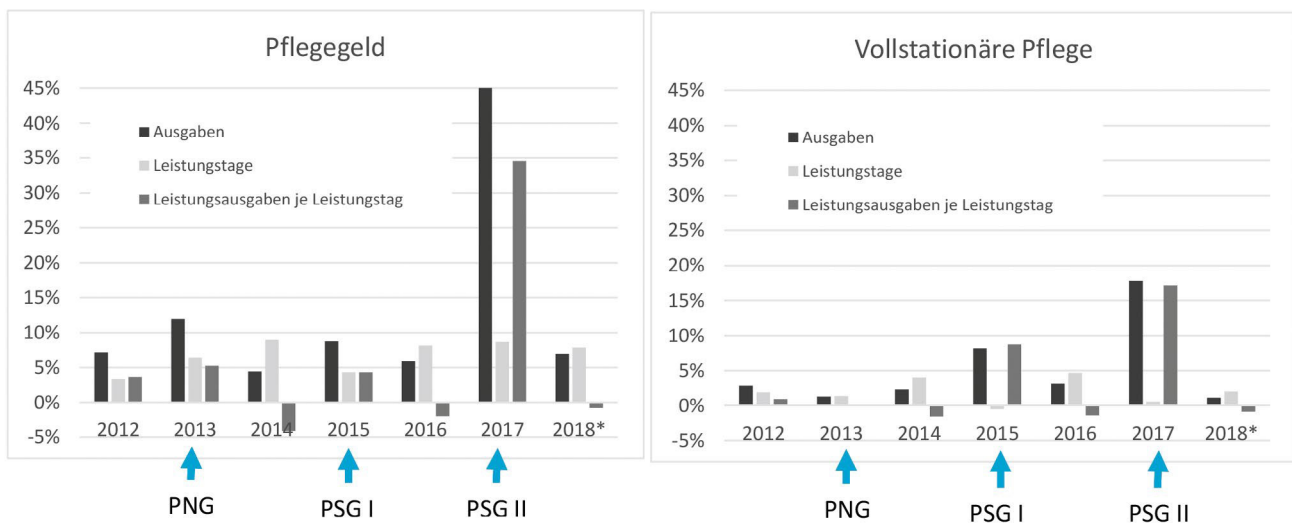
Um die Zuwachsraten beim Pflegegeld und der vollstationären Pflege besser zu verstehen, sind in Abbildung 1 Mengeneffekte sowie Preis- und Struktureffekte getrennt ausgewiesen. Dargestellt sind die jährlichen Veränderungsraten der Ausgaben insgesamt und der Leistungstage (*Mengeneffekt*). Auch Verschiebungen zwischen den Leistungssektoren bzw. -arten (Geld-, Kombinationsleistung, vollstationäre Pflege) werden hierunter erfasst und nicht – wie auch möglich – beim Struktureffekt. Der *Preiseffekt*, d. h. die Anhebung von Leistungssätzen, und der *Struktureffekt*, d. h. die Veränderung der durchschnittlichen Schwere der Pflegebedürftigkeit, werden zusammen, nämlich durch die Veränderungsrate der Ausgaben je Leistungstag, dargestellt. Das Vorgehen wurde gewählt, da Preis- und Struktureffekte aufgrund der Umstellungssystematik des PSG II nicht zu differenzieren sind. Dies

resultiert daraus, dass im PSG II nicht nur die Leistungssätze angehoben wurden, sondern gleichzeitig eine neue Einstufung in Pflegegrade eingeführt wurde, die mit den alten Pflegegraden nicht strikt vergleichbar sind. Lediglich für die Altfälle, die ohne Neueinstufung nach dem so genannten „einfachen und doppelten Stufensprung“ übergeleitet wurden, lässt sich die Veränderung der Leistungsausgaben pro Leistungstag als reiner Preiseffekt interpretieren, wenn unterstellt wird, dass das tatsächliche Ausmaß der Pflegebedürftigkeit sich kurzfristig nicht verändert hat.

Abbildung 1 zeigt, dass der Ausgabenanstieg von 46 % beim Pflegegeld im Reformjahr 2017 ganz überwiegend aus Preis- und Struktureffekt resultiert. Ergänzend ist in Abbildung 2 veranschaulicht, in welchem Umfang die Preise, d. h. die Leistungssätze, durch das PSG II für die übergeleiteten Altfälle angehoben wurden. Mit Blick auf das Pflegegeld wird deutlich, dass die relativen Leistungssteigerungen für die Pflegebedürftigen in der alten Pflegestufe 0 mit Abstand am höchsten sind. Die nächsthöchste Steigerungsrate findet sich dann bei Personen der Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Insgesamt erhielten Ende 2016 rund 370.000 und damit rund jeder vierte Geldleistungsbezieher Leistungen aus einer dieser beiden Stufen (Abbildung 2).

Neben der großzügigen Anpassung der Leistungshöhe – dem *Preiseffekt* – bewirkt die großzügige Überleitung der Pflegegraden in Pflegegrade einen *Struktureffekt*. Die gewählte Überleitung führt in der Summe nämlich zu einer höhe-

Abbildung 1: Pflegegeld – Veränderung der Ausgaben, Leistungstage und Ausgaben je Leistungstag 2012 – 2018



Quelle: Amtliche Statistik PV45 und PG1; BMG 2018; Annahme eines Sachleistungsanteils von 50% bei Kombinationsleistungsbezug

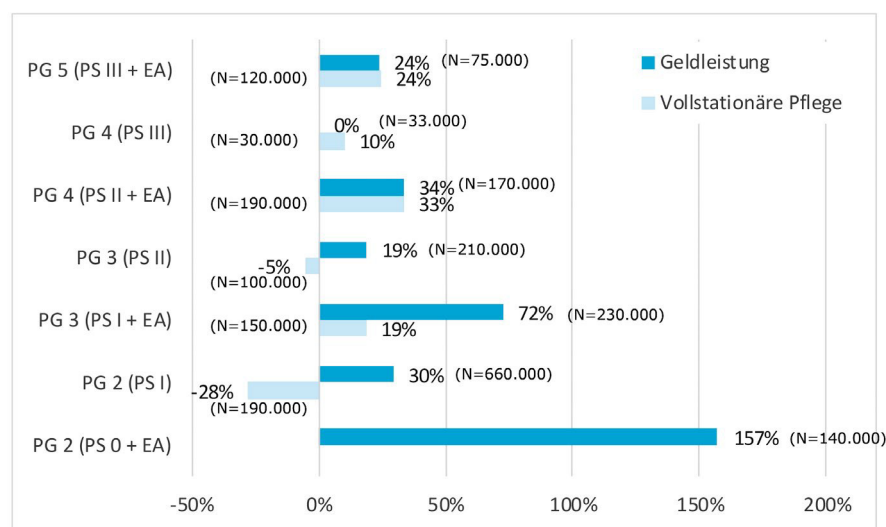
ren Pflegegradeinstufung, als wenn alle Pflegebedürftigen eine Einstufung auf Basis des neuen Assessmentinstruments erhalten hätten (Rothgang und Kalwitzki 2015). Die entsprechenden „echten“ Übergangswahrscheinlichkeiten (vom alten System ins neue System) waren im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie des MDS (Kimmel et al. 2015) sowie stationär ergänzend in einer Studie zu Versorgungsaufwänden (Rothgang et al. 2015) erhoben worden. Der Überleitungseffekt wie auch der Preiseffekt war insofern vorhersehbar und im Sinne von Reformkostenabschätzungen abbildbar.

Blickt man nun auf den *Mengeneffekt* der Geldleistungen, d. h. auf die Veränderung der Zahl der Leistungstage, so liegt diese Steigerungsrate 2017 mit 9 Prozent im Rahmen dessen, was auch in den Jahren zuvor zu beobachten war (Abbildung 1). Zwar ist die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen (inkl. der Pflegestufe 0) von 2,17 Mio. im Jahr 2016 auf 2,52 Mio. im Jahr 2017 und damit insgesamt um rund 350.000 angestiegen, maßgeblich ist hierbei aber der Neuzugang in den Pflegegrad 1, in dem kein Anspruch auf Pflegegeld (gemäß § 37 SGB XI) oder Pflegesachleistungen (gemäß § 36 SGB XI) besteht (Abbildung 3). Bei den Reform-

kostenabschätzungen wurde übrigens von 200.000 bis 500.000 zusätzlich Pflegebedürftigen ausgegangen<sup>1</sup>, so dass die heutige Aussage, dass mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben als ursprünglich erwartet, eher überrascht.

Welcher Anteil des 9-prozentigen Mengenzuwachs ist nun aber dem PSG II geschuldet, und warum sind die Zuwachsraten auch vor und nach dem PSG II bereits ähnlich hoch? Die Abgrenzung des Personenkreises, der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, ist zwischen 2002 (Einführung der Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) und 2017 (Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II) nicht verändert worden. Wird unterstellt, dass sich in dem verhältnismäßig kurzen Zeitraum auch die Morbidität der Bevölkerung und damit die epidemiologische Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, nicht verändert hat, so wäre ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in der Größenordnung von rund 2 Prozent zu erwarten, der auf der Alterung der Bevölkerung beruht (Schwinger et al. 2019). Die über die Demographie hinausgehende Mengenentwicklung muss folglich aus verändertem Antragsstellungs- und Inanspruchnahmeverhalten resultieren, die wiederum durch Reformen ausgelöst wurden: 2013 konnten Personen mit er-

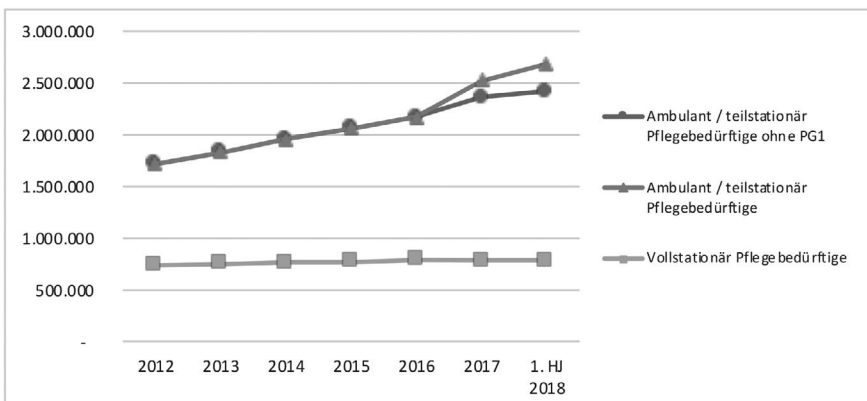
Abbildung 2: Veränderung der Leistungssätze vor und nach PSG II in %



Quelle: eigene Darstellung, Amtliche Statistik PG2 und PG1 (BMG 2018); Anteil Geldleistungsbezieher auf Basis des Anteils der Leistungstage der PG1 berechnet

1 Siehe gemeinsame Pressemitteilung des MDS und GKV-Spitzenverbands vom 14.09.2016

**Abbildung 3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen (jeweils zum 31.12 des Jahres) 2012 – 2018**



Quelle: Amtliche Statistik PG2; BMG 2018

wie professionelle ambulante Unterstützungsangebote gibt, die – bei gleichem Mitteleinsatz – effektiver sind.

## Vollstationäre Pflege

Ein Blick auf die in Abbildung 1 dargestellten Mengen-, Preis- und Struktureffekte in der vollstationären Pflege verdeutlicht, dass die Leistungstage 2017 stagnierten und die Zuwachsraten der Ausgaben pro Leistungstag mit 17 % nur halb so hoch waren wie beim Pflegegeld (35 %). Die Unterschiede im PSG II-Reformjahr erklären sich aus der deutlich geringeren Anhebung der stationären Leistungssätze bzw. deren Absenkung für Personen der Pflegestufe I und II, die keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (EA) hatten (Abbildung 2). Gleichwohl sorgt der Besitzstandsschutz des § 141 SGB XI dafür, dass sich für „Altfälle“ zumindest der Eigenanteil dennoch nicht erhöht. „Neufälle“ ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, die vor der Reform in Pflegestufe I bzw. II eingestuft worden wären und jetzt in Pflegegrad 2 bzw. 3 eingestuft werden, erhalten hingegen weniger als sie ohne Reform bekommen hätten. In der Summe waren auch für den stationären Sektor die zu erwartenden Preis- und Struktureffekte im Vorfeld der Reform gut berechenbar.

Welche Auswirkung hat die Reform auf die *Eigenanteile*, d. h. die neben Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten durch die Pflegebedürftigen selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten? Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Eigenanteile, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vor und nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II. Abgebildet ist weiterhin, dass die Pflegebedürftigen 2016 Versicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI in Höhe von monatlich durchschnittlich 1.267 Euro, 2017 dagegen in Höhe von durchschnittlich 1.404 Euro erhielten. Der Leistungsbetrag ist durch das PSG II folglich um durchschnittlich 137 Euro gestiegen – noch ohne Berücksichtigung der Besitzstandswahrung für einen Teil der Altfälle. Da sich gleichzeitig auch die Pflegesätze verändert haben, ist der monatliche durchschnittliche Eigenanteil jedoch vom letzten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 von 584 Euro nur auf 548 Euro und damit um lediglich

heftig eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), insbesondere Menschen mit Demenz aber ohne Pflegestufe (die so genannte Pflegestufe 0), erstmals Geld- und Sachleistungen beziehen, und für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegestufe I und II stiegen die Leistungsbeträge für diese Hauptleistungsarten. Mit dem PSG I wurden die Leistungssätze dann ein weiteres Mal angehoben. Dies legt die Vermutung nahe, dass insbesondere aufgrund der verbesserten Leistungen für Pflegestufe 0 sowie der breiten medialen Aufbereitung auch solche Menschen einen Antrag gestellt haben, die dies ansonsten nicht bzw.

Teil des Fallzahlenstiegs im ambulanten Sektor auch durch eine Verlagerung aus der stationären Versorgung zu erklären.

Insgesamt sind die Ausgaben für das Pflegegeld im Reformjahr 2017 von 6,8 Mrd. Euro im Jahr 2016 um 3,2 Mrd. Euro auf 10 Mrd. Euro angestiegen. Der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hatte mit Blick auf die notwendige neue Leistungsrelation darauf verwiesen, dass eine Erhebung von empirischen Zeitwerten (im ambulanten Setting) oder gar eine Ausrichtung der Leistungshöhen an der Erreichung intendierter Wirkungen (Effizienz, Kosten-Nutzen) umfangreicher methodischer und konzeptioneller Vorarbeiten bedürftig hätte (BMG 2013: 75). Da dies im Vorfeld der Reform nicht realisierbar erschien, wurden stattdessen Simulationen zu möglichen Leistungshöhen und -spreizungen durchgeführt. In der Gesamtschau erfolgte aber keine Empfehlung, sondern es wurde seitens des

Beirats festgehalten, dass die Entscheidung – da abhängig von den intendierten Zielsetzungen – dem Gesetzgeber obliege (BMG 2013). Vor dem Hintergrund des wachsenden Finanzdrucks in der Pflegeversicherung werden Fragen nach der *Wirksamkeit* von finanzierten Leistungen perspektivisch aber an Bedeutung gewinnen. Mit Blick auf das Pflegegeld wäre beispielsweise zu diskutieren, welchen Beitrag dieses dazu leistet, das häusliche Pflegesetting zu stabilisieren, oder ob es nicht vielleicht andere Maßnahmen

## Wegen des wachsenden Finanzdrucks der Pflegeversicherung gewinnen Fragen nach der Wirksamkeit von finanzierten Leistungen an Bedeutung.

erst bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit getan hätten. Auch verbesserte Beratungsangebote mögen hierzu ihren Teil beigetragen haben. Entsprechend ist die Zahl der Erstanträge von 2011 bis 2016 deutlich, von 769 Tsd. auf 966 Tsd. gestiegen (Rothgang et al. 2017a: 79). Hinzu kommt, dass die Mengenzuwächse im stationären Sektor unter der demographisch zu erwartenden Rate liegen bzw. dass die Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen teilweise sogar rückläufig ist (Abbildung 3). Insofern ist ein

Tabelle 2: Entwicklung der Eigenanteile für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen 2015 – 2018

Quartale	Durchschnittlicher Eigenanteil bzw. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Durchschnittliche Leistung nach § 43 SGB XI	Gesamt
1/2015	483	402	315	436	1.272	2.907
2/2015	493	404	317	436	1.272	2.922
3/2015	510	406	319	437	1.272	2.944
4/2015	519	408	323	438	1.272	2.959
1/2016	533	412	329	439	1.267	2.979
2/2016	546	414	332	439	1.267	2.998
3/2016	559	416	334	440	1.267	3.017
4/2016	584	419	337	440	1.267	3.047
1/2017	548	417	284	461	1.404	3.113
2/2017	553	418	284	461	1.404	3.119
3/2017	562	425	285	462	1.404	3.137
4/2017	575	427	287	462	1.404	3.154
1/2018	591	430	287	463	1.404	3.175
2/2018	602	431	289	464	1.404	3.189

Quelle: Rothgang und Müller (2018: 33)

um 36 Euro zurückgegangen. Insgesamt ist im Einführungsjahr weniger als ein Drittel der SPV-Mehrausgaben für vollstationäre Pflege zur Entlastung der Pflegeheimbewohner aufgewendet worden, während zwei Drittel zu Mehreinnahmen der Pflegeheime geführt haben. Die auf die Heimbewohner entfallenden Mehrausgaben nehmen zudem in dem Maße ab, in dem Altfälle durch Neufälle ersetzt werden (Rothgang et al. 2017a: 47ff.). Die Reduktion der Eigenanteile war letztlich nur kurzfristiger Natur: Bereits im ersten Quartal 2018 übersteigen die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile wieder den Wert des letzten Quartals 2016, und im zweiten Quartal 2018 liegt auch der vom Pflegebedürftigen insgesamt aufzubringende Teil des Gesamtheimentgelts wieder über dem Wert vor Inkrafttreten des PSG II (Tabelle 2).

### Zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Der möglichst lange Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz einsetzender Pflegebedürftigkeit ist ein Grundprinzip der Pflegeversicherung (§ 3 SGB XI: „Vorrang der häuslichen Pflege“). Die Pflegeversicherung umfasst vor diesem Hintergrund eine Reihe an Angeboten, die insbesondere auch durch die Entlastung der pflegenden Angehörigen das ambulante Pflegesetting stärken sollen.

Diese ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsangebote wurden in den vergangenen Reformjahren deutlich ausgeweitet. Zu nennen sind hier insbesondere die folgenden Reformschritte:

- die Anhebung der Leistungssätze der Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflege auf das Niveau der ambulanten Sachleistungen (PfWG 2008) und die Möglichkeit, Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld und Sachleistungen zu kombinieren (PfWG 2008) bzw. vollständig anrechnungsfrei als Leistung zu beziehen (PSG I);
- die Möglichkeit, Pauschalen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler einsetzen, d. h. gegeneinander substituieren zu können (PSG I) sowie den Erhalt des hälftigen Pflegegeldes auch während der Ersatzpflegezeiträume (PSG II);
- die Einführung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Pflegedienste bzw. die Pilotierung von entsprechenden Betreuungsdiensten (PNG), die Möglichkeit der Umwidmung von maximal bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanteils in Angebote zur Unterstützung im Alltag (PSG I), die Erweiterung des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für alle Pflegebedürftigen (PSG I) und dessen Umwandlung in einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich

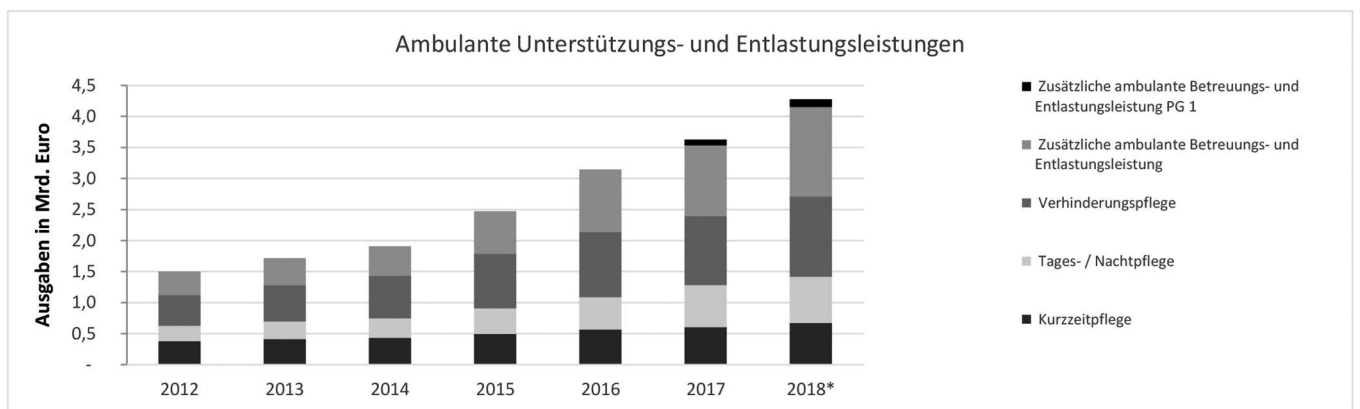
u. a. zur Finanzierung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und im Haushalt (PSG II);

- die Förderung von innovativen ambulanten Wohnformen (PSG I).

Der Ausbau des ambulanten Pflegesettings wird also bereits seit mehreren Jahren verfolgt. Die entsprechenden Ausgabendynamiken sind somit nur zum Teil eine Folge des PSG II. Gleichwohl greifen bei Tages- und Nachtpflege die bereits oben ausgeführten Mechanismen zur Überleitung von Altfällen und der Anhebung der Sachleistungssätze. Unmittelbar dem PSG II zuzuordnen sind ferner die zusätzlichen Entlastungsleistungen von 125 Euro monatlich, die von Personen des Pflegegrads 1 in Anspruch genommen werden, die vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als nicht pflegedürftig eingestuft worden wären.

Angesichts gleichzeitiger Änderungen der Leistungshöhen, Anrechnungsregeln und Anspruchsvoraussetzungen soll hier darauf verzichtet werden, Mengen-, Preis- und Struktureffekt zu unterscheiden. Festzuhalten ist, dass der Gesetzgeber seit Jahren versucht, die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen zu fördern und dass die Maßnahmen entsprechend Wirkung zeigen. Stattdessen sollen die *Auswirkungen* dieser Regelungen kurz thematisiert werden. Zunächst ist festzustellen, dass durch die erleichterte Kombinationsmöglichkeit von Unter-

Abbildung 4: Ausgabenentwicklung der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen



Quelle: Amtliche Statistik PV45 (BMG 2018)

stützungsleistungen und die Verbesserung des (teilweise) anrechnungsfreien parallelen Bezugs von Pflegegeld und Pflegesachleistung heute in der Summe in der ambulanten Pflege höhere Leistungssätze bereitgestellt werden können als in der stationären. Hinzu kommt, dass in der ambulanten Pflege zusätzlich Leistungen der SGB V-finanzierten Häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen werden können, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, während die analogen Leistungen in der vollstationären Pflege als im Pflegesatz inkludiert gelten und keine weiteren Zahlungen der Kranken- oder Pflegeversicherung auslösen. Durch Kombination insbesondere der ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI, der Leistungen für teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI und der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V können mehr als doppelt so hohe Leistungsbeträge aus der SPV bezogen werden als bei vollstationärer Pflege, ohne dass damit – im Gegensatz zur Heimpflege – eine Vollversorgung impliziert ist (Rothgang et al. 2017b: 81f.). Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ steht dem Gesetzgeber eine derartige Ausgestaltung der Leistungsstrukturen natürlich offen, erzeugt aber den grundsätzlichen Anreiz, dass vollstationäre Einrichtungen sich leistungsrechtlich in ambulante Versorgungsformen umwandeln – ohne dass ein pflegerisch-betreuerischer Zusatznutzen für die Betroffenen damit verbunden sein muss. Solche unter dem Begriff „Ambulantisierungstendenzen“ gefassten Bestrebungen wurden in einer aktuellen Studie bestätigt, wenngleich weniger aufgrund von Umwandlungs-

tendenzen als vielmehr durch Neugründungen in diesem Segment. Gleichzeitig wird konstatiert, dass nur wenige Studien vorliegen, die den potentiellen Mehrwert ambulanter Wohnformen untersuchen (Rothgang et al. 2017b). Die Mehrausgaben konnten somit nicht in Relation zur Steigerung der Lebensqualität bewertet werden, was aber notwendig wäre, um zu beurteilen, ob die beobachteten Entwicklungen gebremst werden sollten. Die in der Studie aufgeworfenen Fragen gelten letztlich nicht nur für den Teilbereich der ambulanten Wohnformen, sondern für alle Entlastungsleistungen des ambulanten Settings.

### Soziale Sicherung der Pflegeperson

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde im PSG II auch die Definition der „Pflegeperson“ geändert. Wer einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 für mindestens 10 Stunden die Woche pflegt und dabei weniger als 30 Stunden die Woche erwerbstätig ist bzw. keine Altersvollrente bezieht, erhält von der Pflegekasse Beiträge zur Rentenversicherung – im Rahmen einer Pflegezeit zudem auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und Zuschüsse zur Krankenversicherung. Mit dem PSG II wurde nicht nur die Zahl der notwendigen Pflegestunden von vormals 14 Stunden deutlich reduziert, angerechnet werden – unter Ausrichtung auf den neuen Pflegebegriff – nun auch Betreuungstätigkeiten. Auswertungen von AOK-Routinedaten zeigen, dass sich die Zahl der Personen, die Rentenversicherungsbeiträge erhalten, von Ende 2016 auf Ende 2017 fast verdoppelt hat.

Hinzu kommt eine weitere ganz wesentliche Neuerung durch das so genannte Flexirentengesetz (BGBl. I, S. 2838) vom 8. Dezember 2016. Das Gesetz zielt darauf, den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand flexibler zu gestalten (BT-Drs. 18/9787). Faktisch führen die Neuregelungen an der Schnittstelle zur Pflegeversicherung aber dazu, dass Personen über 65 Jahre eine Teilrente von bis zu 99 Prozent beantragen können und – da dann keine Vollrente vorliegt – Anrecht auf Rentenversicherungszahlungen durch die SPV haben, auch wenn sie bereits Altersrente beziehen. Theoretisch könnte damit heute jede Pflegeperson über 65 Jahre – dies ist etwas mehr als jede Dritte (38 Prozent; Schneekloth et al. 2016: 57), die 10 Stunden die Woche pflegt bzw. betreut, Leistungen zur sozialen Sicherung beantragen. Machten alle heutigen Pflegepersonen über 65 Jahre von dieser Möglichkeit Gebrauch, lägen die Ausgaben der sozialen Sicherung heute (2018) bereits bei 2,8 Mrd. Euro, während die tatsächlichen Ausgaben bei 2 Mrd. Euro liegen. Da die potentiellen finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung im Gesetzentwurf nicht beziffert wurden (BT-Drs. 18/9787), ist eher von einer Gesetzeslücke als von einer intendierten Zielsetzung auszugehen.

### Zwischenfazit

In der Gesamtschau ist festzuhalten, dass die Mehrausgaben des PSG II maßgeblich aus der in der Reform hinterlegten Überleitung der Altfälle sowie der veränderten Höhen und Differenzierungen der Leistungssätze zwischen den Leistungsformen resultieren. Die beobachteten Men-

**Tabelle 3: Angaben im Gesetzesentwurf des PSG II zu den finanziellen Auswirkungen in Vergleich zu den tatsächlichen Mehrausgaben**

	Angaben Kabinettsentwurf	IST 2017	Differenz
Anhebung der Leistungsbeträge und Überleitungs- und Bestandschutzkosten* insgesamt für Pflegegeld, Sachleistung, Vollstationäre Pflege (ohne Behindertenhilfe)	3,80	5,99	2,19
Sonstige Ausgaben für weitere Leistungsverbesserungen	1,94	1,54	- 0,40
darunter:			
Rente für Pflegepersonen	0,41	0,55	0,15
Verhinderungspflege	0,18	0,07	- 0,11
Tages- und Nachtpflege	0,10	0,16	0,06
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,42	0,22	- 0,20
<b>Reformkosten Insgesamt</b>	<b>5,74</b>	<b>7,53</b>	<b>1,79</b>

Quelle: BT-Drs. 18/5926: 69 f. (\*Überleitungskosten von 3,6 Mrd. € und Bestandsschutzkosten von 0,8 Mrd. € verteilen sich nicht gleichmäßig über die Jahre. Annahme: 2 Mrd. € in 2017) und Amtliche Statistik PV45 (BMG 2018)

geneffekte liegen im Rahmen der bereits in den Vorjahren beobachten, wobei ein allgemeiner „Attraktivitäts-Effekt“ (oder ein „Sog-Effekt“) unterstellt werden kann. Alle Parameter zur Berechnung der Kosten lagen vor, so dass die Reformkosten für die Kontengruppen Pflegegeld, Sachleistung und vollstationäre Pflege im Umstellungsjahr weitgehend vorhersehbar waren und an anderer Stelle auch entsprechend vorausberechnet wurden. So wurden im BARMER Pflegereport 2016 Leistungsmehrausgaben im Jahr 2017 von 7,2 Mrd. Euro vorausberechnet (Rothgang et al. 2016: 50), was den tatsächlichen Leistungsmehrausgaben von 7,26 Mrd. Euro sehr nahe kommt (Tabelle 1). Insofern ist es bemerkenswert, dass sich die Fehlschätzung des Gesetzgebers für Pflegegeld, Sachleistung und vollstationäre Pflege auf mehr als 2 Mrd. Euro belaufen, während sich die Schätzungen für alle weiteren – mit wesentlich mehr Unsicherheit behafteten – Kosten als treffender erwiesen haben (Tabelle 3). Mit Blick auf das Jahr 2017 ist folglich festzuhalten, dass es letztlich keine „unvorhergesehenen Ausgaben“ gab. Die jetzt im Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanhebung angekündigte Beitragssatzanhebung ist vielmehr notwendig, weil die Kostenfolgen der PSG II-Reform zu niedrig veranschlagt wurden und die Reform entsprechend nicht ausfinanziert war.

### Finanzlage der SPV bis 2022 und finanzielle Handlungsspielräume

Vor diesem Hintergrund ist es natürlich von Interesse, inwieweit die im Entwurf

des Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgehene Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte ausreicht, um nicht nur die Reformfolgen des PSG II zu finanzieren, sondern darüber hinaus auch eine Verbesserung der Personalausstattung in Einrichtungen und höhere Entgelte für Pflegekräfte zu finanzieren, wie dies im Koalitionsvertrag angekündigt wurde (Rothgang 2018a). Das Gesetz formuliert diesbezüglich das Ziel einer „kontinuierliche[n] Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung“.

Hierzu wurde eine Modellrechnung durchgeführt, die für das Jahr 2018 die Finanzergebnisse der ersten beiden Quar-

tale auf das Jahr hochrechnet und für 2019-22 dann die Finanzentwicklung fortschreibt. Die dabei verwendeten Fortschreibungsraten finden sich in Tabelle 4. Für die Preiskomponente wurde unterstellt, dass Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Leistungen bei Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege, vollstationärer Pflege und vollstationärer Pflege in Behindertenheimen sowie die stationären Vergütungszuschläge im Januar 2021 gemäß § 30 SGB XI um insgesamt 4,5 % angehoben werden, um den Kaufkraftverlust der drei Vorgängerjahre auszugleichen, der hier mit rund 1,5 % pro Jahr angesetzt wurde.

Die nach Leistungsart differenzierte Mengen- und Strukturkomponente beruht auf mehreren, teils gegenläufigen Effekten. Zunächst wird bei der Mengenkompone[n]te von einer demographiebedingten Fallzahlsteigerung von rund 2 Prozent pro Jahr ausgegangen. Entsprechend des Trends der letzten Jahre wird zweitens von einer fortgesetzten Verschiebung der Inanspruchnahme vom stationären in den ambulanten Bereich ausgegangen. Als Strukturkomponente zeigen Analysen des Antragstellungsverhaltens für Neufälle, dass der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege im Zeitverlauf ansteigt und in der ambulanten absinkt – was zu Ausgabensteigerungen bzw. Reduktionen im Zeitverlauf führt (Pick und Fleer 2018; Rothgang 2018b). Gleichzeitig gibt es einen grundsätzlich ausgabendämpfenden

**Tabelle 4: In der Ausgabenfortschreibung unterstellte Steigerungsraten pro Jahr in Prozent des Vorjahreswertes**

	2018	2019	2020	2021		2022
	Hochrechnung der Ausgaben des 1. HJ.	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Preiskomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente
Pflegesachleistung	6,3	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegegeld	6,9	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegeurlaub	15,9	12,2	7,1	0,0	7,1	7,1
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	16,3	12,2	7,1	0,0	7,1	5,1
Soziale Sicherung der Pflegeperson	33,4	27,5	12,2	0,0	7,1	7,1
Tages- / Nachtpflege	10,2	7,1	5,1	4,5	5,1	3,0
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	27,1	22,4	12,2	0,0	7,1	7,1
Kurzzeitpflege	10,8	9,1	7,1	4,5	5,1	5,1
Vollstationäre Pflege	0,8	0,2	0,5	4,5	0,8	0,8

Quelle: eigene Darstellung



**Tabelle 5: Übersicht zu den Ergebnissen der Schätzung der Finanzentwicklung der SPV**

in Mrd. Euro	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen Status quo	37,7	39,3	40,6	41,8	43,2
Mehreinnahmen durch Beitragssatzanhebung		7,4	7,6	7,9	8,1
Einnahmen Insgesamt	37,7	46,7	48,2	49,7	51,3
Ausgaben Insgesamt	41,2	43,4	45,0	48,0	49,5
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben	-3,5	3,2	3,2	1,6	1,8
Mittelbestand am Ende des Jahres	3,5	6,7	9,8	11,4	13,2
Nicht gebundener Mittelbestand	-2,2	0,8	3,7	4,9	6,6
Mittelbestand in Monatsausgaben	1,0	1,9	2,6	2,9	3,2

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018

den Struktureffekt, der aus der formalen Überleitung des PSG II resultiert. Versterben die durch die formale Überleitung „zu hoch“ eingestuften Heimbewohner und werden durch strukturgleiche Bewohner („Zwillinge“) ersetzt, sinken die Ausgaben. In dem Maße in dem die „Altfälle“ aus dem Leistungsbezug ausscheiden, reduziert sich dieser kostendämpfende Effekt im Zeitverlauf, so dass in der Modellrechnung im Zeitverlauf leicht steigende Fortschreibungsraten angesetzt wurden (Tabelle 4).

Für die zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen wird zudem angenommen, dass deren heute sehr hohen Wachstumsraten im Zeitverlauf zurückgehen, da ein langsames Ausklingen (im Sinne eines Sättigungseffekts) der durch die Flexibilisierung der Inanspruchnahme dieser Leistungen (siehe oben) ausgelösten *Mengensteigerung* erwartet wird. Gleiches gilt für die Nachfrage der Leistungen der Sozialen Sicherung. Unterstellt ist hier jedoch, dass der Flexirenteneffekt nicht voll zu Buche schlägt (siehe oben). Einbezogen in die Fortschreibung sind ferner die Ausgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) von in der Summe rund 1 Mrd. Euro (hierzu erfolgte keine eigene Berechnung). Die *Einnahmentwicklung* orientiert sich an den Empfehlungen des Schätzerkreises der GKV. Die Ausgabenentwicklung für die *Verwaltungskostenpauschale* folgt den gesetzlichen Vorgaben, die übrigen Leistungsbereiche

(vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Medizinischer Dienst, Pflegeberatung etc.) werden in Anlehnung an die demographische Entwicklung pauschal mit 2 Prozent fortgeschrieben. Ab dem 01.01.2019 wurde die angekündigte Beitragssatzanpassung von 0,5 Prozentpunkten berücksichtigt.

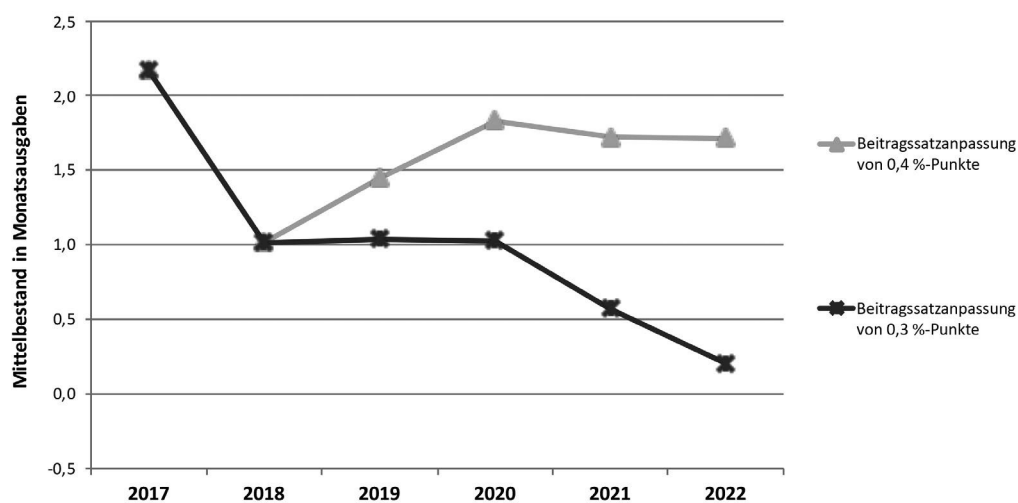
Eine Fortschreibung der Gesamtausgaben der SPV unter diesen Annahmen ergibt einen Anstieg von 41 Mrd. Euro im Jahr 2018 auf 49,5 Mrd. Euro im Jahr 2022 (Tabelle 5). Dem projizierten Ausgabenanstieg stehen Mehreinnahmen aufgrund der im Gesetzesentwurf angekündigten Beitragssatzanhebung von jährlich 7,4 Mrd. Euro (2019) bis 8,1 Mrd. Euro (2022) gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass diese Mittel unmittelbar verwendet werden können, denn die Mittelbestände der Pflegeversicherung sind stark abgeschmolzen, und die Pflegekassen sind

gesetzlich verpflichtet, Mittel in Höhe von 1,5 Monatsausgaben in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen (§ 63 und § 64 SGB XI) vorzuhalten. Für 2018 musste diese Quote bereits – temporär – auf eine Monatsausgabe abgesenkt werden (Bekanntmachung des BVA vom 16. Juli 2018). Entgegen der Einschätzung des BMG veranschaulicht Abbildung 5, dass bereits zur Finanzierung der heutigen gesetzlichen Regelungen eine Beitragssatzanhebung von 0,4 Prozentpunkten notwendig wäre, um wiederum einen Mittelbestand von 1,5 Monatsausgaben bis 2022 zu gewährleisten.

Die Mehreinnahmen 2019 werden folglich allein für die Konsolidierung des Mittelbestands benötigt. Erst ab 2020 stehen wieder nicht gebundene Finanzmittel zur Verfügung. Unter Berücksichtigung einer Mindesteinlage von 0,5 Mrd. Euro zur Sicherstellung des monatlichen Finanzausgleiches (Schreiben des BVA an den GKV-SV vom 14. Juni 2018) verbleiben kumuliert bis ins Jahr 2022 lediglich 6,6 Mrd. Euro. Dieser Betrag liegt folglich deutlich unter den 12 Mrd. Euro, die das BMG für die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger durch die den Gesetzesentwurf begleitenden Pressemitteilung ausweist.

Was kann mit diesen freien Mitteln in den Jahren 2020-22 finanziert werden? Neben den Ankündigungen zur

**Abbildung 5: Mittelbestand in Monatsausgaben in Abhängigkeit von Beitragssatzanpassungen**



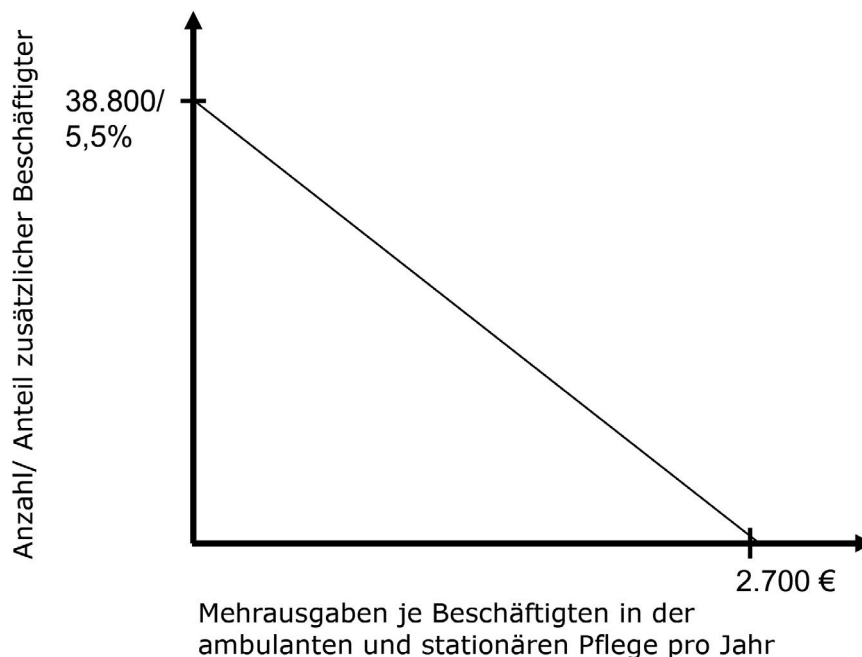
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018 sowie den Annahmen aus Tabelle 4

weiteren Entlastung pflegender Angehöriger werden vor allem eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und eine Stellenaufstockung von der Bundesregierung thematisiert (vgl. Rothgang 2018a). Wird berechnet, wie viele zusätzliche Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) mit diesen Mitteln finanziert werden könnten oder welche Ausgabenerhöhung je Pflegekraft (in Annäherung an die Forderung nach „mehr Lohn“) möglich wären bzw. welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen, ergibt sich die in Abbildung 6 dargestellte Transformationskurve, die alle möglichen Kombinationen aus diesen beiden Zielen enthält. Finanzierbar wären folglich für die Jahre 2020 bis 2022 insgesamt entweder eine Pflegepersonal-ausweitung um rund 39.000 zusätzliche Pflegestellen, was einem Anteilswert von 5,5 Prozent der derzeit in der Langzeitpflege Beschäftigten entspricht, oder eine Steigerung der Entlohnung von 2.700 Euro pro Jahr bzw. 225 Euro je Monat und Pflegekraft bzw. entsprechende Kombinationsmöglichkeiten entlang der Transformationskurve.

## Zusammenfassung und Fazit

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind im Reformjahr 2017 um 7,5 Mrd. Euro gestiegen. Die Entwicklung war jedoch weitgehend vorhersehbar, da sie maßgeblich aus der in der Reform hinterlegten Überleitungs- und Preissystematik gründet. Unerwartete Mengeneffekte von relevantem Ausmaß sind nicht festzustellen. Die jetzt angekündigte Beitragssatzanhebung ist folglich nicht etwa deshalb notwendig, weil es „unvorhergesehene Ausgaben“ gab, sondern weil die Kosten der PSG II-Reform zu niedrig veranschlagt wurden. Mit Blick auf die nun angekündigte Beitragssatzanpassung ist zu begrüßen, dass zumindest in der begleitenden Pressemitteilung die Höhe der Finanzmittel, die für die Anpassung der Sachleistungsbeträge an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger eingeplant sind, benannt werden. Erstmals beziffert der Gesetzgeber somit den Anteil der Finanzmittel, der für Maßnahmen der Personalentwicklung vorgesehen ist. Gleichwohl werden die anvisierten Gelder aus 0,2 Beitragssatzpunkten wahrscheinlich nicht zur Verfügung stehen. Die hier ausgeführten Modellrechnungen legen nahe, dass maximal Finanzmittel aus 0,1 Bei-

**Abbildung 6: Mit den freien Mitteln finanzierbare Kombinationen von Lohnsteigerungen und Stellenausbau im stationären Bereich**



Pro Jahr können von den 6,6 Mrd. Euro 2,22 Mrd. Euro genutzt werden, wobei berücksichtigt werden muss, dass hiervon auch Rücklagen zu bilden sind und zwar in Höhe von insgesamt 825 Mio. (=6,6 Mrd. Euro  $\cdot$  1/12  $\cdot$  1,5) bzw. 275 Mio. Euro pro Jahr. Für die Ermittlung der Zahl der finanzierbaren Stellen wurde der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle wie im PpSG angesetzt, für die aktuelle Stellenzahl (Beschäftigte) wurden die Zahl der in der Pflegestatistik erfassten Erwerbstätigen (unabhängig ihrer Qualifikation und dem Beschäftigungsverhältnis) in der ambulanten und stationären Pflege (mit dem Tätigkeitsbereich Grundpflege bzw. Pflege- und Betreuung) aus dem Jahr 2015 herangezogen. Für die Ermittlung des Anteils der Mehrausgaben je Beschäftigten wurde ebenso der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle angesetzt.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018 sowie der genannten Annahmen.

tragssatzpunkten als Handlungsspielraum verbleiben werden. Die Mittel würden ausreichen, um entweder die Zahl der ambulant und stationär tätigen Pflegekräfte um rund 5,5 Prozent oder die Ausgaben je Pflegekraft um monatlich 225 Euro zu erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass die bestehenden und aufgrund der Programmatik der Regierung auch bestärkten Erwartungen deutlich höher liegen werden. Auch wenn Einnahmen- und Ausgabenprojektionen selbst über relativ kurze Zeiträume hinweg mit erheblicher Unsicherheit behaftet sind, zeigen die Berechnungen doch, dass weitere Beitragssatzsteigerungen notwendig sind, soll die Personalsituation in der Pflege merklich und nachhaltig verbessert werden.

Darüber hinaus ist aber schon jetzt erkennbar, dass weiterer Handlungsbedarf besteht. Die ungeklärte Frage nach einer konsistenten Auflösung der heutigen Sektorentrennung wird dazu führen, dass die beobachtete Ausweitung der ambulanten Versorgung mit den einhergehenden Ausgabensteigerungen bei den ergän-

zenden Unterstützungsleistungen weiter fortschreiten wird. Gleichzeitig werden die bereits heute wieder steigenden Eigenanteile der stationär Pflegebedürftigen den Druck auf Leistungsverbesserungen in diesem Sektor erhöhen. Nicht vorhersehbar ist zudem der Finanzierungsbedarf, der sich perspektivisch aus dem Flexirentengesetz ergibt.

In der Gesamtschau werfen die dargestellten Entwicklungen folglich eine ganze Reihe an Fragen bezüglich der zukünftigen Leistungs- und Finanzierungsstrukturen der SPV auf. Auf der Leistungsseite stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern die Mittel heute tatsächlich zielgerichtet, d. h. mit Blick auf die intendierten Wirkungen eingesetzt werden. Ein wichtiges erstes Ziel wäre folglich, die Studienlage in diesem Zusammenhang zu verbessern. Auf der Finanzierungsseite gilt es sicherzustellen, dass Verbesserungen für Pflegekräfte nicht weiter – wie bisher – zu 100 % von den Pflegebedürftigen finanziert werden. ■

## Literatur

- BMG (2013):** Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht\\_Expertenbeirat\\_Pflegebeduerftigkeitbegriff\\_vorab\\_130627.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitbegriff_vorab_130627.pdf)
- Kimmel, Andrea / Schiebelhut, Olga / Kowalski, Ingo / Brucker, Uwe / Breuninger, Katrin / Reif, Karl / Bachmann, Sandra / Glasen, Maria / Webers, Anna (2015):** Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungssassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Berlin: GKV Spitzenverband.
- Pick, Peter / Fleer, Bernhard (2018):** Ein Jahr neue Pflegebegutachtung. in: Soziale Sicherheit Ausgabe 5: 177-183.
- Rothgang, Heinz (2018a):** Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen, in: G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3: 37-42.
- Rothgang, Heinz (2018b):** Ein Jahr nach der großen Pflegereform – vorläufige Bilanz, in: Soziale Sicherheit, Heft 5, 186-193.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018)** BARMER Pflegereport 2018 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2017a):** BARMER Pflegereport 2017. – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Köln: 5. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Wolf-Ostermann, Karin / Schmid, Achim / Domhoff, Dominik / Müller, Rolf / Schmidt, Annika (2017b):** Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3213>.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2016)** BARMER Pflegereport 2016 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015):** Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in Gesundheits- und Sozialpolitik, 69. Jg., Heft 5: 46-54.
- Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015):** Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13, Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Schneekloth, Ulrich / Rothgang, Heinz / Geiss, Sabine / Pupeter, Monika / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf (2016):** Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Evaluation\\_PNG\\_PSG\\_I.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf)
- Schwinger, Antje / Tsiasioti, Chrysanthi / Klauber, Jürgen (2019):** Pflegepersonal heute und morgen. in Jacobs et al (Hrsg.) Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege - aber woher? Berlin: Springer; im Erscheinen