



**Spitzenverband**

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbandes  
vom 30.04.2019**

**zur Öffentlichen Anhörung  
des Ausschusses für Gesundheit  
am 8. Mai 2019 zu den Anträgen der Fraktionen  
DIE LINKE, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE  
zur Zukunft der Pflegeversicherung**

**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>
Antrag der Fraktion DIE LINKE (19/7480) .....	3
Antrag der Fraktion der FDP (19/7691) .....	3
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (19/8561) .....	4
<b>II. Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung .....</b>	<b>5</b>
Grundgedanke der beiden Pflegeversicherungszweige .....	5
Gemeinsamkeiten der beiden Pflegeversicherungszweige .....	6
Unterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige .....	7
<b>1 Finanzierung .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Versicherter Personenkreis .....</b>	<b>8</b>
<b>III. Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung .....</b>	<b>9</b>
Status quo .....	9
Ausblick .....	12
<b>IV. Entwicklung der von den Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile ..</b>	<b>13</b>
<b>V. Reformnotwendigkeiten .....</b>	<b>14</b>

## I. Vorbemerkung

Der Ausschuss für Gesundheit führt eine öffentliche Anhörung durch zu den Anträgen der Fraktionen

- DIE LINKE: „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (Bundestagsdrucksache 19/7480) vom 31.01.2019,
- FDP: „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (19/7691) vom 12.02.2019 sowie
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (19/8561) vom 20.03.2019.

In allen drei Anträgen stellen die Fraktionen auf Basis der aktuellen Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung einen dringenden Reformbedarf fest und fordern die Bundesregierung auf, kurzfristig bzw. noch in dieser Legislaturperiode Gesetzesvorschläge vorzulegen, die eine langfristig stabile Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sicherstellen.

### **Antrag der Fraktion DIE LINKE (19/7480)**

Die Fraktion DIE LINKE kritisiert, dass in Deutschland nebeneinander zwei Systeme zur Absicherung des Pflegerisikos bestehen, zum einen die private Pflegeversicherung, die Menschen mit einem geringeren Pflegerisiko mit entsprechend geringeren Beitragsbelastungen absichert, und zum anderen die soziale Pflegeversicherung, die die übrigen Menschen mit einem deutlich höherem Pflegerisiko absichert und in der – bei identischen Leistungen – die Pro-Kopf-Ausgaben mehr als dreieinhalb Mal so hoch seien wie in der privaten Pflegeversicherung. Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE ist dies grundlegend ungerecht. Sie fordert daher die unverzügliche Einführung eines vollständigen Finanzausgleiches zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung. Nachfolgend sollte die Bundesregierung innerhalb der nächsten zwölf Monate Regelungen vorlegen, mit denen die private Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung mit dem Ziel der vollständigen Integration überführt werden kann.

### **Antrag der Fraktion der FDP (19/7691)**

Für die Fraktion der FDP steht fest, dass die soziale Pflegeversicherung aufgrund ihrer Umlagefinanzierung bereits heute an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit stößt und die Folgen des demografischen Wandels und des pflegerisch-technischen Fortschritts nicht bewältigen können.

Dagegen sei die private Pflegepflichtversicherung aufgrund ihres Kapitaldeckungssystems mit der Bildung von Alterungsrückstellungen „generationengerecht“ und zukunftsfähig. Die Fraktion der FDP fordert die Bundesregierung auf, noch in der laufenden Legislaturperiode einen konkreten Vorschlag zur Finanzierung der Pflege vorzulegen, der sich an einem Dreisäulenmodell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge und betrieblicher Pflegevorsorge orientiert. Im Kern geht es der FDP darum, die private Pflegevorsorge zu fördern, wettbewerbliche Elemente im System der Pflegeversicherung zu erhöhen, kapitalgedeckte Instrumente in der Pflegeversicherung auszuweiten (u. a. den Pflegevorsorgefonds weiterzuentwickeln) und – perspektivisch – die betriebliche Pflegevorsorge als dritte Säule auszubauen.

#### **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (19/8561)**

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt dem Gesetzgeber mit ihrem Antrag die Einführung einer solidarischen Pflege-Bürgerversicherung vor. Nach Auffassung der GRÜNEN sichert das vorgeschlagene Modell der Pflege-Bürgerversicherung, das für alle Bürgerinnen und Bürger eine umlagefinanzierte und konsequent einkommensbezogene Beitragsfinanzierung vorsieht, eine gerechte und stabile Finanzierung. Konkret wird die Bundesregierung aufgefordert, Änderungsvorschläge für das Elfte Buch Sozialgesetzbuch vorzulegen, die einen vollständigen Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung vorsehen und die für beide Versicherungszweige die Erhebung einheitlicher und – bezogen auf alle Einkommensarten – einkommensabhängiger Beiträge festschreiben. Zugleich soll die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise bis maximal zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung erhöht werden, die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegepflichtversicherung sollen im Wege einer verfassungskonformen Lösung zu Gunsten der Gemeinschaft aller Pflegeversicherten aufgelöst werden und das Prinzip der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegattinnen und –gatten bzw. Lebenspartnerinnen und –partnern, soweit sie Angehörige pflegen oder Kinder erziehen, soll für die Pflege-Bürgerversicherung gelten.

## **II. Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung**

Alle drei Anträge fokussieren wesentlich auf das Nebeneinander der beiden Zweige der Pflegeversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, stellen jeweils bestimmte Gemeinsamkeiten bzw. Systemunterschiede heraus, setzen diese in Bezug zur gegenwärtigen Finanzlage und leiten hieraus – verbunden mit den jeweiligen politischen Bewertungen – konkrete Reformmaßnahmen ab, insbesondere zum einen die stufenweise Integration der privaten Pflegepflichtversicherung in die soziale Pflegeversicherung (LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), zum anderen den Ausbau der ergänzenden privaten Pflegevorsorge im Verbund mit Instrumenten der Kapitaldeckung.

Der GKV-Spitzenverband wird sich zu diesen grundlegenden politischen Reformvorschlägen nicht inhaltlich positionieren, da diese gesellschaftliche und verteilungspolitische Grundsatzfrage im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, der paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern besetzt ist, unterschiedlich bewertet wird. Der GKV-Spitzenverband wird aber im Folgenden zur Fundierung der Debatte, die aus seiner Sicht wesentlichen Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige skizzieren.

### **Grundgedanke der beiden Pflegeversicherungszweige**

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde zum 1. Januar 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Sie soll das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern und Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Ziel der Einführung war es, die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Sozialhilfe, die für die Kosten der Pflege von finanziell Bedürftigen aufkommt, zu entlasten. Bis zur Einführung der SPV brachte Pflegebedürftigkeit für viele Betroffene eine wirtschaftliche Überforderung mit sich. Die Leistungen der SPV wurden bedürftigkeitsunabhängig, aber nicht bedarfsdeckend angelegt. Die SPV ist als Teilleistungssystem konzipiert, ihre Finanzierung sollte von Anfang an in einem begrenzten Rahmen gehalten werden. Die Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit liegt daher bisher auch in der individuellen Eigenverantwortung. Seit 2013 besteht eine staatliche Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen. Bei der SPV handelt es sich um eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger. Hinsichtlich des zuständigen Versicherungszweiges gilt das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h. Versicherte

der gesetzlichen Krankenversicherung sind zugleich Versicherte der SPV und werden von der bei ihrer Krankenkasse errichteten Pflegekasse betreut.

Privat Versicherte sind hingegen versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und müssen eine private Pflegeversicherung in der privaten Krankenversicherung abschließen.

### **Gemeinsamkeiten der beiden Pflegeversicherungszweige**

Neben dem Strukturprinzip der Versicherungspflicht, welches dem Ziel dient, alle Bürgerinnen und Bürger gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern, bestehen zwischen den beiden Versicherungszweigen weitere wesentliche Gemeinsamkeiten:

- In der PPV gelten hinsichtlich des Vertragsabschlusses und der Beitragskalkulation für die Versicherungsunternehmen wesentliche Prinzipien bzw. gesetzliche Regelungen der SPV. Zu nennen sind u. a.:
  - Korrespondierend zur Versicherungspflicht besteht Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherungsunternehmen.
  - Die Versicherungsunternehmen dürfen Vorerkrankungen der Versicherten sowie bereits pflegebedürftige Personen nicht von Verträgen ausschließen.
  - Die Tarife der Versicherungsunternehmen dürfen keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht vorsehen.
  - Es dürfen in der PPV keine längeren Wartezeiten als in der SPV gelten (dort Vorversicherungszeit von zwei Jahren in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung, siehe § 33 Absatz 2 SGB XI).
  - Die Prämienhöhe ist gesetzlich begrenzt auf den Höchstbeitrag der SPV.
  - Die Versicherer haben analog zur SPV die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu gewährleisten.
  - Wie in der SPV, die für alle Pflegekassen eine einheitliche Beitragskalkulation mit einem einheitlichen Beitragssatz vorsieht, besteht auch in der PPV kein Preiswettbewerb: Für die privat Pflegeversicherten besteht in der PPV ein Einheitstarif, der seitens des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. für alle Versicherungsunternehmen kalkuliert wird.
  
- Auf der Leistungsseite besteht in der PPV – folgerichtig, weil ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich durchgeführt wird – auch ein einheitlicher Leistungskatalog; dieser entspricht nach den gesetzlichen Vorgaben nach Art und Umfang den Leistungen der SPV (normiert im

Vierten Kapitel SGB XI). Insofern besteht auf der Leistungsseite – jenseits möglicher ergänzender Absicherungen, die alle Bürgerinnen und Bürger abschließen können – ein einheitlicher Leistungsanspruch für alle Pflegeversicherten in Deutschland.

- Korrespondierend zum einheitlichen Leistungskatalog erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (als Voraussetzung für die Leistungsgewährung) über ein einheitliches Pflegebegutachtungssystem. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gelten gleichermaßen für die Pflegebegutachtung, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für die Pflegekassen durchführen, als auch für die Begutachtung durch die Gutachter von Medicproof für die privat Pflegeversicherten.

Die Versicherungszweige unterscheiden sich im Wesentlichen hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Finanzierungsprinzipien und hinsichtlich der Prävalenz des versicherten Personenkreises:

## **Unterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige**

### **1 Finanzierung**

Die SPV ist umlagefinanziert: Die laufenden Ausgaben für die Versicherungsleistungen und die anfallenden Verwaltungsaufgaben werden im Wesentlichen aus den laufenden Beitragseinnahmen der Versicherten und Arbeitgeber finanziert. Zum Ausgleich von Einnahmenschwankungen im Jahresverlauf wird eine Rücklage gebildet, um möglichst kurzfristige Beitragssatzanpassungen zu vermeiden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz I den Vorsorgefonds eingeführt. Mit diesem Sondervermögen strebt der Gesetzgeber eine langfristige Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung an. Die Pflegekassen erheben einheitliche einkommensabhängige Beiträge, zurzeit auf Basis eines Beitragssatzes von 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (plus eines Kinderlosenzuschlags von 0,25 Prozent). Die Mittelaufbringung innerhalb der Versichertengemeinschaft erfolgt demnach solidarisch, d. h. grundsätzlich einkommensproportional, begrenzt durch die monatliche Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4.537,50 Euro. Die Monatsbeiträge variieren damit zwischen 13,72 Euro (monatliches Einkommen von 450,01 Euro) und 138,40 (Einkommen ab 4.537,50 Euro). Bei Beschäftigten tragen Versicherte und Arbeitgeber den Beitrag je zur Hälfte (Ausnahmereglung in Sachsen).

Zur aktuellen Finanzlage der SPV wird auf den nachfolgenden Abschnitt III verwiesen.

In der PPV werden für den Einheitstarif eingeschränkt risikoäquivalente Beiträge erhoben, die nach dem Versicherungsrisiko – gemessen an Gesundheitszustand und Alter des Versicherten zum

Zeitpunkt des Vertragsabschlusses – kalkuliert werden. Es wird das Kapitaldeckungsverfahren angewandt, welches die Bildung von Alterungsrückstellungen für die mit dem Alter steigenden Ausgaben vorsieht. Laut PKV-Verband betragen die Alterungsrückstellungen der PPV im Jahr 2017 bei 9,3 Mio. Versicherten rd. 34,5 Mrd. Euro (PKV-Verband, Zahlenbericht 2017), mithin je Versicherten rd. 3.700 Euro.

## 2 Versicherter Personenkreis

Durch die vom Gesetzgeber vorgegebene Zuweisung der Versichertengruppen entsprechend ihres Krankenversicherungsschutzes werden den beiden Versicherungszweigen hinsichtlich sozioökonomischer Parameter (Bildung, Schulabschluss, Beruf, Einkommen, Wohnort, Wohnverhältnisse etc.) unterschiedliche Versichertenkollektive zugeordnet. Naheliegender Weise ergeben sich hieraus auch unterschiedliche Versicherungsrisiken bezogen auf den Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit. Da die Leistungsvoraussetzungen und die Pflegebegutachtung bei beiden Versicherungszweigen einheitlich ausgestaltet sind, ergeben sich aus der Betrachtung der relativen Anzahl der Leistungsempfänger in SPV und PPV klare Aussagen zu den Prävalenzunterschieden.

<b>Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung 2017</b>				
	<b>PPV</b>		<b>SPV</b>	
	absolut	in Prozent der Versicherten	absolut	in Prozent der Versicherten
<b>ambulante Pflege</b>	<b>158.406</b>	<b>1,70%</b>	<b>2.560.979</b>	<b>3,52%</b>
davon				
Pflegegrad 1	5.290	0,06%	190.364	0,26%
Pflegegrad 2	69.750	0,75%	1.273.025	1,75%
Pflegegrad 3	51.143	0,55%	699.842	0,96%
Pflegegrad 4	23.198	0,25%	287.777	0,40%
Pflegegrad 5	9.025	0,10%	109.971	0,15%
<b>stationäre Pflege</b>	<b>53.176</b>	<b>0,57%</b>	<b>778.200</b>	<b>1,07%</b>
davon				
Pflegegrad 1	276	0,00%	4.112	0,01%
Pflegegrad 2	9.054	0,10%	185.445	0,26%
Pflegegrad 3	16.182	0,17%	240.465	0,33%
Pflegegrad 4	17.273	0,19%	224.175	0,31%
Pflegegrad 5	10.391	0,11%	124.003	0,17%
<b>insgesamt</b>	<b>211.582</b>	<b>2,27%</b>	<b>3.339.179</b>	<b>4,59%</b>
<b>Versicherte insgesamt</b>	<b>9.326.700</b>		<b>72.699.499</b>	

**Quellen: PKV-Verband: Zahlenbericht 2017; amtliche Statistik PG 2 und KM1 12/2017**

Die Übersicht zeigt, dass in der PPV im Jahr 2017 rd. 2,3 Prozent der Versicherten pflegebedürftig und damit Leistungsempfänger der privaten Pflegeversicherung waren, während dieser Anteil in



der SPV in dem entsprechenden Jahr rd. 4,6 Prozent betrug. Schaut man sich die Anteile in den einzelnen Leistungsbereichen an, ergibt sich auffallend durchgängig, dass die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in der PPV nur halb so hoch ist wie in der SPV.

### **III. Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung**

#### **Status quo**

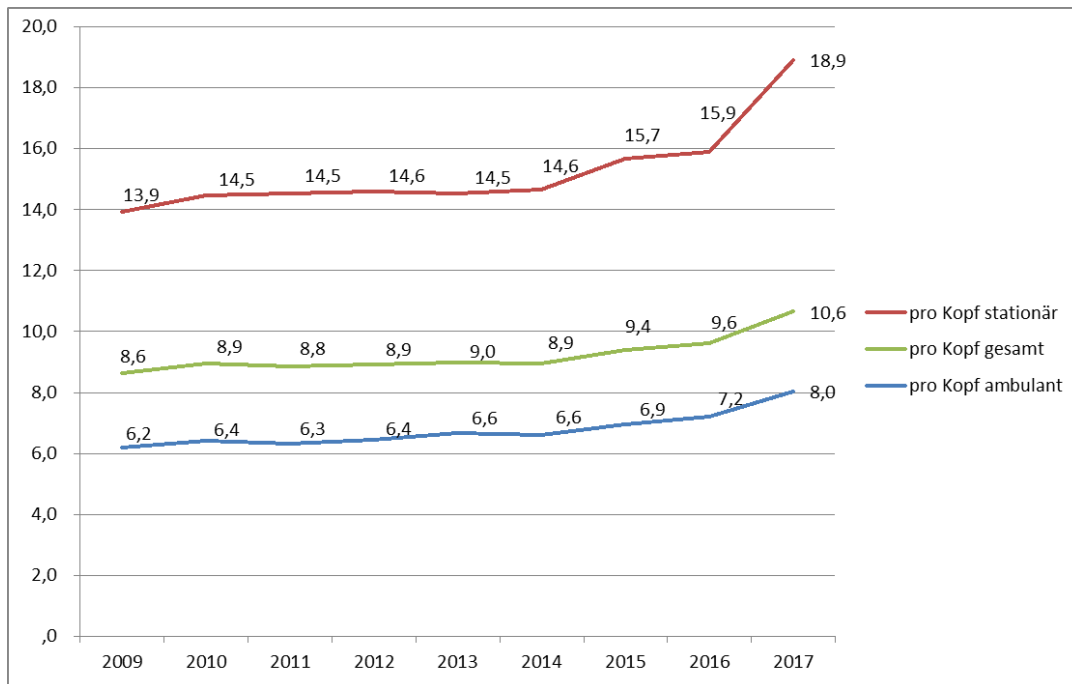
Die aktuelle Finanzlage der SPV ist wesentlich geprägt durch die jüngste Reformgesetzgebung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 01.01.2017 eingeführt und damit der leistungsberechtigte Personenkreis der SPV deutlich erweitert. So ist die Anzahl der Pflegebedürftigen vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 um rd. 735 Tsd. auf rd. 3,7 Mio. Menschen gestiegen; ca. 456 Tsd. sind dabei auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zurückzuführen. Zudem wurde das Leistungsniveau insgesamt erhöht.

Gemäß § 30 SGB XI hat die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen zu prüfen. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren. Eine solche gesetzlich vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge ist bisher nicht erfolgt. Stattdessen gab es jedoch Anpassungen der Leistungsbeträge im Rahmen von Gesetzesreformen: Nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG, 1995) folgten Anpassungen durch das erste und dritte SGB-XI-Änderungsgesetz (1996, 1998) und noch einmal durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000, durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2002, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze PSG I und PSG II in 2015 und 2016. Neben der Erhöhung der Leistungsbeträge wurde auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen flexibilisiert. Die Erhöhung der Leistungsbeträge und der Anstieg der Leistungsanspruchnahme führten in 2017 zu einer sprunghaften Erhöhung der Leistungsausgaben der SPV im ambulanten und stationären Bereich. Die nachfolgenden Grafiken verdeutlichen die Entwicklung im Zeitverlauf.

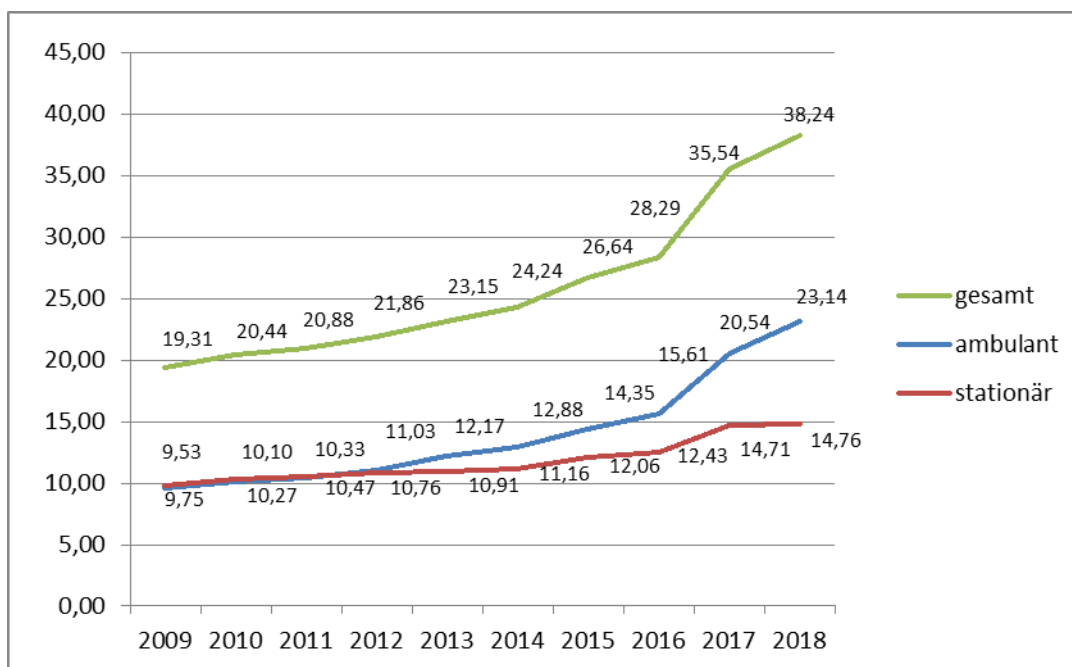
Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2019

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 8. Mai 2019 zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE zur Zukunft der Pflegeversicherung

Seite 10 von 14

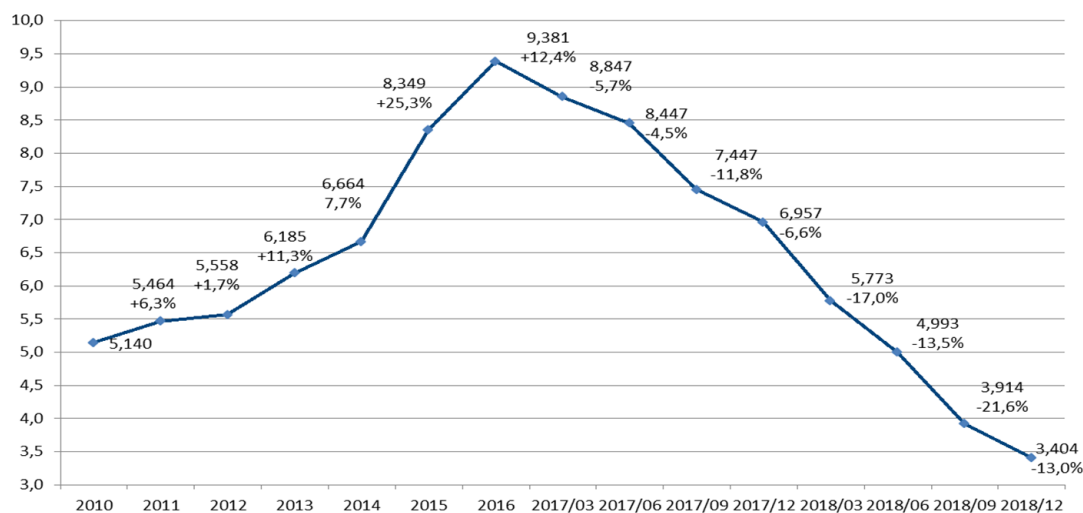


Grafik: Entwicklung der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben je Leistungsempfänger der SPV im Zeitverlauf in Tausend Euro, insgesamt und differenziert nach ambulantem und stationärem Sektor



Grafik: Entwicklung der jährlichen Leistungsausgaben der SPV im Zeitverlauf in Milliarden Euro, insgesamt (einschließlich Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) und differenziert nach ambulantem und stationärem Sektor (ohne Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI)

Der Finanzstatus der Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2018 verzeichnete auf der Einnahmenseite insgesamt 36,3 Mrd. Euro, auf der Ausgabenseite insgesamt 39,9 Mrd. Euro. Das Defizit betrug dementsprechend 3,6 Mrd. Euro. Der Mittelbestand wurde damit, dem Trend der vorausgehenden Jahre folgend, auf 3,4 Mrd. Euro geschmälert. Auf das bereits im ersten Halbjahr 2018 absehbare Finanzierungsdefizit des Jahres 2018 hat der Gesetzgeber mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 17.12.2018 reagiert und den Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf nunmehr 3,05 bzw. 3,3 Prozent für Kinderlose angehoben (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.11.2018 zu diesem Gesetzentwurf, Ausschussdrucksache 19(14)0046(8.1)). Um Liquiditätsengpässe in der gesetzlichen Pflegeversicherung abzuwenden, wurde der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung auch in den vergangenen Jahren bereits mehrfach angehoben. Nachdem im Jahre 2005 der Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (BSP) eingeführt wurde (neuer Beitragssatz 1,7 bzw. 1,95 Prozent für Kinderlose), stieg der Beitragssatz im Jahre 2008 erneut um 0,25 BSP. Es folgten weitere Erhöhungen des Beitragssatzes in jeweils Zweijahresabständen von + 0,1 BSP in 2013, + 0,3 in 2015, + 0,2 in 2017 und zuletzt die oben genannte Erhöhung um 0,5 BSP im Jahr 2019.



Grafik: Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung im Zeitverlauf in Milliarden Euro, zusätzlich wird die prozentuale Entwicklung im Vergleich zum Vorjahreswert dargestellt

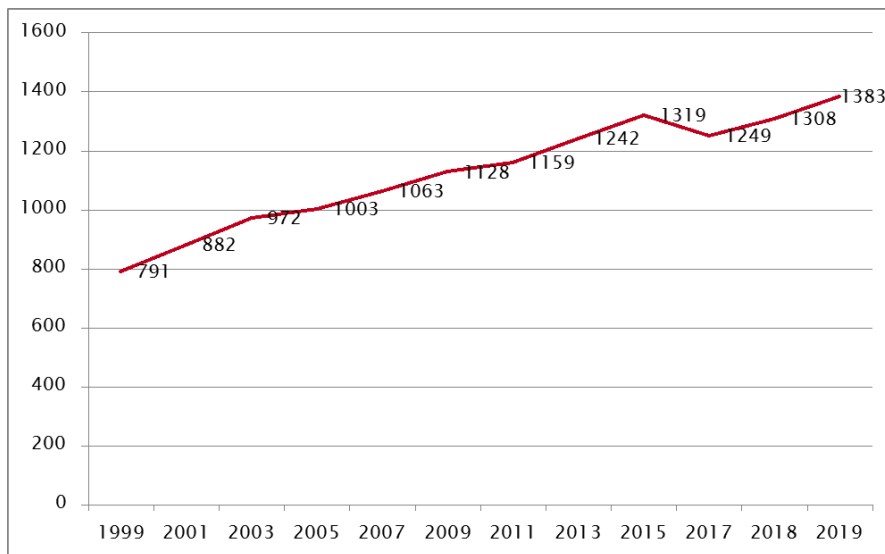
## **Ausblick**

Der GKV-Spitzenverband geht weiterhin davon aus, dass mit dem derzeitigen Beitragssatz ohne finanzwirksame Reformmaßnahmen eine Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis voraussichtlich mindestens 2022 sichergestellt werden kann. Auf der Einnahmenseite liegt dieser Einschätzung die Annahme zu Grunde, dass sich die Brutto Lohn- und Gehaltsentwicklung von 4,2 Prozent in 2019 auf 3,7 Prozent bis 2023 abschwächen wird. Eine zunehmende Zurückhaltung der Konjunkturforschungsinstitute wurde bislang nicht zum Anlass genommen, das Risiko einer schwächeren Entwicklung des Arbeitsmarktes besonders zu berücksichtigen. Ausgaben-seitig sind ein Zuwachs von jährlich rund 150.000 Leistungsempfängern, ein Inflationsausgleich der Leistungsbeträge gemäß § 30 SGB XI von 5,0 Prozent im Jahr 2021 sowie die Wirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes in dieser Prognose berücksichtigt.

Entsprechend dieser Annahmen wird sich in Folge der Beitragssatzerhöhung vom 01.01.2019 der Mittelbestand der SPV in den nächsten zwei Jahren von 3,4 Mrd. Euro Ende 2018 auf 8,4 Mrd. Euro bis Ende 2020 aufbauen und sich nach Anpassung der Leistungsbeträge im Jahr 2021 auf diesem Niveau zunächst stabilisieren. Die Gesamteinnahmen und -ausgaben der SPV werden nach diesem Modell für das Jahr 2022 auf jeweils rund 52 Milliarden Euro geschätzt. Hierbei nicht berücksichtigt sind weitere finanzwirksame Reformvorhaben der Regierung wie beispielsweise die bereits diskutierte Einführung eines Flächentarifvertrags in der Pflege oder die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens, die je nach Gegenfinanzierung zu einer höheren Anpassung der Leistungsbeträge führen könnten. Außerdem sind die ab 2020 zu erwartenden Kostensteigerungen durch die Neuordnung der Pflegeausbildung, die Abgrenzungsneuregelungen zur Eingliederungshilfe und eventuelle weitere Auswirkungen aufgrund der Konzertierte Aktion Pflege noch nicht berücksichtigt.

## IV. Entwicklung der von den Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile

Trotz verschiedener Anpassungen der Leistungsbeträge ist die Eigenbelastung im stationären Bereich stetig gestiegen. Dies soll am Beispiel der Pflegestufe 2 bzw. nach 2017 der Pflegegrade 2 bis 5 exemplarisch gezeigt werden. Die pflegebedingten Kosten sowie die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung stiegen von 1999 bis 2019 durchschnittlich um rund 75 Prozent, von 791 Euro auf 1.383 Euro. Die in der nachfolgenden Graphik erkennbare signifikante Absenkung der Eigenbelastung in 2017 erfolgte aufgrund einer Neuberechnung der Pflegesätze. Diese war gesetzlich vorgegeben, flankiert durch Bestandsschutzregelungen, und mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden. Infolgedessen wurden die bislang auf drei Pflegestufen bezogenen Pflegesätze für fünf Pflegegrade kalkuliert; seit 2017 müssen je Pflegeeinrichtung für alle Pflegegrade einheitliche pflegebedingte Eigenanteile der Pflegebedürftigen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile – EEE) berechnet werden.



Grafik: Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Eigenbelastung bei stationärer Pflege für Pflegestufe 2 bzw. Pflegegrade 2 bis 5 ohne Investitionskosten in Euro

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur verantwortlich. Insofern ist eine finanzielle Förderung der Investitionen der Pflegeeinrichtungen durch die Länder gesetzlich vorgesehen. Die Länder können bestimmen, ob und in welchem Umfang eine Förderung von Pflegeeinrichtungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen erfolgt. Nur wenige Länder nehmen diese Möglichkeit der finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen tat-

sächlich wahr. Zudem ist die landesrechtliche Ausgestaltung in den Ländern sehr verschieden und trotz der seit 01.01.2017 eingeführten Berichtspflicht der Länder gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach (§ 10 Abs. 2 SGB XI) intransparent und zum Teil nicht direkt miteinander vergleichbar. Nicht oder nicht vollständig geförderte Investitionskosten dürfen den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden. Dies führt für die Pflegebedürftigen zu einer weiteren erheblichen Eigenbelastung. Derzeit tragen Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen allein für Investitionsaufwendungen im Bundesdurchschnitt über 450 Euro monatlich.

Gemäß § 9 SGB XI sollen die Länder zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen nutzen, die sich aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben. Diese Einsparungen fallen auch heute noch an, sie beliefen sich im Jahr 2015 auf rund 5 Milliarden Euro (Bericht der Bundesregierung nach § 10 SGB Abs. 1 XI). Es ist nicht erkennbar, dass die Länder ihrer Verantwortung nachkommen, die Investitionskosten vollständig zu übernehmen bzw. mit einer direkten finanziellen Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen zu deren Entlastung beizutragen.

## V. Reformnotwendigkeiten

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, eine langfristig stabile Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sicherzustellen. Der absehbar steigende Finanzbedarf darf hierbei nicht ausschließlich über Anpassungen des Beitragssatzes gedeckt werden. Dieser Automatismus, lediglich den Beitragssatz zu erhöhen, ist keine auf Dauer tragfähige Lösung in Anbetracht der dargestellten Entwicklung der Pflegeversicherung.

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Von der Pflegeversicherung wird jedoch auch beispielsweise die Alterssicherung für pflegende Angehörige getragen. Aber anders als bei der Renten- oder der Krankenversicherung werden die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung bisher ausschließlich durch die Beitragszahler finanziert. Es muss ein gesellschaftlicher Konsens darüber herbeigeführt werden, wie künftig die Finanzierungszuständigkeit zwischen der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung aufgeteilt wird. Die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses für die Pflegeversicherung ist ein richtiger Schritt, um steigende Eigenanteile und Beitragssatzerhöhungen abzumildern.