

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung
der sozialen Pflegeversicherung (SPV)



STUDIEN
BERICHT



Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung
der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Richard Ochmann
Thorsten Tisch
Grit Braeseke
Martin Albrecht
David Sonnenberger

Bericht

für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“
unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit

Berlin, Februar 2024

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Grit Braeseke
Dr. Richard Ochmann
David Sonnenberger
Thorsten Tisch
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	11
2.	Zum Charakter der Modellrechnung	12
3.	Datengrundlagen und Methodik	15
3.1	Datengrundlagen	15
3.2	Datenaufbereitung	17
3.3	Methodik Projektionsmodell	21
3.3.1	Modellüberblick	21
3.3.2	Modellmechanik	23
3.3.3	Einnahmenseite der SPV	25
3.3.4	Ausgabenseite der SPV	33
3.3.5	Zuführungen und Mittelabrufe des Pflegevorsorgefonds	37
3.3.6	Mittelbestand	39
3.3.7	Ermittlung des Beitragssatzes	39
3.3.8	Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten bei vollstationärer Pflege	41
3.3.9	Inanspruchnahme der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege und der damit verbundenen Ausgaben	43
3.3.10	Kalkulatorische Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege	46
4.	Annahmen und Überblick Projektionsszenarien	48
4.1	Annahmen (in Szenarien einheitlich)	48
4.2	Projektionsszenarien	49
5.	Zentrale Ergebnisse im Szenarienvergleich	51
5.1	Jährliche Änderungsraten	51
5.2	Absolutwerte im Zieljahr	55
5.3	Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes	57
5.3.1	Beitragssatz	57
5.3.2	Pflegevorsorgefonds	58
6.	Detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien	60
6.1	Einnahmen	61
6.1.1	Mitgliederzahl	61
6.1.2	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied	64
6.1.3	Beitragseinnahmen	65
6.1.4	Sonstige Einnahmen	66
6.1.5	Gesamteinnahmen	67
6.2	Ausgaben	68
6.2.1	Versichertenzahl	68
6.2.2	Pflegeprävalenz	69
6.2.3	Anzahl der Pflegebedürftigen	71
6.2.4	Leistungsausgaben	79
6.2.5	Gesamtausgaben	82

6.3	Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung	83
6.4	Private Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen	85
6.4.1	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	85
6.4.2	Eigenanteilsbegrenzung und Gesamtausgaben	86
6.5	Hilfe zur Pflege	89
6.5.1	Vollstationärer Bereich	89
6.5.2	Ambulanter Bereich	92
6.6	Medizinische Behandlungspflege	98
7.	Strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize im System der SPV	100
7.1	Nachhaltige Finanzierung der SPV	100
7.2	Investitionskostenförderung der Länder	102
7.3	Handlungsbedarf in der Langzeitpflege – insbesondere bisher noch mangelnde Umsetzung des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs	103
7.4	Mangelnde Präventionsorientierung der Pflegeleistungen	106
7.5	Finanzierungsstrukturen und Effizienzpotenziale in der ambulanten Pflege	114
8.	Zusammenfassung	116
9.	Anhang	117
A1	Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien	118
A2	Kontengruppierung PV 45	122
A3	Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV	135
	Literaturverzeichnis	138
	Abbildungen	5
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	9

Abbildungen

Abbildung 1:	Überblick über die im Prognosemodell modellierten Zahlungs- bzw. Leistungsströme	22
Abbildung 2:	Ausgabendeckender Beitragssatz (2022-2060) (Szenarien 1 bis 9) (in %)	58
Abbildung 3:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Basisszenario 4) (in Mrd. €)	59
Abbildung 4:	Anzahl der Mitglieder insgesamt (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mio.)	61
Abbildung 5:	Anzahl der Mitglieder nach Gruppen (2022-2060) (alle Szenarien) (Index, 2022=100%)	62
Abbildung 6:	Struktur der Mitgliederzahl nach Gruppen (2022 und 2060) (alle Szenarien) (in %)	63
Abbildung 7:	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	64
Abbildung 8:	Beitragseinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	65
Abbildung 9:	Sonstige Einnahmen (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mrd. €)	66
Abbildung 10:	Gesamteinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	67
Abbildung 11:	Anzahl der Versicherten (2022-2060) (in Mio.)	68
Abbildung 12:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in %)	69
Abbildung 13:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in %)	70
Abbildung 14:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in %)	71
Abbildung 15:	Anzahl der Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	72
Abbildung 16:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in Mio.)	73
Abbildung 17:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in Mio.)	74
Abbildung 18:	Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in Mio.)	74

Abbildung 19:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Hauptleistungsart (2022-2060) (Basisszenario 4) (Index, 2022=100%)	75
Abbildung 20:	Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)	76
Abbildung 21:	Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Leistung (alle Leistungsarten) oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)	77
Abbildung 22:	Anteil „ambulant“ (alle Leistungsarten) an der Anzahl aller Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 3, 4, 5 und 7) (in %)	78
Abbildung 23:	Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	80
Abbildung 24:	Leistungsausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	81
Abbildung 25:	Gesamtausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	82
Abbildung 26:	Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung (2022-2060) (Basisszenario 4 gegenüber Szenario 7)	84
Abbildung 28:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	85
Abbildung 29:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	90
Abbildung 30:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	92
Abbildung 31:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	93
Abbildung 32:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	95
Abbildung 33:	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)	96
Abbildung 34:	Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)	97

Abbildung 35:	Rechnerische Anzahl der Leistungsempfänger medizinischer Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (in Mio.)	98
Abbildung 36:	Ausgaben für med. Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)	99
Abbildung 37:	Entwicklung der SPV-Finzen seit 2013	100
Abbildung 38:	Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter	107
Abbildung 39:	Konzeptioneller Rahmen der WHO für Gesundes Altern	108
Abbildung 40:	Verwendung des Pflegegeldes, 2021 (Mehrfachnennungen)	114
Abbildung 41:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 1) (in Mrd. €)	118
Abbildung 42:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 2) (in Mrd. €)	118
Abbildung 43:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 3) (in Mrd. €)	119
Abbildung 44:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 5) (in Mrd. €)	119
Abbildung 45:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 6) (in Mrd. €)	120
Abbildung 46:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 7) (in Mrd. €)	120
Abbildung 47:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 8) (in Mrd. €)	121
Abbildung 48:	Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 9) (in Mrd. €)	121
Tabellen		
Tabelle 1:	Gesetzliche Beitragssatzstaffelung (seit 01.07.2023)	40
Tabelle 2:	Zentrale Modellannahmen (szenarienübergreifend)	48
Tabelle 3:	Modellszenarien im Überblick	50
Tabelle 4:	Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (Veränderung über den Projektionszeitraum)	53
Tabelle 5:	Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (im Jahr 2022 und im Jahr 2060)	54

Tabelle 6:	Ausgaben der privaten Haushalte für den EEE, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten sowie Eigenanteilsbegrenzung (EAB) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022 und 2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7)	87
Tabelle 7:	Ausgaben ausgewählter Träger für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Mio. Euro	101
Tabelle 8:	Investitionskostenförderung der Länder in der Pflege	103
Tabelle 9:	Kontengruppierung PV 45	122
Tabelle 10:	Bezugspopulation der Konten der Ausgabeseite der SPV	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ADL	Activities of daily living
AKI	Außerklinische Intensivpflege
ALG	Arbeitslosengeld
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
bpE	Beitragspflichtige Einnahmen
CAPABLE	Versorgungsmodell „Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders“
EAB	Eigenanteilsbegrenzung
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
ELB	Erwerbsfähige Leistungsberechtigte
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HKP	Häusliche Krankenpflege
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IADL	Instrumental activities of daily living
KSVG	Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten
KZP	Kurzzeitpflege
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen

Abkürzung	Erläuterung
LTCI	Longterm care insurance
MBP	Medizinische Behandlungspflege
MMSE	Minimal Mental State Examination
OECD	Organization for Cooperation and Development
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
PWDB	Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung
RCT	Randomised controlled trial
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WSF	Wirtschaftsstabilisierungsfonds

1. Hintergrund und Zielsetzung

Bereits seit langem wird untersucht, welche Auswirkungen der demografiebedingt zu erwartende starke Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen und der gleichzeitige Rückgang der Erwerbsbevölkerung mit Eintritt der Babyboomer-Generation ins Rentenalter auf die Stabilität der sozialen Pflegeversicherung (SPV) haben werden. Aktuelle Herausforderungen, wie der Fachkräftemangel, die Folgen der Corona-Pandemie, hohe Inflationsraten, stagnierendes Wirtschaftswachstum und der Klimawandel, verstärken zusätzlich die Problematik einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Die Pflegereformen der letzten Jahre haben insbesondere den Leistungsumfang der SPV ausgeweitet und flächendeckend eine höhere Entlohnung für das Pflegepersonal angestoßen. Zur Sicherung der Finanzierbarkeit der SPV wurde unter anderem mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz 2015 ein Pflegevorsorgefonds eingeführt, und mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde erneut der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 „moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben“ (BMF, 2023). Gleichzeitig verpflichtet das PUEG die Bundesregierung unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorzulegen. Dabei „soll insbesondere auch die Ausgabenseite der SPV betrachtet werden“.

Vor diesem Hintergrund hat das BMG einen Auftrag für die interministerielle Arbeitsgruppe „Zukunftssichere Finanzen der SPV“¹ über „Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ an die IGES Institut GmbH vergeben. Gegenstand des Auftrags war die Erstellung einer Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts (inkl. den Wirkungen der Regelungen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes 2023).

Ziel war es, die Entwicklung des zur Finanzierung der prognostizierten Ausgaben notwendigen Beitragssatzes aufzuzeigen. Dabei sollten einerseits in den Modellrechnungen auch über geltendes Recht hinaus Varianten möglicher künftiger Regelungen (z. B. eine allgemeine Leistungsdynamisierung nach 2028) einbezogen und andererseits die Ausgabenseite der SPV nach den verschiedenen Ausgabenträgern dargestellt werden. Ein weiteres Ziel des Auftrags lag darin, strukturelle Probleme, Effizienzpotenziale und Fehlanreize im System der sozialen Pflegeversicherung aufzuzeigen.

¹ An der interministeriellen Arbeitsgruppe beteiligt waren BMG, BMF, BMWK, BMFSFJ, BMAS sowie zwei Vertretungen der Länder (für die A-Seite: Rheinland-Pfalz und für die B-Seite: Baden-Württemberg).

2. Zum Charakter der Modellrechnung

Die folgende Modellrechnung zur finanziellen Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2060 stellt keine Prognose dar. Stattdessen werden durch die Berechnungen verschiedene Szenarien der finanziellen Entwicklung beschrieben, die jeweils auf einer Auswahl von Annahmen zu finanzrelevanten Einflussfaktoren beruhen. Die Berechnungen wiederum bilden modellhaft die unterschiedlichen Zahlungs- und Leistungsströme der SPV nach sowie die finanziellen Zusammenhänge, die zwischen diesen bestehen.

Die aus den Modellberechnungen resultierenden Szenarien haben zum Ziel, in quantitativer Form

- ◆ die relative Bedeutung einzelner Einflussfaktoren für die finanzielle Entwicklung der SPV sowie
- ◆ die kombinierte Wirkung unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die finanzielle Entwicklung der SPV

aufzuzeigen. Die Ergebnisse tragen dazu bei, Gestaltungserfordernisse und Gestaltungsoptionen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV besser einschätzen zu können.

Entscheidend ist hierfür, dass die für die Modellrechnungen gesetzten Annahmen offen dargelegt werden und so stets einer kritischen Überprüfung unterzogen werden können. Dies gilt hier insbesondere, weil sich die Modellrechnungen auf den relativ langen Zeitraum bis zum Jahr 2060 beziehen. Die Projektionen der für die finanzielle Entwicklung der SPV zentralen Parameter sind über eine zeitliche Spanne von fast 40 Jahren mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Vergleichsweise geringfügige Variationen in der Annahmesetzung können über solche Zeiträume die Ergebnisse stark beeinflussen.

Aus diesem Grund werden im Folgenden mehrere Szenarien mit variierenden Annahmesetzungen betrachtet und miteinander verglichen, um die Sensitivität bzw. Robustheit der Berechnungsergebnisse gegenüber den verwendeten Annahmen einschätzen zu können. Hierbei werden nicht nur Anfangs- und Endpunkt, sondern auch die Veränderungen über den gesamten Zeitverlauf in den Blick genommen.

Einige der zentralen Annahmen der folgenden Modellrechnungen sollen vorab kurz genannt werden, damit die Aussagekraft der Ergebnisse und deren Grenzen eingeordnet werden können.

Für die Entwicklung der Ausgaben der SPV sind Veränderungen der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit von maßgeblicher Bedeutung. Die zukünftige Anzahl Pflegebedürftiger ist zum einen abhängig von der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung, zum anderen von Prävalenzänderungen innerhalb der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsgruppen und je nach Leistungsart/Pflegegrad. Für die allgemeine Bevölkerungsentwicklung wurde die amtliche Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt. Die Pflegeprävalenz hat – vor allem als Folge der Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit durch das zweite Pflegestärkungsgesetz – seit dem

Jahr 2017 deutlich zugenommen. In den Modellrechnungen wird angenommen, dass sich eine Pflegeprävalenzsteigerung in den Alters- und Geschlechtsgruppen noch über einen begrenzten Zeitraum fortsetzt, allerdings mit abnehmenden Zuwachsraten. Diese Annahme wird in den Szenarien in der Art variiert, dass von unterschiedlichen Zeiträumen ausgegangen wird, bis keine weitere Steigerung der Pflegeprävalenz mehr in die Berechnungen einfließt.

Wesentlich für die Entwicklung der Ausgaben der SPV sind zudem Veränderungen der Leistungsansprüche. In den Modellrechnungen werden keine grundlegenden, leistungsstrukturellen Änderungen angenommen, wie sie beispielsweise mit dem o. g. zweiten Pflegestärkungsgesetz einhergingen. Berücksichtigt werden aber die bereits gesetzlich beschlossenen Leistungsverbesserungen (bis einschließlich zum Jahr 2028); für die Zeit danach werden allgemeine Leistungsdynamisierungen in den Berechnungen abgebildet. Diese wurden für die Basis-Szenarien in einer Höhe festgelegt, von der nach Maßgabe einschlägiger EU-Projektionen angenommen wird, dass damit der reale Wert der Pflegeleistungen erhalten bliebe. Die Höhe der Sachleistungen wurde demnach in den Basis-Szenarien zu 2/3 gemäß allgemeiner Lohnentwicklung und zu 1/3 gemäß der Inflationsentwicklung dynamisiert. Für die Dynamisierung der Geldleistungen wurden die Verhältniszahlen in den Berechnungen getauscht.

Daneben werden auch Szenarien mit einer geringeren Leistungsdynamisierung (realer Wertverlust der Versicherungsleistungen) betrachtet. Ein Teil der Szenarien enthält keinerlei Leistungsdynamisierung. Diese Szenarien haben eine rein analytische Funktion und dienen als Vergleichsgrundlage, um den Einfluss unterschiedlich starker Leistungsdynamisierungen auf die finanzielle Entwicklung der SPV zu quantifizieren.

In den Modellberechnungen nicht berücksichtigt werden mögliche Verhaltensänderungen bei der Inanspruchnahme von Menge und Art der Pflegeleistungen (wie z. B. „Heimsog“ oder stärkere Heimvermeidung). Dennoch ergeben sich in den Szenarien Verschiebungen zwischen den Leistungsarten (Pflegegeld, ambulante und stationäre Sachleistungen). Diese Verschiebungen resultieren zum einen aus der demografischen Entwicklung: Erreichen die geburtenstarken Jahrgänge die Altersstufen mit vermehrtem Beginn von Pflegebedürftigkeit, so nimmt zunächst die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen überproportional stark zu, so dass sich ihr Anteil an allen Pflegeleistungen entsprechend erhöht. Ein zweiter Grund für Verschiebungen zwischen den Leistungsarten in den Modellrechnungen ist die begrenzte Fortschreibung des Pflegeprävalenzanstiegs mit abnehmenden Raten. Den Ausgangspunkt des Pflegeprävalenzanstiegs bilden die Veränderungsdaten im Zeitraum 2021/22, die für die ambulante Pflege höher war als für die stationäre. Je nach der in den Szenarien gewählten zeitlichen Dauer des weiteren, für die ambulante Pflege stärkeren Prävalenzanstiegs kommt es zu Verschiebungen zwischen den Leistungsarten.

Neben Pflegeprävalenz und Leistungsdynamisierung ist auf der Ausgabenseite auch die Entwicklung der Pflegekosten von Bedeutung. Aufgrund der hohen Personalintensität von Pflegeleistungen wird die Kostenentwicklung primär durch die Lohnentwicklung determiniert. Entsprechend den Annahmen zur realwerterhaltenden Leistungsdynamisierung werden die Pflegekosten zu 2/3 gemäß der Lohnentwicklung und zu 1/3 gemäß der Inflationsentwicklung fortgeschrieben. Dabei werden für die Szenarien unterschiedliche Steigerungsraten der Löhne verwendet, die sämtlich oberhalb der allgemeinen Inflationsrate liegen. Eine Ausnahme bilden die ersten Jahre des Projektionszeitraums, für den von der aktuellen Situation ausgehend höhere Inflationsraten angenommen wurden. Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

Gänzlich ausgeblendet bleiben bei den Modellberechnungen Fragen der Realisierbarkeit von Leistungsangeboten. In den Szenarien wird implizit davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen, die sich in den Szenarien jeweils aus der Bevölkerungsvorausberechnung sowie der angenommenen Prävalenzentwicklung und Leistungsdynamisierung ergibt, auf ein entsprechendes Leistungsangebot trifft. Angesichts des vielfach diskutierten Fachkräftemangels, insbesondere in der Langzeitpflege, ist eine solche Annahme mit größerer Unsicherheit behaftet.

Es liegt im Wesen einer Modellrechnung, dass sie sich auf eine begrenzte Zahl von Einflussfaktoren konzentriert, um grundlegende quantitative Zusammenhänge sichtbar zu machen. Die vorliegende Modellrechnung konzentriert sich auf Einflussgrößen, die unmittelbar für die finanzielle Entwicklung der SPV relevant sind. Damit wird keine Aussage über weitere Einflussfaktoren getroffen, die mittelbar ebenfalls erhebliche finanzielle Wirkungen auf die SPV entfalten können.

Nachfolgend werden die für die Modellrechnungen verwendeten Datengrundlagen, Methoden und Annahmen detailliert dargestellt.

3. Datengrundlagen und Methodik

3.1 Datengrundlagen

Statistik der GKV/SPV-Versicherten

Die Statistik der GKV-Versicherten enthält Angaben zur Anzahl der GKV-Mitglieder und Familienversicherten der GKV sowie der Anzahl der GKV-Versicherten insgesamt differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Darüber hinaus enthält die Statistik die Anzahl der SPV-Mitglieder, Familienversicherten der SPV sowie der Anzahl der SPV-Versicherten insgesamt differenziert nach dem Geschlecht (keine Differenzierung nach der Altersgruppe). Zwischen der Gesamtanzahl der GKV-Mitglieder/GKV-Versicherten und der Gesamtanzahl der SPV-Mitglieder/SPV-Versicherten bestehen kleine Unterschiede, die in der Modellierung berücksichtigt wurden. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Mitglieder- und Versichertenstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Leistungstagestatistik PG1

In der Leistungstagestatistik PG1 liegen Angaben zur Anzahl der erbrachten Leistungstage für die Bereiche ambulante und stationäre Pflege vor, die von den Pflegekassen quartalsweise erhoben werden. Hierbei wird zwischen den Leistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombileistung, Tages- und Nachtpflege, (tageweise Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre (Dauer-)Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, stundenweise Verhinderungspflege und Pflegezeit differenziert. Darüber hinaus weisen die Daten eine Differenzierung nach dem Pflegegrad auf. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die (aggregierten) Jahresstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Leistungsempfängerstatistik PG2

Die Leistungsempfängerstatistik PG2 ist eine halbjährlich durchgeführte Stichtags-erhebung der Empfänger von SGB-XI-Leistungen. Die Statistik beinhaltet eine Differenzierung nach den Leistungsbereichen ambulant und stationär sowie eine Differenzierung nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Statistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG.

Finanzstatistik PV45

Die Finanzstatistik PV45 beinhaltet die Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen. Sie wird quartalsweise von den Pflegekassen erhoben und wird vom BMG aggregiert auf Jahresebene veröffentlicht. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die (aggregierten) Jahresstatistiken der Jahre 2021 und 2022 verwendet. Die Datenbereitstellung erfolgte durch das BMG und auf Ebene der vierstelligen Einzelkonten. Die Einzelkonten wurden für die Prognoserechnung nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu Kontogruppen zusammengefasst.

Sozialhilfestatistik

Vom Statistischen Bundesamt liegen die Statistik mit der Anzahl der Leistungsempfänger der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege sowie die Statistik der Sozialhilfeausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege vor. Diese liegen differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung (innerhalb/außerhalb von Einrichtungen), der Leistungsart und für einzelne Leistungsarten auch differenziert nach dem Pflegegrad vor. Die Leistungsempfängerstatistik weist eine zusätzliche Differenzierung nach Altersgruppe und Geschlecht auf. Die Statistiken wurden verwendet, um die zeitliche Entwicklung des durch den Sozialhilfeträger finanzierten Anteils der privat von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden Pflegekosten zu modellieren.

Leistungsausgabenstatistik des WIdO zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege im ambulanten Bereich

Vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) liegen Auswertungen zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich vor. Die Auswertungen umfassen die monatsdurchschnittlichen HKP-Ausgaben je pflegebedürftige Person mit mindestens einem Tag Leistungsbezug gemäß SGB XI und Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen. Pflegebedürftige mit außerklinischer Intensivpflege (AKI) bleiben unberücksichtigt. Die Auswertungen liegen stratifiziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad für die Pflegegrade 2 bis 5 vor.

Bevölkerungsvorausberechnung

Für die Bevölkerungsentwicklung wurde die mittlere Variante (G2-L2-W2) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt. Die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung beschreibt die mögliche zukünftige Bevölkerungsentwicklung (Bevölkerungsgröße und -zusammensetzung nach Alter und Geschlecht) bis zum Jahr 2070 und beruht auf dem Bevölkerungsstand vom 31.12.2021. Für das Prognosemodell wurde ausgehend vom Bevölkerungsstand am 31.12.2021 der Zeitraum von 2022 bis zum Jahr 2060 verwendet.

Prognosen zum Erwerbspersonenpotenzial

Vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) liegen Prognosen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bis zum Jahr 2060 vor (Hellwagner et al., 2023). Diese Projektion des Erwerbspersonenpotenzials berücksichtigt neben der negativen demografischen Entwicklung auch gegenläufige Entwicklungen einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen und im Alter sowie Migration. Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials wird von mehreren Faktoren beeinflusst (auch der Verfügbarkeit von Fachkräften und ihrer Integration in den Arbeitsmarkt), deren Ausprägung und Wirkung wiederum mit Unsicherheit behaftet sind. Die Ergebnisse dieser Projektion des Erwerbspersonenpotenzials wurden in dieser Modellierung verwendet, um einnahmeseitig die Entwicklung der Anzahl der Mitglieder der SPV differenziert für die Gruppe der Erwerbstätigen fortzuschreiben.

Lohn- und Rentenentwicklung

Ergebnisse der Konjunkturprognosen der Bundesregierung (Frühjahrs- und Herbstprojektion des BMWK) sowie Annahmen aus der mittelfristigen Finanzplanung des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) wurden verwendet, um die Lohnentwicklung fortzuschreiben. Die Rentenentwicklung wurde auf Grundlage der Ergebnisse des Rentenversicherungsberichts 2023 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) projiziert.

KJ1- und KM1-Statistik

Daten der KJ1- und der KM1-Statistik wurden verwendet, um die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der SPV differenziert für Mitgliedergruppen im Ausgangsjahr der Projektionen näherungsweise über die entsprechenden Werte in der GKV zugrunde zu legen.

Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP)

Auswertung von Mikrodaten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) wurden verwendet, um die Verteilung der SPV-Mitglieder nach der Anzahl und dem Alter der Kinder zu schätzen. Diese Verteilungsinformationen wurden verwendet, um eine nach Anzahl und Alter der Kinder der Mitglieder differenzierte Struktur des Beitragssatzes abbilden zu können.

3.2 Datenaufbereitung

Bevölkerungsvorausberechnung

Bei der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes nach Alter, Geschlecht und Einzeljahren wurden die Angaben zu Altersklassen zusammengefasst. Die Abgrenzung der Altersgruppen erfolgte synchron zur Abgrenzung der Altersklassen in der Statistik der Leistungsempfänger PG 2. Es wurde eine Altersklasse bis unter 15 Jahre und eine weitere Altersklasse ab einem Alter von 90 Jahren gebildet. Die übrigen Einzeljahre wurden in 5-Jahres-Altersklassen zusammengefasst (15 bis unter 20 Jahre, 20 bis unter 25 Jahre, etc.).

SPV-Mitglieder und SPV-Versicherte

Auf Basis der Statistik der GKV/SPV-Versicherten wurde das Verhältnis von SPV-Versicherten und GKV-Versicherten bzw. SPV-Mitgliedern und GKV-Mitgliedern bestimmt. Die Bestimmung der Quote erfolgte differenziert nach dem Jahr (2021 und 2022) und dem Geschlecht (Frauen und Männer). Diese jahresbezogenen, nach dem Geschlecht differenzierten Quoten wurden auf die nach Altersgruppe und Geschlecht differenzierten Angaben zur Anzahl der GKV-Versicherten bzw. GKV-Mitglieder angewandt. Das Ergebnis stellt einen Schätzer für die SPV-Population und deren Zusammensetzung nach Altersgruppe und Geschlecht in den Jahren 2021 und 2022 dar.

Leistungstagestatistik PG 1

In der Leistungstagestatistik liegt bei der Versorgungsart/Leistungsart eine Differenzierung nach Pflegegeld, ambulanter Sachleistung, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, stundenweiser Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege), vollstationärer (Dauer-)Pflege sowie vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor. Die Angaben der Statistik stellen Ganzjahresäquivalente dar, wobei 365 Leistungstage Leistungsbezug einem Ganzjahresäquivalent der jeweiligen Leistungsart entsprechen.

Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden die Ganzjahresäquivalente mit Kombinationsleistung auf die Leistungsarten Pflegegeld und ambulante Sachleistung verteilt. Da der Bezug von Kombinationsleistung sowohl Pflegegeld als auch ambulante Sachleistung beinhaltet und keine eigenständige Leistungsart darstellt, unterscheidet die Finanzstatistik PV 45 bei der Leistungsart ebenfalls nur zwischen Pflegegeld und ambulanter Sachleistung und weist Kombinationsleistungen nicht separat aus. Durch die Verteilung der Ganzjahresäquivalente mit Kombinationsleistung auf die Leistungsarten Pflegegeld und ambulante Sachleistung wurde die Differenzierung der Leistungsart an die Finanzstatistik PV 45 angepasst. Es wurde angenommen, dass im Durchschnitt die Hälfte der Leistung auf das Pflegegeld entfällt und die andere Hälfte auf ambulante Sachleistung. Dementsprechend wurden 50 % der Ganzjahresäquivalente der Kombinationsleistung dem Pflegegeld zugeordnet und die übrigen 50 % der ambulanten Sachleistung.

Da die Finanzstatistik PV 45 nicht zwischen ganztägiger ambulanter Verhinderungspflege und stundenweiser Verhinderungspflege unterscheidet, wurden diese beiden Leistungsarten der PG 1 zusammengefasst. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass ein Leistungstag mit stundenweiser Verhinderungspflege einen Umfang von durchschnittlich zwei Stunden Pflegeleistung beinhaltet und somit vier Ganzjahresäquivalente mit stundenweiser Verhinderungspflege einem Ganzjahresäquivalent mit tageweiser Verhinderungspflege entspricht.

Zusammenführung der Leistungstagestatistik PG 1 und der Leistungsempfängerstatistik PG 2

Die Leistungstagestatistik PG 1 beinhaltet die Anzahl der Ganzjahresäquivalente differenziert nach dem Pflegegrad und der Leistungsart. Die Leistungsempfängerstatistik PG 2 beinhaltet die Leistungsempfänger zum Stichtag differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungssektor (ambulant, stationär, Einrichtungen der Eingliederungshilfe). Für die Modellierung der Finanzentwicklung der SPV war es einerseits erforderlich, bei der Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme neben dem Pflegegrad über eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht zu verfügen, andererseits war auch eine möglichst breite Differenzierung der Leistungsart erforderlich, um eine geeignete Bezugspopulation für die in der PV 45 differenziert enthaltenen Ausgabenpositionen zu bestimmen.

Aus diesem Grund wurden die Leistungstagestatistik PG 1 und die Leistungsempfängerstatistik PG 2 zusammengeführt. Basis der Zusammenführung war die Leistungstagestatistik PG 1. Diese beinhaltet die differenzierte, taggenaue Inanspruchnahme von Pflegeleistungen innerhalb eines Jahres, wohingegen in der PG 2

ambulante Pflegehauptleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistungen) mit Ergänzungsleistungen (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege) im Leistungssektor *ambulant* zusammengefasst sind. Zudem liegt die PG 2 nur als Stichtagsstatistik vor und weist möglicherweise eine saisonal bedingte Verzerrung auf.

Für die Zusammenführung wurde zunächst für jede Kombination aus Jahr, Leistungssektor und Pflegegrad der PG 2 die gemeinsame Verteilung von Geschlecht und Altersgruppe bestimmt. Im zweiten Schritt wurde die in der PG 1 dokumentierte Leistungsanspruchnahme der enthaltenen Leistungsarten gemäß Alters- und Geschlechtsverteilung der korrespondierenden Teilgruppe der PG 2, die über das Jahr, den Leistungssektor und den Pflegegrad abgegrenzt ist, verteilt. Da in der PG 1 für ambulante Leistungsarten keine Leistungstage bei Pflegegrad 1 enthalten sind, wurden in der Zusammenführung die diesbezüglichen Angaben der PG 2 übernommen.

Die zusammengeführten Statistiken PG 1 und PG 2 werden im weiteren Verlauf des Berichts als „aufbereitete Leistungstagestatistik“ bezeichnet, die die Leistungsempfänger der SPV für die Jahre 2021 und 2022 differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Leistungsart enthält.

Finanzstatistik PV 45

Die Finanzstatistik PV 45 umfasst mit Stand zum zweiten Quartal 2023 insgesamt 214 Einzelkonten. Hiervon entfallen 45 Einzelkonten auf die Einnahmenseite und 169 Einzelkonten auf die Ausgabenseite. Für die Prognose der Finanzentwicklung der SPV wurden einige dieser Konten unter inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten gruppiert und zusammengefasst.

Die Gruppierung und Zusammenfassung orientierte sich zunächst daran, inhaltlich gleichgelagerte Einnahmen- und Ausgabenarten zusammenzufassen. Ein weiterer wesentlicher methodischer Gesichtspunkt bei der Zusammenfassung von Konten stellte darüber hinaus die Bezugspopulation der jeweiligen Einnahmen- bzw. Ausgabenposition dar (siehe auch Abschnitte 3.3.3 und 3.3.4). Einige Konten wurden nicht zusammengefasst, sondern als Einzelkonten modelliert (bspw. Einnahmen aus Bundesmitteln, Finanzierungsanteil der PPV und GKV für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, etc.), da die zukünftige Entwicklung dieser Einzelkonten in gesonderten Parametrisierungen fest vorgegeben wurde (Details siehe Abschnitte 3.3.3 und 3.3.4).

Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Abrufe aus dem Pflegevorsorgefonds erlaubt sind, sondern ausschließlich Zuführungen stattfinden, enthält die Finanzstatistik für Zahlungen in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds derzeit nur das Konto 6100 (Zuführung zum Pflegevorsorgefonds) auf der Ausgabenseite der SPV. Für die Modellierung der Finanzentwicklung der SPV wurde daher auf der Einnahmenseite ein neues Konto mit den Abrufen von Zahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds angelegt, das für die Projektionsjahre ab 2035 mit den Pflegevorsorgefondsabrufen

entsprechend den gesetzlichen Bedingungen belegt wurde (siehe auch Abschnitt 3.3.5).

Die vollständige Gruppierung der Konten der Finanzstatistik PV 45 ist im Anhang in Abschnitt A2 dargestellt.

Sozialhilfestatistik Hilfe zur Pflege

In der Sozialhilfestatistik sind die Leistungsarten digitale Pflegeanwendungen und Unterstützung bei digitalen Pflegeanwendungen, Entlastungsleistungen, Kurzzeitpflege (KZP) und teilstationäre Pflege gänzlich oder zum Teil dem stationären Sektor zugeordnet. Für die Modellierung der Entwicklung der Finanzstatistik der SPV wurden diese Leistungsarten dem ambulanten Sektor zugewiesen. Hintergrund ist, dass diese Leistungsarten in der aufbereiteten Leistungstagestatistik, die die Bezugspopulation für die Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege darstellen, dem ambulanten Sektor zugeordnet sind. Zudem können diese Leistungsarten weitestgehend nur bei ambulanter Pflege in Anspruch genommen werden, auch wenn vereinzelt Leistungsanspruchnahmen bei vollstationärer Pflege dokumentiert sind.

Auf die Abbildung der in der Sozialhilfestellung angelegten Differenzierung der Inanspruchnahme nach dem Pflegegrad bei Bezug des Entlastungsbetrags wurde im Modellrahmen verzichtet.

Die in der Sozialhilfe angelegte Abgrenzung der Altersgruppe bis unter 18 Jahre (Kinder und Jugendliche) konnte in der aufbereiteten Leistungstagestatistik, die die Bezugspopulation für die Bestimmung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege darstellt, nicht abgebildet werden. In der aufbereiteten Leistungstagestatistik ist lediglich eine Altersabgrenzung bis unter 15 Jahre und 15 bis unter 20 Jahre vorhanden. Die Altersgruppe bis unter 18 Jahre der Sozialhilfestatistik wurde daher mit der nächsthöheren Altersgruppe 18 bis unter 40 Jahren zusammengefasst. Diese Altersgruppe ließ sich auch in der Bezugspopulation für die Bestimmung der Inanspruchnahmehäufigkeit in der aufbereiteten Leistungstagestatistik synchron abgrenzen.

Die Leistungsarten *Alterssicherung der Pflegeperson*, *Arbeitgebermodell Pflegeperson* und *Beratung der Pflegeperson* der Sozialhilfestatistik wurden in der Leistungsgruppe *Leistungen für Pflegepersonen* zusammengefasst. Die Leistungsarten *digitale Pflegeanwendungen*, *Unterstützung bei digitalen Pflegeanwendungen*, *Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds* und *Pflegehilfsmittel* wurden in der Leistungsgruppe *Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales und Beratung* zusammengefasst. Für beide Leistungsgruppen bestehen korrespondierende Ausgabenpositionen in der PV 45 mit identischem Leistungsinhalt. Die korrespondierenden Ausgabenpositionen der PV 45 stellten die jeweilige Bezugsgröße für die Bestimmung der Relation von SPV-Ausgaben und durch die Hilfe zur Pflege finanzierten zusätzlichen privaten Ausgaben der jeweiligen Leistungsart dar.

Die Sozialhilfestatistik enthält auch Leistungsausgaben für Leistungsempfänger, die nicht in der SPV versichert sind. Der Anteil der in der PPV versicherten Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege ist jedoch nicht separat ausgewiesen und wird daher auf Basis der Statistik der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geschätzt. Die Statistik 22151-0011 des Statistischen Bundesamtes enthält Angaben zur Anzahl der Personen ab dem Alter der Regelaltersgrenze, deren Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ganz oder teilweise aus dem Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geleistet werden. Ausweislich dieser Statistik gab es im Jahr 2022 pro Quartal durchschnittlich 44.755 Leistungsempfänger, bei denen der Beitrag zur SPV ganz oder teilweise aus der Grundsicherung geleistet wurde, und 3.135 Leistungsempfänger, die den Beitrag zur PPV ganz oder teilweise als Bedarf geltend gemacht haben. Demnach beläuft sich der Anteil der PPV-Leistungsempfänger bei den Pflegeversicherungsbeiträgen auf durchschnittlich etwa 6,55 %. Dieser Wert wird als Abschätzung für den Anteil der PPV-Versicherten bei Leistungsempfängern der Hilfe zur Pflege herangezogen.

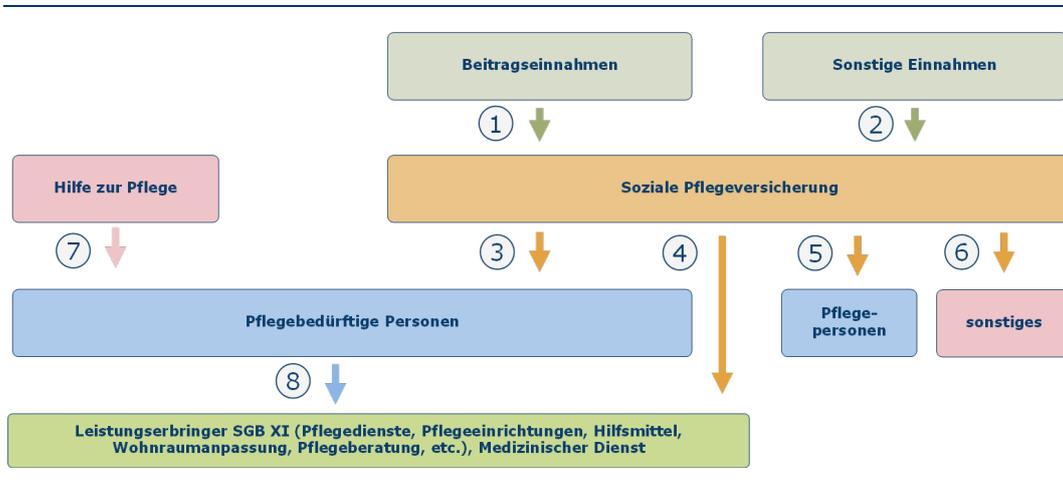
Die Statistik der Leistungsausgaben der Hilfe zur Pflege sowie die Anzahl der korrespondierenden Leistungsempfänger wird in der Datenaufbereitung demnach um 6,55 % verringert. Hierbei wird angenommen, dass zwischen SPV- und PPV-Versicherten keine Unterschiede in der Leistungsausgaben- und der Leistungsempfängerstruktur (Leistungsarten sowie der Verteilung nach Alter und Geschlecht) bestehen.

3.3 Methodik Projektionsmodell

3.3.1 Modellüberblick

Die Analyse der langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) erfolgte mit einem Prognosemodell, das die zeitliche Entwicklung der Zahlungs- und Leistungsströme aller beteiligten Zahlungsträger/Akteure abbildet. In Abbildung 1 sind die hierbei modellierten Zahlungs-/Leistungsströme sowie die berücksichtigten Akteure dargestellt.

Abbildung 1: Überblick über die im Prognosemodell modellierten Zahlungs- bzw. Leistungsströme



Quelle: IGES

Anmerkung:

1. SPV-Beitragszahlungen
2. Sonstige Einnahmen SPV: Steuermittel, Ausgleichsfonds (PKV, GKV)
3. Leistungen SPV an Pflegebedürftige: Pflegeleistung (Pflegegeld, Sachleistung, voll- und teilstationäre Pflege, KZP, Verhinderungspflege), Pflegehilfsmittel, Pflegeberatung, Entlastungsleistungen, ...
4. Direkte Zahlungen SPV an Leistungserbringer: Vergütungszuschläge Zusatzpersonal, andere Vergütungszuschläge
5. Leistungen SPV an Pflegepersonen: Beiträge zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (z. B. u. a. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung), Kurse für pflegende Angehörige
6. Sonstige Kosten der SPV (Verwaltung, Förderung für ehrenamtliche Unterstützungsleistungen nach § 45c SGB XI sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI etc.)
7. Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege
8. Zahlungen der Pflegebedürftigen für SGB-XI-Leistungen: Eigenanteil an Pflegekosten, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten, Ausbildungskosten

Auf der Einnahmenseite der SPV beinhalten die modellierten Zahlungsströme die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder sowie ggfs. erfolgende direkte Finanzhilfen aus dem Staatshaushalt und Zahlungen der GKV und der PPV/PKV an den Ausgleichsfonds. Auf der Ausgabenseite der SPV wurden Leistungen an die pflegebedürftigen Personen, Leistungen für Pflegepersonen sowie direkte Leistungen an die Leistungserbringer berücksichtigt.

Auf der Einnahmenseite der pflegebedürftigen Personen wurden Leistungen der SPV sowie Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege berücksichtigt. Die Ausgabenseite der pflegebedürftigen Personen besteht aus Zahlungen an die Leistungserbringer.

Mit dem Prognosemodell wurden demografische Effekte der Finanzentwicklung der SPV auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bun-

desamtes sowie arbeitsmarktbezogene Effekte auf Grundlage vorliegender Prognosen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials abgebildet. Darüber hinaus beinhaltet das Prognosemodell die Möglichkeit, unterschiedliche Preissteigerungsraten für verschiedene Zahlungsströme (oder einzelne Bestandteile von Zahlungsströmen) zu modellieren und deren Wirkung auf die übrigen Zahlungsströme zu analysieren.

Die Zielgrößen der Modellierung sind die Entwicklung der für die Finanzstabilität der SPV erforderlichen Beitragssatzhöhe, die Entwicklung der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege, der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitions- und Ausbildungskosten sowie die Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfe zur Pflege.

Als Teilgrößen der Ausgaben der SPV wurden die Entwicklung der Pflegeleistungsbeträge und der Ausbildungskosten (Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Langzeitpflege) dargestellt. Ergänzend wurde die Entwicklung der kalkulatorischen Kosten für die medizinische Behandlungspflege im Bereich der vollstationären Dauerpflege für die Pflegegrade 2 bis 5 modelliert.²

3.3.2 Modellmechanik

Bestandteile der Einnahmenseite der SPV sind die Beiträge der Mitglieder und die sonstigen Einnahmen (staatliche Finanzhilfen, Ausgleichsfondszahlungen von PKV und GKV etc.). Die Entwicklung der Beiträge der Mitglieder hängt von der Entwicklung der Erwerbstätigkeit, der Lohnneinkommen und der Beitragssatzhöhe ab. Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit und der Lohnneinkommen wurde als Ergebnis einer Projektion auf Basis der in Abschnitt 3.1 angeführten Datenquellen modelliert. Die – für die Deckung der projizierten Ausgaben notwendige – Beitragssatzhöhe stellte den zentralen modellendogenen Ergebnisparameter dar.

Die zentralen Determinanten der SPV-Ausgaben und ihrer Hauptkomponenten sind die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen und die damit assoziierte Versorgungsart- und Pflegegradverteilung. Die Pflegeleistungen hängen zudem von der Höhe der Pflegeleistungsbeträge und im vollstationären Bereich darüber hinaus von der Differenz zwischen den tatsächlichen vollstationären Pflegekosten und den vollstationären Pflegeleistungsbeträgen ab (Eigenanteilsbegrenzung). Die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen und deren Zusammensetzung nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsart wurde als Ergebnis der Projektion auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung

² Die kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im teilstationären Bereich bleiben in Abstimmung mit dem Auftraggeber unberücksichtigt, da jegliche Datengrundlage zur Häufigkeit der Leistungserbringung und Art der erbrachten Leistungen fehlt. Überwiegend werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch bei teilstationär versorgten pflegebedürftigen Personen vom Pflegedienst (morgens und abends) erbracht und zu Lasten der GKV abgerechnet.

sowie der alters-, geschlechts-, sektor- und pflegegradspezifischen Pflegeprävalenzen sowie deren Steigerungsrate im Basisjahr und der Verteilung der Versorgungsarten im Basisjahr modelliert. Die Höhe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile bei vollstationärer Dauerpflege (und damit die Höhe der Ausgaben für die Eigenanteilsbegrenzung) hängt wiederum von der Höhe der vollstationären Pflegeleistungsbeträge, der Höhe der tatsächlichen vollstationären Pflegekosten sowie dem Preissteigerungsdifferential zwischen den tatsächlichen Kosten vollstationärer Pflege und den Pflegeleistungsbeträgen für vollstationäre Pflege ab.

Die Ein- und Auszahlungen in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds wurden auf der Grundlage der aktuell geltenden Rechtslage modelliert (Details siehe Abschnitt 3.3.5).

Die Finanzierung der Ausgaben der pflegebedürftigen Personen erfolgt grundsätzlich durch Leistungen der SPV (Abhängigkeitsstruktur siehe oben), eigenem Einkommen oder Vermögen sowie Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege, sofern die privaten Einkommen oder Vermögen nicht ausreichen, den durch die SPV nicht finanzierten Teil der Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen. Von den aus privaten Mitteln zu finanzierenden Pflegekosten wurden nur Eigenleistungen für die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) im Prognosemodell berücksichtigt. Private Zuzahlungen für ambulante Versorgungsleistungen (Pflege- oder Betreuungsdienst, Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Entlastungs- und Betreuungsleistungen etc.) sowie sonstige, privat zu tragende pflegeassoziierte Kosten im ambulanten Setting (Eigenanteile für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Wohnraumverbesserung, etc.) sowie alternative Betreuungsmodelle (24-Stunden-Betreuung o.ä.) bleiben unberücksichtigt.

Die pflegebedingten Ausgaben der privaten Haushalte der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Dauerpflege und Pflegegrad 2 bis 5 hängen von der Höhe der Zahlungen an die Leistungserbringer ab. Deren Summe wurde bestimmt durch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen und deren Zusammensetzung nach Pflegegrad, die das Ergebnis der Projektion auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung sowie der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen und der Pflegeradverteilung im Basisjahr darstellen. Darüber hinaus hängt die Zahlungshöhe von der Preissteigerungsrate der tatsächlichen Pflegekosten und der Entwicklung der Höhe der Pflegeleistungsbeträge ab.

Die pflegebedingten Ausgaben der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Dauerpflege und Pflegegrad 2 bis 5 werden bezuschusst durch Leistungen der SPV (Zuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil). Die Höhe der Zuschläge hängt von der Verweildauer in der vollstationären Dauerpflege ab. In der Modellierung wird angenommen, dass die Verweildauerverteilung im Zeitverlauf konstant bleibt. Grundlage der Modellierung bildet die Verweildauerverteilung des Basisjahres 2022. Der pflegebedingte Eigenanteil abzgl. der Zuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil (Leistung der SPV) wird in der Berichtslegung mit „effektiver Eigenanteil“ bezeichnet.

Die Höhe der Ausgaben der Hilfe zur Pflege hängt davon ab, welche Ausgaben die Pflegebedürftigen selbst aufzubringen haben in Relation zu den verfügbaren Einnahmen. Welche Ausgaben die Pflegebedürftigen selbst aufzubringen haben, hängt wiederum von den Leistungsbeträgen der SPV einerseits sowie den tatsächlichen Pflegekosten andererseits ab. Die Entwicklung der Höhe der tatsächlichen Pflegekosten hängt von den ihnen zugrunde liegenden Mengen- und Strukturparametern ab (Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger und der Pflegegradverteilung) sowie von deren Preissteigerungsrate.^{3,4}

Die exogenen, d.h. vorgegebenen Modellparameter umfassen alle Preissteigerungsrate, d.h. die Inflationsrate, die Lohnsteigerungsrate, die Rentensteigerungsrate, die Pflegekostensteigerungsrate, die Pflegeleistungsbetragssteigerungsrate unterschiedlicher Leistungsarten (allgemeine Leistungsdynamisierung) und die Entwicklung der sonstigen Einnahmen (bspw. GKV-, PKV- und PPV-Beteiligung an den Ausgaben der SPV, etc.) und die Preissteigerungsrate der sonstigen Ausgaben (bspw. Hilfsmittelkosten, Kosten der Pflegeberatung, SV-Beiträge für Pflegepersonen, etc.) der SPV (Details siehe Abschnitte 4.2 ff.). Darüber hinaus wurde der Zinssatz für die Berechnung der Vermögenserträge des Vorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.5), die Höhe der Beteiligung der GKV und der PKV/PPV an den medizinischen Kosten der Behandlungspflege, der Höhe der pandemiebedingten Einnahmen und Ausgaben sowie die Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten bzw. steigender Erdgas- und Wärmekosten sowie die Höhe der diesbezüglichen Zahlungen an die Leistungserbringer festgelegt (Details siehe Abschnitte 4.2 ff.).

Darüber hinaus wurde das Verfahren zur Bestimmung der aktuellen Pflegeprävalenzsteigerungsrate und der Projektion der Pflegeprävalenzsteigerungsrate festgelegt (Details siehe Abschnitt 3.3.4).

3.3.3 Einnahmenseite der SPV

Die Einnahmenseite der SPV wurde im Wesentlichen differenziert nach den folgenden Komponenten modelliert:

- ◆ Anzahl der Mitglieder (Abschnitt 3.3.3.1)
- ◆ Beitragspflichtige Einnahmen (bpE) je Mitglied (Abschnitt 3.3.3.2)
- ◆ Summe der bpE und Beitragseinnahmen (Abschnitt 3.3.3.3)

³ Zur Modellvereinfachung wurde von systematischen zeitlichen Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens abstrahiert (z. B. Trend zu teureren/günstigeren Pflegeheimen).

⁴ Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

- ◆ Sonstige Einnahmen (Abschnitt 3.3.3.4)

3.3.3.1 Anzahl der Mitglieder

Die Modellierung der Anzahl der Mitglieder unterscheidet zwischen

- ◆ pflichtversicherten Mitgliedern mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall,
- ◆ freiwillig versicherten Mitgliedern,
- ◆ pflichtversicherten Rentnern,
- ◆ Arbeitslosengeldempfängern,
- ◆ Bürgergeldempfängern und
- ◆ weiteren pflichtversicherten Mitgliedern.

Diese wurden differenziert fortgeschrieben, wobei jeweils auf der Anzahl im Basisjahr der Projektionen aufgesetzt wurde. Zur Ermittlung der Mitgliederzahl nach den sechs Gruppen im Basisjahr wurde näherungsweise auf der Anzahl der Mitglieder in der GKV aufgesetzt (gemäß KM1-Statistik). Die summierte Gesamtzahl der Mitglieder über alle Gruppen wurde darüber hinaus pauschal an die Gesamtmitgliederzahl der SPV angepasst.

Pflichtversicherte Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung

Die Entwicklung der Anzahl der in der SPV pflichtversicherten Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall⁵ (insbesondere Arbeitnehmer) wurde im Wesentlichen auf Grundlage der Ergebnisse vorliegender Prognosen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hellwagner et al., 2023) fortgeschrieben. Die wesentlichen Hebel, die eine Dynamik in die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials bringen, sind die Erwerbsbeteiligung von Frauen im Allgemeinen und die Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren. Die Fortschreibung erfolgte dabei in jedem Projektionsjahr anhand der Veränderungsrate des Erwerbspersonenpotenzials gegenüber dem Vorjahr.

Freiwillig versicherte Mitglieder

Die Gruppe der freiwillig versicherten Mitglieder der SPV umfasst freiwillig versicherte Selbständige, Beamte und Pensionäre sowie weitere freiwillig versicherte Mitglieder (bspw. Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Nichterwerbstätige). Die Fortschreibung erfolgte dabei in jedem Projektionsjahr ebenfalls anhand der Veränderungsrate des Erwerbspersonenpotenzials gegenüber dem Vorjahr.

⁵ Die Bezeichnung dieser Mitgliedergruppe wurde in Anlehnung an die KM1-Mitgliederstatistik der GKV und in Abgrenzung zu der Gruppe der weiteren pflichtversicherten Mitglieder gewählt.

Pflichtversicherte Rentner

Die Projektion der Entwicklung der Anzahl der als Rentner in der SPV pflichtversicherten Mitglieder wurde im Wesentlichen auf Grundlage der Prognose der Bundesregierung zur Entwicklung der Anzahl der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) vorgenommen. Dafür wurden die Annahmen im Rentenversicherungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Entwicklung der Anzahl der Äquivalenzrentner zugrunde gelegt. Diese lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Modellrechnungen im Rahmen des Berichts des Jahres 2023 für die „mittlere Frist“ (bis 2028) und die „lange Frist“ (bis 2037) veröffentlicht vor.

Die Fortschreibung der Anzahl der in der SPV als Rentner pflichtversicherten Mitglieder erfolgte für die Jahre 2023 bis 2037 mit der jährlichen Veränderungsrate der Anzahl der Äquivalenzrentner gemäß Rentenversicherungsbericht, bezogen auf die SPV-Mitgliederzahl im Ausgangsjahr. Ab dem Jahr 2038 wurde die weitere Veränderung der Mitgliederzahl der Rentner mit der jährlichen Änderungsrate der Besetzung der Bevölkerungsgruppe im Rentenalter (im Alter 67 Jahre oder älter, auf Basis der 15. Bevölkerungsvorausberechnung) fortgeschrieben.

Arbeitslosengeldempfänger

Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Arbeitslosengeldempfänger (Rechtskreis SGB III) wurde bis einschließlich zum Jahr 2027 auf Basis von Schätzungen zur Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen aus der Frühjahrsprojektion der Bundesregierung vom 26.04.2023 bzw. der mittelfristigen Finanzplanung von BMF/BMWK bestimmt.⁶ Die Fortschreibung erfolgte dabei mit der jährlichen Änderungsrate der Arbeitslosenzahl gemäß dieser Quelle, wobei diese Änderungsrate auf die Anzahl der Mitglieder der SPV mit Arbeitslosengeldbezug (SGB III) im Ausgangsjahr bezogen wurde. Ab dem Jahr 2028 erfolgte die weitere Fortschreibung unter der Annahme einer konstanten Arbeitslosenquote, für welche der Durchschnitt in den Jahren 2021 bis 2027 (ca. 5,3 %) zugrunde gelegt wurde. Diese konstante Arbeitslosenquote wurde in jedem Jahr auf das Erwerbspersonenpotenzial gemäß IAB-Schätzung bezogen. Die jährliche Änderungsrate der resultierenden Erwerbslosenzahl wurde auf die Mitgliederzahl der Arbeitslosen mit Entgeltersatzleistung im Ausgangsjahr bezogen. Im Ergebnis der Projektionen entwickelt sich die Mitgliederzahl mit Arbeitslosengeldbezug infolge der konstanten Arbeitslosenquote ab dem Jahr 2028 identisch zur Zahl der erwerbstätigen Mitglieder.

⁶ Die im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung betrachtete Zahl der Arbeitslosen ist dabei umfassender abgegrenzt und beinhaltet neben Arbeitslosengeldempfängern (SGB III) weitere Arbeitslose (SGB II). Diese Ungenauigkeit wurde an dieser Stelle als hinnehmbar eingeordnet, da die absolute Zahl der Arbeitslosen in der Modellierung nicht weitergehend verwendet wurde, sondern nur ihre relative Veränderung über die Zeit.

Bürgergeldempfänger

Die zukünftige Entwicklung der Anzahl der SPV-Mitglieder mit Bürgergeldbezug wurde auf der Grundlage von Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Bezieherzahl (erwerbsfähige Leistungsberechtigte, ELB) in den vergangenen elf Jahren (BA, 2023) bestimmt. Es wurde der jahresdurchschnittliche Anteil der Bezieher an der grundsätzlich anspruchsberechtigten Bevölkerung (näherungsweise Personen im Alter von 15 bis 66 Jahren) zugrunde gelegt (ca. 7,5 % im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2022). Es wurde angenommen, dass der Anteil auf diesem Niveau für den Prognosezeitraum konstant bleiben wird, und er wurde auf die Zahl der Anspruchsberechtigten (näherungsweise, s.o.) in jedem Prognosejahr gemäß Bevölkerungsvorausberechnung bezogen.⁷

Weitere pflichtversicherte Mitglieder

Die Entwicklung der Mitgliederzahl dieser vergleichsweise kleinen Gruppe der weiteren pflichtversicherten Mitglieder (1,9 Mio. Mitglieder bzw. rund 3 % aller Mitglieder im Ausgangsjahr) wurde vereinfachend mit der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben, da kein eindeutiger Bezug zu der Anzahl der Erwerbstätigen, Rentner oder Erwerbslosen besteht.

3.3.3.2 Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Bei der Modellierung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied wurde unterschieden zwischen den Einnahmen der einzelnen sechs abgebildeten Mitgliedergruppen. Diese wurden differenziert fortgeschrieben, wobei je Gruppe auf dem gruppendurchschnittlichen Betrag der bpE im Basisjahr der Projektion aufgesetzt wurde. Zur Ermittlung der durchschnittlichen bpE je Mitgliedergruppe im Basisjahr wurde näherungsweise auf den durchschnittlichen bpE je entsprechender Mitgliedergruppe in der GKV aufgesetzt (gemäß KJ1- und KM1-Statistik).

Der zentrale Parameter der Fortschreibung der bpE je Mitglied ist die Lohnentwicklung. Annahmen zur Lohnentwicklung wurden bis einschließlich zum Jahr 2028 von der mittelfristigen Finanzplanung der Bundesregierung für die Jahre 2023 bis 2028 bzw. der Konjunkturprognose von BMWK/BMF von 10/2023 übernommen.

⁷ Der Anteil der ELB an der anspruchsberechtigten Bevölkerung ist dabei über den betrachteten, zurückliegenden Zeitraum rückläufig gewesen, von 8,0 % im Jahr 2012 auf 6,6 % im Jahr 2022. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich dieser Trend bis zum Jahr 2060 unverändert fortsetzen wird. Der mittlere Anteil über diesen Zeitraum wurde als geeigneter Wert für eine zukünftig im Durchschnitt über mehrere Jahre zu erwartende ELB-Quote eingeordnet. Implizit berücksichtigt wurde damit, dass davon auszugehen ist, dass die ELB-Quote im Zuge der wirtschaftlichen Entwicklung und konjunktureller Schwankungen sowie von Zuwanderungsbewegungen auch zukünftig Phasen mit höherer Ausprägung und Phasen mit niedriger Ausprägung durchlaufen dürfte. Gleichzeitig sind diese Annahmen stark vereinfachend und dienen in erster Linie einer Abbildung langfristiger Entwicklungen. In der Betrachtung einzelner Jahre, insbesondere auch der kurzen Frist, sind mit diesem Vorgehen Ungenauigkeiten hinsichtlich der Abbildung des Anteils der Bürgergeldbeziehenden verbunden.

Ab dem Jahr 2029 wurden konstante Lohnsteigerungsraten in drei Varianten unterstellt. Diese Raten basieren auf den drei Prognosevarianten im Rahmen des Rentenversicherungsberichts des Jahres 2022 (BMAS):

Variante 1: 2 % p. a.

Variante 2: 3 % p. a.

Variante 3: 4 % p. a.

Die durchschnittliche bpE je Mitglied wurde entsprechend der Variante für alle Mitgliedergruppen, mit Ausnahme der pflichtversicherten Rentner, ab 2029 mit der Lohnentwicklung konstant fortgeschrieben. Bei den Rentnern wurde für den Zeitraum 2023 bis 2037 die Änderungsrate des Rentenwerts gemäß Rentenversicherungsbericht 2023 unterstellt, wobei in den Jahren 2029 bis 2037 analog zur Lohnentwicklung drei Varianten (+1 %-Punkt / -1 %-Punkt Abweichung von der Änderungsrate des Rentenwerts für die mittlere Lohnvariante) betrachtet wurden. Ab dem Jahr 2038 wurde vereinfachend die Änderungsrate der Lohnentwicklung verwendet, um die Kopplung des Rentenwerts an die Lohnentwicklung zumindest näherungsweise zu berücksichtigen.

3.3.3.3 Summe der bpE und Beitragseinnahmen

Anhand der projizierten Anzahl der Mitglieder und des projizierten durchschnittlichen Betrags der bpE je Mitglied wurde je Projektionsjahr die aggregierte Summe der bpE ermittelt, wobei jeweils zwischen den sechs Mitgliedergruppen differenziert wurde. Auf diese bpE-Summe wurde anschließend in jedem Projektionsjahr der durchschnittliche Beitragssatz bezogen, der endogen im Modell ermittelt wurde und über die Szenarien variiert (vgl. Abschnitt 3.3.7). Im Ergebnis resultierte für jedes Projektionsjahr ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Beitragssatz als Ergebnisparameter und der aggregierten Summe der Beitragseinnahmen der SPV.

Für die Bestimmung der Beitragseinnahmen nach den sechs Mitgliedergruppen im Ausgangsjahr 2022 wurde folgende Zuordnung von Konten der PV 45-Statistik vorgenommen (Kontenschlüsselnummern):

- ◆ Pflichtversicherte Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall: 2000, 2011
- ◆ Pflichtversicherte Rentner: 2020, 2022, 2027
- ◆ Freiwillig Versicherte: 2080
- ◆ Arbeitslosengeldempfänger: 2012, 2014
- ◆ Bürgergeldempfänger: 2013
- ◆ Sonstige Pflichtversicherte: 2028, 2030, 2040, 2050, 2060, 2061, 2070, 2071, 2090, 2100, 2110, 2120, 2300, 2800

3.3.3.4 Sonstige Einnahmen

Im Zusammenhang mit sonstigen Einnahmen steht der Bundeszuschuss an die SPV im Mittelpunkt. Darüber hinaus erzielte die SPV zuletzt sonstige Einnahmen für die Finanzierung der Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegepersonal, Einnahmen aus Beteiligungen der GKV an Pandemieaufwendungen und Einnahmen aus Finanzierungsanteilen der privaten Pflegepflichtversicherung.

Bundemittelzuschuss

Zur Bemessung der Einnahmen im Zusammenhang mit dem Bundemittelzuschuss wurde auf das PV 45-Konto „3200 Einnahmen aus Bundesmitteln (Ausgleichsfonds)“ abgestellt. Es wurde folgende Modellierung: gemäß Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 umgesetzt:

- ◆ 2022: 3.700 Mio. €⁸
- ◆ 2023: 500 Mio. €, d.h. 1.000 Mio. € Bundeszuschuss abzgl. 500 Mio. € Darlehensrückführung aus Darlehensaufnahme in Höhe von 1 Mrd. € im Jahr 2022
- ◆ 2024 bis 2027: 0 €
- ◆ 2028: 500 Mio. €, d.h. 1.000 Mio. € Bundeszuschuss abzgl. 500 Mio. € Darlehensrückführung aus Darlehensaufnahme in Höhe von 1 Mrd. € im Jahr 2022
- ◆ Ab 2029: 1.000 Mio. €, Wachstumsrate: 0

Finanzierungsanteile der PPV

Die private Pflegepflichtversicherung (PPV) hat einen Anteil an den Vergütungszuschlägen für zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen übernommen. Für die Abbildung der sonstigen Einnahmen der SPV in diesem Zusammenhang wurde abgestellt auf das PV 45-Konto „3802 Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Ausgleichsfonds)“. Es wurde folgende Modellierung gem. Gesetzesgrundlage umgesetzt:

- ◆ 2022 bis 2025: 44 Mio. €
- ◆ Entfällt ab dem Jahr 2026

⁸ Die 3,7 Mrd. € Bundeszuschuss im Jahr 2022 setzen sich wie folgt zusammen: 1.) 1 Mrd. € regulärer Bundeszuschuss (§ 61a Abs. 1 SGB XI), 2.) 1,2 Mrd. € Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund (Verordnungsermächtigung gem. § 153 SGB XI), 3.) 1 Mrd. € weitere Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund und 4.) 0,5 Mrd. € Prämienzahlungen an Pflegepersonal für Pandemiemehrleistungen (Pflegebonusgesetz) (§ 150a SGB XI). Darüber hinaus wurde im Jahr 2022 ein Darlehen des Bundes i. H. v. 1 Mrd. € gewährt. Dieses wurde direkt als Veränderung des Mittelbestands verbucht und wurde somit nicht einnahmewirksam. Es wird zu 50 % Ende 2023 und zu 50 % in 2028 zurückgezahlt (§ 61a Abs. 2 SGB XI).

Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Für die Modellierung der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege wurde auf das PV 45-Konto „3900 Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege (Ausgleichsfonds)“ abgestellt und folgende Modellierung gemäß Gesetzesgrundlage umgesetzt:

- ◆ 2022: 640 Mio. €
- ◆ Ab 2023: 640 Mio. €, Wachstumsrate: 0

Einnahmen in Verbindung mit Pandemieaufwendungen

Die SPV hat zuletzt Einnahmen in Verbindung mit Pandemieaufwendungen erzielt. Für deren Modellierung wurde auf folgende PV 45-Konten abgestellt:

- ◆ 3804: Finanzierungsanteile der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen (Ausgleichsfonds)
- ◆ 3910: Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen (Ausgleichsfonds)
- ◆ 3911: Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Prämien (Ausgleichsfonds)

Folgende Modellierung von sonstigen Einnahmen in diesem Zusammenhang wurde umgesetzt:

- Erstattungen für Kosten, die auf Grundlage der COVID-Testverordnung durch Pflegeeinrichtungen abrechenbar sind: Kosten, die bis einschließlich 28.02.2023 angefallen sind, sind erstattungsfähig.
 - ◆ Für 2022:
 - 3804: 309,156 Mio. €
 - 3910: 548,103 Mio. €
 - 3911: 0 €
 - ◆ Für das Jahr 2023 wurde eine Fortschreibung der Einnahmen gemäß der vorläufigen PV 45-Statistik des Q2/2023 für den Rest des Jahres vorgenommen:
 - 3804: 48,317 Mio. €
 - 3910: 208,450 Mio. €
 - 3911: 0 €, da die Prämienzahlung für 2022 bereits erfolgt ist
 - ◆ Ab 2024: jeweils 0 €
-

Einnahmen in Verbindung mit Energiehilfen

Die SPV erzielt darüber hinaus in den Jahren 2023 und 2024 Einnahmen in Verbindung mit Energiehilfen, die über den Wirtschaftsstabilisierungsfonds (WSF) zur Verfügung gestellt werden (Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom gem. § 154 SGB XI). Im zweiten Quartal des Jahres 2023 beispielsweise standen in diesem Zusammenhang rund 38 Mio. € zu Buche. Da es sich bei diesen Energiehilfen um einen durchlaufenden Posten handelt, bei dem die Einnahmen der SPV für solche Energiehilfen insgesamt exakt den Ausgaben für solche Energiehilfen entsprechen, wurde diese Bilanzposition in der Modellierung nicht bzw. mit dem Wert Null berücksichtigt.

Es handelt sich um folgende Einzelkonten der PV 45:

- ◆ 3660 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
- ◆ 3661 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
- ◆ 3662 Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes zum Ausgleich erstattungsfähiger Kosten der Energieberatung im Rahmen des Ausgleichs für steigende Energiekosten

Übrige Einnahmen

Alle weiteren Einnahmen, die die SPV im Basisjahr 2022 erzielt hat, wurden zu einem Posten „übrige Einnahmen“ zusammengefasst. Dabei handelt es sich um folgende PV 45-Konten: 3010, 3090, 3400, 3500, 3501, 3600, 3650, 3660, 3661, 3662, 3800, 3801, 3803, 3930, 3932, 3990.

Es wurde folgende Modellierung umgesetzt:

- ◆ Für alle Konten außer 3661 und 3662:
 - ab 2023 Fortschreibung mit der Inflationsrate
 - Hintergrund Modellierung: Es handelt sich um nominale Größen, deren Anteil an den Einnahmen im Zeitverlauf real ungefähr konstant bleiben wird.
- ◆ Konto 3661 „Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten (Ausgleichsfonds)“ und Konto 3662 „Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten (Ausgleichsfonds)“:
 - Wert für 2023 jeweils: Fortschreibung des Werts gemäß vorläufiger PV 45 des Q2/2023 bis Ende des Jahres (47,570 Mio. € bzw. 29,304 Mio. €)
 - Wert für 2024 jeweils 50 % des Vorjahreswertes

- Wert ab 2025 jeweils 0 €

3.3.4 Ausgabenseite der SPV

3.3.4.1 Population der SPV-Versicherten

Im ersten Schritt wurde eine Projektion der SPV-Versicherten erstellt. Hierfür wurde auf Basis der SPV-Versichertenstatistik (siehe Abschnitt 3.2) und der Bevölkerungsvorausberechnung der Anteil der SPV-Versicherten an der Gesamtpopulation differenziert nach Geschlecht und Altersgruppe bestimmt. Die hieraus resultierenden Anteilswerte wurden auf die Bevölkerungsvorausberechnung angewandt.

Für die Teilgruppe der Frauen ab einem Alter von 90 Jahren enthält die Statistik der GKV-Versicherten (siehe Abschnitt 3.1) und die hieraus abgeleitete Statistik der SPV-Versicherten (siehe Abschnitt 3.2) für die Jahre 2021 und 2022 eine höhere Anzahl Personen als die Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes. Die Abweichung beläuft sich auf 3,7 % (2021) bzw. 4,5 % (2022) der jeweiligen Bevölkerungsteilgruppe. Für diese beiden Teilgruppen wurde eine SPV-Quote von 100 % angewandt und die Anzahl der SPV-Versicherten somit auf den Bevölkerungsstand der Teilgruppe des jeweiligen Jahres korrigiert.

3.3.4.2 Pflegeprävalenz und Anzahl der Leistungsempfänger

Im zweiten Schritt wurde eine Projektion der Pflegeprävalenz erstellt. Hierfür wurde auf Basis der nach Geschlecht, Altersgruppe, Pflegegrad und Leistungsart differenziert aufbereiteten Leistungstagestatistik (siehe Abschnitt 3.2) und der nach Geschlecht und Altersgruppe differenzierten SPV-Versichertenstatistik die alters- und geschlechtsbezogene Pflegeprävalenz im Basisjahr 2022 für alle Leistungsarten und Pflegegrade bestimmt. Die Pflegeprävalenz drückt aus, welcher Anteil der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe die in der aufbereiteten Leistungstagestatistik enthaltenen Kombinationen aus Leistungsart und Pflegegrad aufweist.

Die sich hieraus ergebenden alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenzen wurden auf der Grundlage der aktuellen Pflegeprävalenzsteigerungsrate fortgeschrieben. Die aktuelle Pflegeprävalenzsteigerungsrate wurde geschätzt auf der Grundlage der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenz der Jahre 2021 und 2022. Bei der Bestimmung der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenzsteigerungsrate wurde zwischen den Sektoren ambulante Pflege, vollstationäre Langzeitpflege und vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterschieden. Im Bereich der ambulanten Pflege wurde darüber hinaus eine Differenzierung nach dem Pflegegrad bei der Bestimmung der Pflegeprävalenzsteigerungsrate vorgenommen.

Für die Fortschreibung der Pflegeprävalenz wurde die mit der jeweiligen Teilgruppe korrespondierende Pflegeprävalenzsteigerungsrate, d. h. die Häufigkeit

der Kombination aus Pflegegrad und Leistungsart innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe, rekursiv auf die korrespondierende Pflegeprävalenz des Vorjahres angewandt, wobei die Pflegeprävalenzsteigerungsraten szenarioabhängig innerhalb eines Zeitraums von fünf bzw. zehn bzw. 15 Jahren linear auf den Wert Null konvergieren (siehe Tabelle 3). Hierbei wurden die Pflegeprävalenzsteigerungsraten jedes Jahr um einen konstanten Betrag verringert, so dass sich am Ende des jeweiligen Zeitraums eine Steigerungsrate in Höhe von Null ergibt. Ab diesem Zeitpunkt bleibt die Höhe der alters- und geschlechtsbezogenen Pflegeprävalenz anahmegemäß konstant.

Im dritten Schritt wurde eine Projektion der Leistungsempfängerzahl differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad erstellt. Hierfür wurde die Projektion der Pflegeprävalenz auf die Projektion der SPV-Versicherten angewandt. Damit liegt die Projektion eines Mengengerüsts vor, dessen Leistungsanspruchnahme die Leistungsausgaben der SPV determinieren.

3.3.4.3 Leistungsausgaben der SPV

Im vierten Schritt wurde für jede Leistungsposition der Ausgabenseite der SPV (vgl. Tabelle 9) eine Projektion der Leistungsausgaben erstellt.

Für die meisten Leistungspositionen wurde ein einheitliches Verfahren angewandt, um die Projektion der Leistungsausgaben zu erstellen. Hierfür wurde zunächst für jedes Konto der SPV ein durchschnittlicher Leistungsbetrag im Basisjahr 2022 bestimmt. Diese durchschnittlichen Leistungsbeträge wurden dann auf Ebene der Leistungsposition aggregiert, mit einer Dynamisierungsrate fortgeschrieben und mit der jeweiligen Bezugspopulation des Prognosejahres multipliziert. Eine Ausnahme von dieser Vorgehensweise stellen die Leistungspositionen Nr. 31 (Ausgaben Pandemie), Nr. 36 (Eigenanteilsbegrenzung), Nr. 39 (Zuführungen Pflegevorsorgefonds), Nr. 40 (Verwaltung) und Nr. 42 (Energiehilfen) dar, für die gesonderte Festlegungen getroffen (Leistungspositionen Nr. 40, Nr. 31 und Nr. 42) oder gesonderte Verfahrensweisen (für Leistungspositionen Nr. 36 siehe Abschnitt 3.3.4.4; für Leistungsposition Nr. 39 siehe Abschnitt 3.3.5) angewandt wurden.

Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Leistungsbeträge je Konto der SPV (ohne die Konten der Leistungspositionen Nr. 31, 36, 39, 40 und 42) wurde die in der Finanzstatistik PV 45 für das Jahr 2022 enthaltene Ausgabenhöhe durch die mit diesem Konto korrespondierende Bezugspopulation dividiert. Die Bezugspopulation eines jeden Kontos ist hierbei über Merkmale der aufbereiteten Leistungstagestatistik des Jahres 2022 abgegrenzt. Die Abgrenzungsmerkmale umfassen den Leistungssektor (ambulant, stationär, Eingliederungshilfe oder gesamt), die Leistungsart (ambulante Sachleistung, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege oder gesamt) und den Pflegegrad (1, 2, 3, 4, 5, Pflegegrade 2 bis 5 oder gesamt). Über die Kombination der Ausprägungen dieser drei Merkmale ist die jeweilige Bezugspopulation der aufbereiteten Leistungstagestatistik definiert. Die Abgrenzung der Bezugspopulation für

die Konten der Ausgabenseite der SPV ohne die Konten der Leistungspositionen Nr. 31, 36, 39, 40 und 42 ist in Tabelle 10 abgebildet.

Für die Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Leistungspositionen wurden die szenarioabhängigen Pflegeleistungssteigerungsraten (Leistungsdynamisierung, siehe Tabelle 3) rekursiv auf die durchschnittlichen Leistungsbeträge des Vorjahres angewandt. Hierbei wurde zwischen Pflegegeldleistungen, Pflegesachleistungen, lohn- bzw. wirtschaftsleistungsabhängigen Leistungen und inflationsabhängigen Leistungen der SPV unterschieden. Zu den Pflegegeldleistungen gehören die Konten der Leistungspositionen Nr. 22 (Pflegegeld). Zu den lohn- bzw. wirtschaftsleistungsabhängigen Leistungen gehören Leistungspositionen, bei denen ein enger Bezug zur Lohnentwicklung oder allgemein der Wirtschaftsleistung bzw. dem Wirtschaftswachstum besteht und die dementsprechend mit der Lohnsteigerungsrate fortgeschrieben wurden. Diese umfassen die Konten der Leistungspositionen Nr. 25 (Pflegekräfte, Ausbildung), Nr. 26 (Leistungen für Pflegepersonen), Nr. 32 (Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur) und Nr. 41 (Begutachtung). Für die Steigerungsrate der Konten der Leistungsposition Nr. 43 (Sonstige Leistungen/Ausgaben) wurde die Inflationsrate herangezogen. Die Konten der übrigen Leistungspositionen wurden der Leistungsform Pflegesachleistung zugeordnet.

Die Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Konten der Leistungspositionen wurde mit der korrespondierenden Bezugspopulation der Projektion der Pflegeleistungsempfänger (Projektion des „Mengengerüsts“) multipliziert und danach auf Ebene der Leistungspositionen aggregiert. Das Ergebnis stellt die Projektion der Leistungsausgaben der SPV dar.

Abweichend hiervon wurde die Höhe der Verwaltungskosten jedes Jahr auf 3 % des Mittelwertes der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben (ohne Begutachtung, Verwaltung und Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds) festgelegt.

Abweichend hiervon wurden für die Leistungsposition Nr. 31 (Ausgaben Pandemie) 666,5 Mio. € für das Jahr 2023 angesetzt. Dies entspricht dem Betrag, der innerhalb des ersten Halbjahres 2023 aufgewendet wurde. Weitere pandemiebezogenen Aufwendungen sind nicht vorgesehen. Die Leistungsposition Nr. 42 (Energiehilfen) blieb unberücksichtigt und wurde für alle Jahre in Höhe von 0,- € angesetzt, da diese Energiehilfen lediglich eine durchlaufende Kostenposition darstellen und die Ausgaben für die Jahre 2023, 2024 und ggfs. folgende Jahre insgesamt exakt den Einnahmen für diese Jahre entsprechen.

3.3.4.4 Ausgaben der SPV für Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile (Eigenanteilsbegrenzung)

Die Projektion der Ausgaben der SPV für die Eigenanteilsbegrenzung (Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile; Leistungsposition Nr. 36; Konten 5260, 5261, 5262 und 5263) wurde im Prognosemodell endogen gemäß den gesetzlich vorgegebenen, verweildauerabhängigen Anteilen an den einrichtungseinheitli-

chen Eigenanteilen der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen ermittelt. Im fünften Schritt wurde daher die Projektion der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Pflege bestimmt.

Hierfür wurde zunächst die Höhe des durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils sowie die Verteilung der Verweildauer im Basisjahr 2022 ermittelt. Aus den in den Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 der PV 45 des Jahres 2022 dokumentierten Leistungsausgaben lässt sich durch Division des mit der Verweildauer verbundenen Anteils der EEE, der als Leistung von der SPV übernommen wird, die mit dem jeweiligen Konto korrespondierende Summe der EEE ermitteln, die die Berechnungsgrundlage für die SPV-Leistung darstellt. Die Summe der Berechnungsgrundlage aller vier Konten stellt die Gesamtsumme der EEE des Jahres 2022 dar. Nach Division durch die Anzahl der Leistungsempfänger mit vollstationärer Pflege (ohne Einrichtungen der Eingliederungshilfe) und Pflegegrad 2 bis 5 ergibt sich der durchschnittliche EEE des Basisjahres 2022. Da der EEE unabhängig vom Pflegegrad ist, stellt die Verteilung der Bezugsgrößen die Verteilung der Verweildauer dar. In der Modellierung wurde angenommen, dass die Verteilung der Verweildauer über den Prognosezeitraum konstant bleibt.

Auf Basis des auf diese Weise ermittelten durchschnittlichen EEE lassen sich die durchschnittlichen pflegegradabhängigen pflegebedingten Aufwendungen, d.h. die zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen vereinbarten durchschnittlichen Pflegesätze ermitteln. Diese ergeben sich als Summe aus dem durchschnittlichen EEE und den durchschnittlichen pflegegradabhängigen vollstationären Leistungsausgaben (s.o.).

Für die Projektion der durchschnittlichen tatsächlichen Pflegekosten wurde eine Pflegekostensteigerungsrate rekursiv auf die durchschnittlichen tatsächlichen Pflegekosten des Vorjahres angewandt. Die Pflegekostensteigerungsrate wurde zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und 1/3 mit der Inflationsrate festgelegt.⁹ Die Differenz zwischen der Projektion der durchschnittlichen, pflegegradabhängigen tatsächlichen Pflegekosten und der Projektion der durchschnittlichen pflegegradabhängigen Leistungsausgaben stellt die Projektion des EEE dar, der die Berechnungsgrundlage für die Projektion der SPV-Ausgaben der Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 der PV 45 bildete.

Für die Berechnung der SPV-Ausgaben wurde die Projektion der durchschnittlichen EEE mit der Projektion der vollstationären Leistungsempfänger der Pflegegrade 2 bis 5 multipliziert. Diese Berechnungsgrundlage wurde entsprechend der Verweildauerverteilung (s.o.) auf die Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 verteilt und der mit der jeweiligen Verweildauer verbundene Anteilswert der EEE, der als Leistung von der SPV übernommen wird, angewandt. Das Ergebnis stellt die Projektion der

⁹ Da die Wirkung der seit Juli 2023 geltenden Personalbemessung in der Langzeitpflege auf den Personaleinsatz und den Qualifikationsmix in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit die Entwicklung der Pflegekosten in der vollstationären Langzeitpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden kann, bleibt dieser Aspekt in der Modellierung unberücksichtigt.

jeweiligen Leistungsausgaben der SPV in den Konten 5260, 5261, 5262 und 5263 dar.

3.3.5 Zuführungen und Mittelabrufe des Pflegevorsorgefonds

Die Projektion der Zuführungen (Leistungsposition Nr. 39, Konto 6100) und Abrufe in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds wurde im Prognosemodell endogen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahrs des jeweiligen Prognosejahrs (Einzahlungszeitraum) und der Bedingung der Beitragssatzstabilisierung (Auszahlungszeitraum) bestimmt.

Die gesetzliche Grundlage für die Zuführungen und Mittelabrufe in bzw. aus dem Pflegevorsorgefonds sieht einen Einzahlungszeitraum bis 31.12.2033 (§ 135 Abs. 2 SGB XI) und einen im Jahr 2035 beginnenden Auszahlungszeitraum vor (§ 136 SGB XI). Der Auszahlungszeitraum endet, wenn das Vermögen des Fonds aufgezehrt ist (§ 139 SGB XI). Die Höhe der jährlichen Einzahlungen umfasst 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres (§ 135 Abs. 1 SGB XI). Dieser Satz wurde auf die Projektion der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der SPV (s. o.) angewandt.

Abweichend von dieser Regelung wurden bei der Modellierung des Pflegevorsorgefonds die derzeitige Rechtslage und sich in Vorbereitung befindliche Gesetzesänderungen umgesetzt, wonach die Zuführung für das Jahr 2023 auf das Jahr 2024 verschoben wird und für die Jahre 2024 bis 2027 eine Zuführung in fester Höhe von jährlich 700 Millionen € vorgesehen ist. Dies bedeutet, dass im Jahr 2023 keine Zuführung in den Pflegevorsorgefonds stattfindet, im Jahr 2024 eine Zuführung in fester Höhe von 700 Millionen € zuzüglich der Zuführung für das Jahr 2023 in Höhe von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2022 erfolgt und für die Jahre 2025 bis 2027 eine Zuführung in Höhe von 700 Millionen €. Ab dem Jahr 2028 bis einschließlich 2033 werden dem Pflegevorsorgefonds jährlich jeweils 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Vorjahres zu Lasten der SPV zugeführt.

Im Jahr 2034 finden weder Zuführungen in noch Mittelabrufe aus dem Pflegevorsorgefonds statt. Zum Ende des Jahres wird in der Modellierung der Vermögensstand des Pflegevorsorgefonds bestimmt. Der zwanzigste Teil dieses Vermögensstandes bildet die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe aus dem Vorsorgefonds innerhalb des Auszahlungszeitraums (§ 136 SGB XI). In der Modellierung wurde davon ausgegangen, dass der im Gesetzestext genannte „Realwert“ identisch ist mit dem Nominalwert, d.h. dass die Wertpapiere im Jahr 2034 keine Bewertungsverluste bspw. aufgrund von Zinsänderungen aufweisen. Es wurde davon ausgegangen, dass alle Wertpapiere bis zur Endfälligkeit gehalten werden (Rückzahlung zum Nominalwert) und somit keine Bewertungsgewinne oder -verluste durch vorfälligen Verkauf realisiert werden (Rückzahlung zum Nominalwert). Die Obergrenze für die jährlichen Mittelabrufe erhöht sich jedes Jahr um die Inflationsrate.

Ab dem Jahr 2035 kann das Fondsvermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht, wobei der zwanzigste Teil des Vermögensstandes vom 31.12.2034 die Obergrenze für die jährliche Auszahlung darstellt (§ 136 SGB XI). In der Modellierung sind keine über die allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen im Sinne einer Leistungsausweitung vorgesehen. Demnach ist ein Mittelabruf aus dem Pflegevorsorgefonds immer dann möglich, wenn ohne diese Mittel der Beitragssatz im jeweiligen Jahr im Vergleich zum Vorjahr ansteigen würde. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden (§ 136 SGB XI).

In der Modellierung wird in jedem Jahr der Beitragssatz bestimmt, der erforderlich wäre, um die Ausgaben der SPV vollständig zu decken (zur Beitragssatzbestimmung siehe auch Abschnitt 3.3.7). Fällt dieser Beitragssatz höher aus als der Beitragssatz des Vorjahres, so können innerhalb des Auszahlungszeitraums Mittel aus dem Pflegevorsorgefonds zur Beitragssatzstabilisierung abgerufen werden. Hierbei gilt, dass der Mittelabruf maximal in Höhe der für die Beitragssatzstabilisierung erforderlichen Mittel erfolgen darf. Ein Abruf von Mitteln aus dem Pflegevorsorgefonds darf nicht zu einer Verringerung des Beitragssatzes im Vergleich zum Vorjahr führen. Gleichzeitig darf die maximale Obergrenze für den Mittelabruf (der zwanzigste Teil des Vermögensstandes zum 31.12.2034; erhöht sich jedes Jahr um die Inflationsrate) nicht überschritten werden, es sei denn, dass für die Vorjahre vorgesehene Mittel nicht oder nicht in vollem Umfang abgerufen wurden (s.o.). In diesem Fall bestimmt sich der maximal mögliche Mittelabruf aus der Obergrenze des laufenden Jahres zuzüglich der in den Vorjahren nicht oder nicht vollständig abgerufenen Mittel. Die Höhe der nicht oder nicht vollständig abgerufenen Mittel eines Jahres ergibt sich aus der Differenz zwischen der jährlichen Obergrenze und den im jeweiligen Jahr abgerufenen Mittel summiert über alle Vorjahre (mit Beginn im Jahr 2035). Darüber hinaus kann ein Mittelabruf aus dem Pflegevorsorgefonds nur erfolgen, soweit Fondsvermögen vorhanden ist.

Bei der Modellierung der Entwicklung des Vermögensstandes des Vorsorgefonds wurde angenommen, dass sich das vorhandene Fondsvermögen mit einem Zinssatz in Höhe der Inflationsrate zzgl. 1 % verzinst (positive reale Rendite). Es wurde weiter angenommen, dass Zinserträge reinvestiert werden (Thesaurierung). Für die Modellierung des Vermögensstandes des Vorsorgefonds wurden jedes Jahr Mittelzuführungen, Vermögenserträge und Mittelabrufe saldiert und der Saldo (positiv oder negativ) mit dem Vermögensstand des Vorjahres addiert. Der Zinsertrag eines Jahres basiert auf dem Vermögensstand zum Ende des Vorjahres.

Im Zeitraum 2015 bis 2022 wurden dem Fonds Mittel in Höhe von insgesamt 11.358.429.717 zugeführt.¹⁰ Bei einer angenommenen Verzinsung in Höhe von 2,5 % pro Jahr beläuft sich der Nominalwert/Nennwert der Aktiva des Vorsorgefonds zum Ende des Jahres 2022 auf rund 12,3 Mrd. €.

3.3.6 Mittelbestand

Die Pflegekassen halten einen Mittelbestand (§ 62 SGB XI) in Form von Betriebsmitteln (§ 63 SGB XI) und einer Rücklage (§ 64 SGB XI). Die Betriebsmittel dürfen dem Betrag nach die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der Pflegekassen nicht übersteigen (Obergrenze), Rücklagen sind im Umfang von den hälftigen monatlichen Ausgaben zu bilden (Rücklagesoll, gleichzeitig Obergrenze). Im Jahr 2022 belief sich der Mittelbestand der SPV auf 5,6 Mrd. € (inkl. Darlehen des Bundes). Der Mittelbestand wurde bei der Modellierung unverändert auf diesem Ausgangsniveau belassen. Er wurde somit nicht zur Deckung eines Finanzbedarfs herangezogen.

3.3.7 Ermittlung des Beitragssatzes

Modellendogen ermittelt wurde für jedes Projektionsjahr und jedes Szenario der rechnerische, ausgabendeckende Beitragssatz. Über diesen wurde anschließend eine Staffelung nach der Kinderzahl gemäß geltendem Recht gelegt.

3.3.7.1 Ausgabendeckender Beitragssatz

Der rechnerische, ausgabendeckende Beitragssatz eines Jahres ist der Beitragssatz, der erforderlich ist, um die Ausgaben der SPV vollständig zu decken. Hierfür wurde in jedem Prognosejahr die Deckungslücke bestimmt, die durch Beitragszahlungen vollständig zu schließen ist. Die Deckungslücke eines Jahres ergibt sich aus den prognostizierten Ausgaben (Projektion der SPV-Ausgaben siehe Abschnitt 3.3.4), inklusive ggfs. erfolgreicher Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.5), abzüglich der sonstigen Einnahmen der SPV (siehe Abschnitt 3.3.3.4) und ggfs. erfolgreicher Mittelabrufe aus dem Pflegevorsorgefonds (siehe Abschnitt 3.3.5). Die Beitragssatzhöhe wurde bestimmt durch Division der Deckungslücke durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der SPV (Projektion der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder siehe Abschnitte 3.3.3.2 und 3.3.3.3).

3.3.7.2 Beitragssatzstaffelung

Im Basisjahr 2022 war die Beitragssatzstruktur noch vergleichsweise einfach. Kinderlose Mitglieder mussten nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr

¹⁰ https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Ausgleich-fonds/20230206Zufuehrung_zum_Pflegevorsorgefonds.pdf [abgerufen am 30.11.2023]

vollendet hatten einen Beitragszuschlag, einen Beitragszuschlag zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz zahlen (§ 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI; sog. Beitragszuschlag für Kinderlose). Für Bürgergeldbeziehende wurde der Beitragszuschlag nicht erhoben. Für sie kam ein Beitragssatz von 3,05 % zur Anwendung.

Seit dem 01.07.2023 gilt eine komplexere Beitragssatzstruktur. Der Beitragssatz wird nach der Kinderanzahl differenziert, um einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 umzusetzen. Die neue Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl („Beitragssatzstaffelung“) sieht weiterhin einen regulären Beitragssatz für einige Gruppen vor (§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) und einen um einen Beitragszuschlag erhöhten Beitragssatz für kinderlose Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Allerdings gibt es nun zusätzlich Abschläge vom regulären Beitragssatz für Eltern von Kindern, deren Höhe sich nach dem Alter und der Anzahl der Kinder bestimmen. Es ergibt sich eine gesetzliche Beitragssatzstaffelung nach sechs unterschiedlichen Beitragssätzen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesetzliche Beitragssatzstaffelung (seit 01.07.2023)

Beitragssatzgruppe	Gesetzlicher Beitragssatz
Kinderlos und gleichzeitig 23 Jahre alt oder älter	4,00%
a) mit einem Kind < 25 Jahre oder b) mit einem Kind >= 25 Jahre oder c) mit mehr als einem Kind >= 25 Jahre oder d) kinderlos und gleichzeitig < 23 Jahre oder e) vor dem 01.01.1940 geboren oder f) Wehr- oder Zivildienstleistende oder g) Bürgergeldbeziehende	3,40%
mit zwei Kindern (je <25 Jahre)	3,15%
mit drei Kindern (je <25 Jahre)	2,90%
mit vier Kindern (je <25 Jahre)	2,65%
mit fünf oder mehr Kindern (je <25 Jahre)	2,40%

Quelle: IGES auf Grundlage von § 55 SGB XI

Für das Basisjahr 2022 war im Modell der durchschnittliche Beitragssatz für die sechs differenziert modellierten Mitgliedergruppen (siehe Abschnitt 3.3.3.1) zu ermitteln. Dafür wurde auf den rechnerischen Beitragssatz, der sich aus den Beitragseinnahmen und der Summe der bpE jeweils für die Mitgliedergruppen ergibt, abgestellt.¹¹

¹¹ In der Modellierung sowohl für das Basisjahr 2022 als auch für alle Projektionsjahre wurde die Beitragsregelung für die in der SPV relativ kleine Gruppe der Beihilfeberechtigten, die vorsieht, dass für diese abgesehen vom Beitragsaufschlag der Kinderlosen, nur der jeweils

Für die Abbildung der komplexeren Beitragssatzstaffelung in allen Projektionsjahren (ab 2023) musste zunächst eine Schätzung der Verteilung der Anzahl und des Alters der Kinder in der Population der SPV-Mitglieder vorgenommen werden. Dafür wurden Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) hilfsweise herangezogen, da keine Daten zu Alter und Anzahl der Kinder für die Population der SPV-Mitglieder im Durchschnitt veröffentlicht vorliegen.¹² Die Publikationen des Mikrozensus sind für diese Strukturinformation allein nicht ausreichend, da dort keine Differenzierung nach Krankenversicherungsstatus (gesetzlich/privat sowie Mitglieder/Mitversicherte) vorgenommen wird. Aus dem Mikrozensus wurde allerdings zusätzlich eine Information zum generellen Niveau der Kinderzahl je Frau verwendet, da dieses Niveau im SOEP nur unzureichend genau abgebildet werden kann.

Die Beitragssatzstaffelung wurde im Modell hinterlegt und kann bei Bedarf für alle Projektionsjahre ausgegeben werden. Für das Jahr 2023 wurde die unterjährige Gesetzesänderung berücksichtigt und hälftig das alte Recht und hälftig das neue Recht umgesetzt. Die Beitragssatzstaffelung¹³ hat keine rekursive Relevanz für die Modellberechnungen, da sie nicht wieder zurück in die Modellberechnung einbezogen wurde. Der einzige modellendogene Beitragssatz ist der ausgabendeckende gesamt durchschnittliche Beitragssatz. Die Beitragssatzstaffelung in den Projektionsjahren wurde daher für den vorliegenden Bericht nicht ausgewiesen.

3.3.8 Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten bei vollstationärer Pflege

Die Projektion der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Investitionskosten und der Ausbildungskosten, die von pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Langzeitpflege und Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) zu tragen sind, erfolgte auf der Grundlage der Projektion der dementsprechenden Leistungsempfänger (siehe Abschnitt 3.3.4) und der Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge.

Für die Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge wurden aus Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) monats-

hälftige Beitragssatz zugrunde zu legen ist (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI), unberücksichtigt gelassen. Diese Vereinfachung hat keine Auswirkungen auf den ausgabendeckenden Beitragssatz in quantitativ relevanter Größenordnung, da die Beihilfeberechtigten in der SPV einen Anteil von schätzungsweise nur 0,2 % aller Mitglieder ausmachen.

¹² Insofern das SOEP für diese Gruppe eingeschränkt repräsentativ ist, kann auch dieser Ansatz nur eine Näherung erreichen. Diese sollte jedoch hinreichend genau sein, um die weitere Herleitung der Beitragssatzstruktur auf dieser zu basieren.

¹³ Es handelt sich um eine hypothetische Beitragssatzstaffelung. Die Bürgergeldbeziehenden wurden dabei der Beitragssatzgruppe „mit einem Kind“ (Beitragssatz 3,40 % im Jahr 2023) zugeordnet. Das ist eine beispielhafte Ausgestaltung der Beitragssatzstaffelung, alternativ wären andere Ausgestaltungen denkbar.

durchschnittliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie monatsdurchschnittliche Investitionskosten recherchiert.¹⁴ Ausweislich dieser Veröffentlichungen beliefen sich die monatsdurchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Jahr 2022 (Stand: 31.12.2022) auf 842,- € und die monatsdurchschnittlichen Investitionskosten auf 470,- €.¹⁵

Gemäß Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) belief sich der bundesdurchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) inklusive der Ausbildungsumlage zum Stichtag am 30.06.2023 auf eine Höhe von 1.325,- € pro Monat¹⁶ und zum 30.09.2023 auf 1.400,- € pro Monat.¹⁷ Der Verband der Ersatzkassen (vdek) weist zum 01.07.2023 den bundesdurchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) ohne Ausbildungsumlagen mit einer Höhe von 1.245,- € aus.¹⁸ Die Differenz der Angaben von WIdO und vdek zum Stichtag am 30.06.2023 bzw. 01.07.2023 wurde als Schätzwert für die durchschnittliche Höhe der Ausbildungsumlage herangezogen. Rechnerisch beträgt diese bundesdurchschnittlich 80,- € pro Monat zum 30.06.2023 bzw. 01.07.2023. Unter Berücksichtigung einer jährlichen Lohnsteigerung für 2023 in Höhe von 4,4 % (siehe Tabelle 3), ergibt sich zum 31.12.2022 eine von den pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Pflege zu tragende Ausbildungsumlage in Höhe von 78,31 € pro Monat.

Dementsprechend ergeben sich im Basisjahr 2022 für jede ganzjährig vollstationär versorgte pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 bis 5 (ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) jahresdurchschnittliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 10.104,- €, jahresdurchschnittliche Investitionskosten in Höhe von 5.640,- € und eine jahresdurchschnittliche Beteiligung an den Ausbildungskosten in Höhe von 939,72 €.

Für die Projektion der durchschnittlichen Kostenbeträge wurde eine Kostensteigerungsrate rekursiv auf die durchschnittlichen Kostenbeträge des Vorjahres angewandt. Die Steigerungsrate der Kosten für Unterkunft und Verpflegung wurde in Höhe der Pflegekostensteigerungsrate festgelegt, die sich wiederum zu 2/3 aus der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 aus der Inflationsrate zusammensetzt. Die Steigerungsrate der Investitionskosten wurde auf Basis der Kostensteigerung im Zeitraum 2017 bis 2022 von 426,- € auf 470,- € entsprechend einer durchschnittlichen

¹⁴ <https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/> [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁵ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/Abbildungen_Entwicklung_der_Eigenanteile_in_der_vollstationaeren_Pflege_Stand_30.06.2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁶ Ebd.

¹⁷ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/Abbildungen_Entwicklung_der_Eigenanteile_in_der_vollstationaeren_Pflege_Stand_30.09.2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

¹⁸ https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2023/eigenbeteiligung_grafiken_07_2023.pdf [Abgerufen am: 30.11.2023]

Kostensteigerungsrate in Höhe von jährlich 1,99 % zu 2/3 mit der Inflationsrate und zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate festgelegt. Bei den Ausbildungskosten wurde ausschließlich die Lohnsteigerungsrate zugrunde gelegt.

Die Projektion der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Investitionskosten und der Ausbildungskosten ergibt sich durch Multiplikation der Projektion der jeweiligen durchschnittlichen Kostenbeträge mit der Projektion der korrespondierenden Leistungsempfänger (vollstationäre Versorgung, Pflegegrade 2 bis 5, ohne vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe).

3.3.9 Inanspruchnahme der Sozialhilfeleistung Hilfe zur Pflege und der damit verbundenen Ausgaben

Die Statistik der Leistungsempfänger von Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege liegt differenziert nach Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsart vor. Für einzelne Leistungsarten (bspw. ambulante Sachleistung, vollstationäre Pflege, etc.) ist darüber hinaus eine Differenzierung nach dem Pflegegrad enthalten. Die Leistungsausgaben enthalten demgegenüber nur eine Differenzierung nach der Leistungsart und für einige Leistungsarten eine ergänzende Differenzierung nach dem Pflegegrad. Eine Differenzierung nach Altersgruppe und Geschlecht liegt in der Ausgabenstatistik nicht vor.

Im ersten Schritt wurden die Statistik der Leistungsempfänger von Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege und die damit korrespondierenden Ausgabenstatistik in eine gemeinsame Statistik zusammengeführt. Hierfür wurden die Leistungsausgaben differenziert nach Leistungsart und Pflegegrad auf die korrespondierende Verteilung der Leistungsempfängerstatistik nach Geschlecht und Altersgruppe umgelegt. Hierbei wurde angenommen, dass die leistungsart- und pflegegradbezogenen Leistungsausgaben entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung der Leistungsempfänger verteilt sind, die Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben demnach allein von der Leistungsart und dem Pflegegrad abhängt, und darüber hinaus keine alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen.

Die weitere Vorgehensweise bei der Projektion der Sozialhilfestatistik unterscheidet sich zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Ambulanter Bereich

Analog zu der in Abschnitt 3.3.4.3 dargestellten Vorgehensweise bei der Projektion der Leistungsausgaben der SPV wurde für jede Kombination aus Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad der Sozialhilfestatistik eine Bezugsgröße der Pflegeleistungsempfänger bestimmt. Die Bezugspopulation für die Leistungspositionen der Sozialhilfestatistik wurde anhand der Leistungsart und dem Pflegegrad abgegrenzt und entspricht der in Abschnitt 3.3.4.3 dargestellten Konzeption.

Die Anzahl der Empfänger von Sozialhilfeleistungen im Basisjahr 2022 wurde in Relation zu ihrer jeweiligen Bezugspopulation im selben Jahr gesetzt und die Inanspruchnahmehäufigkeit innerhalb der Bezugspopulation im Basisjahr bestimmt.

Für die Projektion der zeitlichen Entwicklung der Sozialhilfestatistik wurde angenommen, dass die auf diese Weise ermittelte, alters-, geschlechts-, pflegegrad- und leistungsartspezifische Inanspruchnahmehäufigkeit im Zeitverlauf konstant bleibt. Angewandt auf die Projektion der Zahl der Leistungsempfänger (vgl. Abschnitt 3.3.4.2) ergibt sich die Projektion der Zahl der Empfänger von Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Im nächsten Schritt wurde eine Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge je Leistungsempfänger erstellt. Hierfür wurden die sich aus der zusammengeführten Sozialhilfestatistik (s.o.) ergebenden, nach Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsart und Pflegegrad differenzierten durchschnittlichen Leistungsbeträge mit einer Preissteigerungsrate fortgeschrieben. Als Preissteigerungsrate wurde die Pflegekostensteigerungsrate verwendet ($\frac{2}{3}$ Lohnsteigerungsrate, $\frac{1}{3}$ Inflationsrate). Das Produkt aus der Projektion der Empfängerzahl von Sozialhilfeleistungen und der Projektion der durchschnittlichen Leistungsbeträge ergibt die Projektion der Sozialhilfeausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Vollstationärer Bereich

Für den vollstationären Bereich wurden zunächst analog zum ambulanten Bereich die Inanspruchnahmequote innerhalb der Bezugspopulation (Leistungsempfänger mit vollstationärer Pflege differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Leistungsart) und die Höhe der durchschnittlichen Leistungsbeträge bestimmt. Die weitere Vorgehensweise unterscheidet sich jedoch vom ambulanten Bereich. Im vollstationären Bereich liegt – in Abweichung zum ambulanten Bereich – mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen (EEE) eine Bezugsgröße für die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen vor. Dadurch konnte die Projektion der Leistungsausgaben für die Hilfe zur Pflege im stationären Bereich differenzierter als im ambulanten Bereich erfolgen. Da die Bezugsgröße (die EEE) für alle Pflegegrade gleich hoch ist, war eine Unterscheidung/Differenzierung nach dem Pflegegrad nicht erforderlich.

Als Bezugsgröße für die Leistungshöhe der Hilfe zur Pflege wurde die Summe aus EEE, Ausbildungskosten und Investitionskosten ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und abzgl. der Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den pflegebedingten Eigenanteilen berechnet. Für die EEE sowie die Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den EEE lag aus Abschnitt 3.3.4.4 bereits eine Projektion vor. Die Vorgehensweise bei der Projektion der Ausbildungs- und Investitionskosten ist in Abschnitt 3.3.8 beschrieben. Die Summe aus EEE, Ausbildungskosten und Investitionskosten (ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung) abzgl. der Zuschüsse/Leistungszuschläge der SPV zu den pflegebedingten Eigenanteilen stellt die privat zu finanzierenden Pflegekosten dar.

Im nächsten Schritt wurde eine Projektion der Anzahl der Leistungsempfänger erstellt. In Abweichung zum ambulanten Bereich wurde nicht von einer konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmehäufigkeit ausgegangen, sondern von einer Abhängigkeit der Inanspruchnahmehäufigkeit von der Höhe der durchschnittlichen privat zu finanzierenden Pflegekosten: Je höher die privat zu

finanzierenden Pflegekosten (insbesondere EEE) unter sonst gleichen Bedingungen ausfallen, desto höher ist der Anteil der Leistungsempfänger von Sozialleistungen.

Dieser Zusammenhang zwischen der Höhe der durchschnittlichen, privat zu tragenden Pflegekosten und der Inanspruchnahmehäufigkeit von Sozialleistungen kann aus vorliegenden empirischen Daten nicht geschätzt werden. Der Rückgang der Zahl der Sozialleistungsempfänger nach Einführung der Zuschüsse zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen im Jahr 2022 belegt jedoch, dass ein solcher Zusammenhang existiert. Für die Prognose der Inanspruchnahmehäufigkeit von Sozialleistungen wurde dieser (funktionale) Zusammenhang mit einer Funktion modelliert, die Modellcharakter aufweist. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass der Sozialhilfeanteil mit Hilfe zur Pflege durch die probit-Funktion (inverse der Standardnormalverteilung) in Abhängigkeit von den durchschnittlichen, privat zu tragenden Pflegekosten beschrieben wird.

Auf Basis der Projektion der privat zu tragenden Pflegekosten wurde unter Anwendung dieses funktionalen Zusammenhangs der Anteil der Sozialleistungsempfänger an der nach Geschlecht und Alter differenzierten Bezugspopulation (vollstationäre Pflege, Pflegegrade 2 bis 5) bestimmt. Angewandt auf die Bezugspopulation ergibt sich die Projektion der Zahl der Sozialleistungsempfänger.

Bei Empfängern von Sozialleistungen (Hilfe zur Pflege) wurden die privat zu finanzierenden Pflegekosten teilweise über den Bezug von Sozialleistungen und teilweise durch die Anrechnung privater Einkommen und Vermögen geleistet. Aus der Differenz zwischen den privat zu finanzierenden Pflegekosten und den durchschnittlichen Sozialhilfeleistungsbeträgen ergibt sich für die Empfänger von Sozialhilfeleistungen der aus privatem Einkommen und Vermögen angerechnete Leistungsbetrag (Anrechnung von Einkommen und Vermögen).

Für die Modellierung der Höhe der Inanspruchnahme von Sozialleistungen wurde dieser Anrechnungsbetrag aus privatem Einkommen und Vermögen des Basisjahres 2022 mit der Lohnsteigerungsrate fortgeschrieben.

Aus der Differenz der Projektion der durchschnittlichen privat zu finanzierenden Pflegekosten (Definition s.o.) und der Projektion des durchschnittlichen anrechenbaren Einkommens und Vermögens ergibt sich die Projektion des durchschnittlichen Sozialhilfeleistungsbetrags. Das Produkt aus der Projektion der Sozialleistungsempfängerzahl und der durchschnittlichen Leistungsbeträge der Hilfe zu Pflege ergibt die Gesamtausgaben für Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die ausgewiesenen Ergebnisgrößen lediglich Leistungsempfänger und Leistungsausgaben für SPV-Versicherte beinhalten. Die Anzahl der Leistungsempfänger mit Versicherung in der PPV sowie die damit korrespondierenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege sind in der Darstellung nicht enthalten (vgl. auch Abschnitt 3.2).

3.3.10 Kalkulatorische Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege

Das Grundprinzip der Schätzung der kalkulatorischen Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege entspricht dem von Schwinger und Tsiasioti im Pflege-Report 2020 angewandten Verfahren (Schwinger & Tsiasioti, 2020). Für die Bestimmung der kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege von vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 wurden die monatsdurchschnittlichen ambulanten Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) aus den Auswertungen des WIdO (siehe Abschnitt 3.1) auf die Projektion der Zahl der vollstationär versorgten Leistungsempfänger (siehe Abschnitt 3.3.4.2) angewandt. Die Projektion erfolgte differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad. Die durchschnittlichen Kostenbeträge wurden mit der Pflegekostensteigerungsrate (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate) fortgeschrieben.

Die ausgewiesenen Kostenbeträge reflektieren die kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im vollstationären Bereich von pflegebedürftigen SPV-Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 ohne Berücksichtigung der außerklinischen Intensivpflege (AKI). Die Betrachtung erfolgt ohne Berücksichtigung von AKI, da bei AKI bereits Regelungen zur Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bestehen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Schätzung der kalkulatorischen Kosten der medizinischen Behandlungspflege im vollstationären Bereich auf Grundlage der Kosten der HKP im ambulanten Bereich mit Unschärfen verbunden ist, die möglicherweise zu einer Unter- oder eine Überschätzung beitragen. Die Unschärfen sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, wobei nicht festgestellt werden kann, ob bei gemeinsamer Betrachtung aller Faktoren in der Summe eine Unter- oder eine Überschätzung vorliegt.

So sind beispielsweise bei den im ambulanten Bereich bestimmten durchschnittlichen Kostenbeträge auch Leistungspositionen enthalten, die im stationären Bereich nicht anfallen. Als Beispiel werden von Schwinger und Tsiasioti im Pflege-Report 2020 Fahrtkosten genannt, die aufgrund von häufig vereinbarten Pauschalvergütungen nicht von den Pflegekosten im engeren Sinn zu trennen sind (Schwinger & Tsiasioti, 2020, S. 48). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die im ambulanten Bereich bestimmten Kostenbeträge auf Vereinbarungen von Einzelpreisen für die jeweiligen Leistungen im ambulanten Bereich basieren, die im stationären Bereich aufgrund besserer Skalierbarkeit möglicherweise niedriger ausfallen würden.¹⁹

Andererseits könnte der Anteil der Personen mit Inanspruchnahme medizinischer Behandlungspflege sowie der Umfang der Leistungsanspruchnahme bei gleichem Pflegegrad im stationären Bereich höher ausfallen als im ambulanten Setting, da im ambulanten Setting Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

¹⁹ Ebd.

auch von Pflegepersonen erbracht werden könnten, was im stationären Bereich nicht möglich ist. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Gründe für den Wechsel vom ambulanten Versorgungsbereich in das stationäre Setting bei gleichem Pflegegrad mit einer Erhöhung des Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege verbunden ist (d.h. damit einhergeht).

Der Umfang dieser gegenläufigen Effekte kann nicht quantifiziert werden. In Ermangelung einer Quantifizierung dieser Effekte wird im Rahmen der Modellierung davon ausgegangen, dass sich diese gegenseitig aufheben.

4. Annahmen und Überblick Projektionsszenarien

Zunächst werden zentrale Modellannahmen dargestellt, die szenarienübergreifend umgesetzt wurden (Abschnitt 4.1). Anschließend werden die Projektionsszenarien und die über diese variierenden Annahmen in einem Überblick dargestellt (Abschnitt 4.2).

4.1 Annahmen (in Szenarien einheitlich)

Die zentralen Modellannahmen, die szenarienübergreifend umgesetzt wurden, beziehen sich überwiegend auf den Projektionszeitraum vor dem Jahr 2029 (Ausnahme: Rentenentwicklung) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zentrale Modellannahmen (szenarienübergreifend)

Variable	Annahmen
Lohnentwicklung	Vor 2029: zwischen 3,0 % und 5,3 % (gem. mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung)
Rentenentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - vor 2029: zwischen 2,6 % und 4,4 % (gemäß Rentenversicherungsbericht 2023) - 2029-2037: zwischen 0,9 % und 2,8 % (gemäß Rentenversicherungsbericht 2023) (+/- 1 %-Punkt je Szenario) - ab 2038: gekoppelt an Lohnentwicklung
Inflation	<ul style="list-style-type: none"> - vor 2029: 6,1% in 2023, 2,4 % in 2024 und jeweils 2,0 % in 2025-2028 (gemäß mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung) - ab 2029: einheitlich +1,5 % p.a.
Dynamisierung der Pflegeleistungen (nicht in Szenarien 7 bis 9)	vor 2029: Sach- und Geldleistungen je: <ul style="list-style-type: none"> - 4,5 % in 2025 - 6,6 % in 2028 (kumulierte Inflation 2024-2026)
Vollstationäre Pflegekosten (Änderungsrate)	2/3 gemäß Lohnentwicklung (jeweiliges Szenario) 1/3 gemäß Inflationsrate
Demografie	Gemäß 15. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung in der mittleren Variante (G2L2W2)
Mitgliederzahl	Rückgang von 57,7 Mio. in 2022 auf 56,2 Mio. in 2060 (\emptyset -0,07 % p.a.)
Versichertenzahl	Rückgang von 73,7 Mio. in 2022 auf 72,6 Mio. in 2060 (\emptyset -0,04 % p.a.)

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Die Inflationsrate wurde grundsätzlich mit einer Höhe von 1,5 % festgelegt, allerdings höher in den Jahren 2023 bis 2028. Abweichend von den dargestellten Festlegungen wurde der Modellrechnung aufgrund der aktuell hohen Inflationsrate für die Jahre 2023 bis 2028 eine höhere Inflationsrate von zwischen 2,0 % und 6,1 % zugrunde gelegt (vgl. Tabelle 2).

4.2 Projektionsszenarien

Umgesetzt wurden insgesamt neun unterschiedliche Modellszenarien, bei denen bestimmte, vorab festgelegte Modellparameter variiert wurden. Die Modellszenarien umfassen drei unterschiedliche Varianten der Leistungsdynamisierung, die mit drei unterschiedlichen Varianten für die Lohnentwicklung und die Entwicklung der altersspezifischen Pflegeprävalenz kombiniert wurden.

Varianten für die Leistungsdynamisierung:

1. Pflegeleistungsbetragssteigerung in Höhe von 4,5 % im Jahr 2025 und in Höhe der akkumulierten Inflationsrate der Jahre 2024 bis 2026 im Jahr 2028. Ab dem Jahr 2029 Fortschreibung der (Sach- und Geld-)Leistungen (Leistungsbeträge) mit der Inflationsrate (1,5 %).
2. Pflegeleistungsbetragssteigerung in Höhe von 4,5 % im Jahr 2025 und in Höhe der akkumulierten Inflationsrate der Jahre 2024 bis 2026 im Jahr 2028. Ab dem Jahr 2029 unter Berücksichtigung der hohen Personalintensität von Pflegeleistungen Fortschreibung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 mit der Inflationsrate sowie Fortschreibung der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate.
3. Konstante Pflegeleistungsbeträge für die Jahre 2023 bis 2060 („Nullszenarien“)

Die „Nullszenarien“ ohne Leistungsdynamisierung setzen damit über den gesamten Projektionszeitraum keinerlei Leistungsdynamisierung um. Sie haben damit in erster Linie eine analytische Funktion, sie dienen als Referenzszenario im Rahmen der Bemessung der Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung. Es handelt sich dabei nicht um realistische Szenarien, denn in ihnen wird somit auch von der bereits gesetzlich beschlossenen Leistungsdynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 (s. o.) abstrahiert.

Varianten für die Lohnentwicklung und die Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit:

1. Mittlere Variante: Lohnentwicklung gemäß mittelfristiger Finanzplanung der Bundesregierung in Höhe von 3 % und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen Zeitraum von 10 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.
 2. Optimistische Variante: Lohnentwicklung in Höhe von jährlich 4 %, d.h. ein Prozentpunkt höher als bei der mittleren Variante und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen Zeitraum von 5 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.
 3. Pessimistische Variante: Lohnentwicklung in Höhe von jährlich 2 %, d.h. ein Prozentpunkt niedriger als in der mittleren Variante und linearer Rückgang der aktuellen altersspezifischen Pflegeprävalenzsteigerungsrate über einen
-

Zeitraum von 15 Jahren hin zu konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen.

Insgesamt ergeben sich damit neun Modellszenarien, die in Tabelle 3 zusammengefasst dargestellt werden.

Tabelle 3: Modellszenarien im Überblick

Szenario	Leistungsdynamisierung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Lohnentwicklung (jährliche Änderungsrate ab 2029)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absenkung Zuwachsrates ab 2023)
1	1,5 %	3,0 %	10 Jahre
2	1,5 %	4,0 %	5 Jahre
3	1,5 %	2,0 %	15 Jahre
4 (Basis)	Sachleistungen*: 2,5 % Geldleistungen*: 2,0 %	3,0 %	10 Jahre
5	Sachleistungen*: 3,2 % Geldleistungen*: 2,3 %	4,0 %	5 Jahre
6	Sachleistungen*: 1,8 % Geldleistungen*: 1,7 %	2,0 %	15 Jahre
7	0,0 %	3,0 %	10 Jahre
8	0,0 %	4,0 %	5 Jahre
9	0,0 %	2,0 %	15 Jahre

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkungen: * Sachleistungen zu 2/3 Lohnentwicklung und 1/3 Inflation,
Geldleistungen zu 1/3 Lohnentwicklung und 2/3 Inflation

Basisszenario:

Das Szenario 4 wurde als Basisszenario gewählt. Das Basisszenario steht im Rahmen der Ergebnisdarstellung (siehe Abschnitt 5.2) im Mittelpunkt. Es ist gekennzeichnet durch

- ◆ eine Leistungsdynamisierung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate (3,0 %) und zu 1/3 mit der Inflationsrate (1,5 %) bzw. der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate,
- ◆ einem mittleren Lohnwachstum (3,0 %) sowie
- ◆ einer mittleren Länge des Übergangszeitraums mit steigender altersspezifischer Pflegeprävalenz (10 Jahre).

Damit steigen im Basisszenario die Pflegekosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen annahmegemäß mit der gleichen Zuwachsrates wie die Pflegesachleistungen (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate).

5. Zentrale Ergebnisse im Szenarienvergleich

Zunächst werden die zentralen Projektionsergebnisse im Vergleich über alle neun berechneten Szenarien dargestellt. Die Darstellung wird dabei zum einen auf die szenariendefinierenden Merkmale (Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Prävalenzentwicklung) und zum anderen auf die ergebnisrelevanten Merkmale (Anzahl der Pflegebedürftigen, Leistungsausgaben je Leistungsempfänger, bpE je Mitglied, ausgabendeckender Beitragssatz, „effektiver“ EEE je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI) konzentriert. Dargestellt werden die Ergebnisse für die Simulationsvariante, in der der Beitragssatz die zentrale modellendogene Größe darstellt. Ergebnisse für die alternative Simulationsvariante, bei der der Bundeszuschuss die zentrale modellendogene Größe darstellt, lassen sich mit dem Modell erzeugen, werden aber in diesem Bericht nicht dargestellt.

Die zentralen Ergebnisse werden zum einen mit ihrer Veränderung (durchschnittliche jährliche Zuwachsrate) über den Projektionszeitraum (2022 bis 2060) dargestellt (Tabelle 4). Zum anderen werden die zentralen Ergebnisse mit Absolutwerten im Vergleich des Basisjahrs (2022) mit dem Zieljahr (2060) dargestellt (Tabelle 5). In beiden Darstellungen wurde eine Anordnung der Szenarien absteigend nach der Höhe des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Zieljahr 2060 gewählt.

5.1 Jährliche Änderungsraten

In der absteigenden Anordnung nach dem Beitragssatz lassen sich Zusammenhänge zwischen der Höhe des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Zieljahr 2060 und den szenariendefinierenden Merkmalen erkennen. Zum einen zeigt sich, dass es kein Merkmal gibt, das die Anordnung dominant treibt. Vielmehr tragen alle drei szenariendefinierenden Merkmale zur Höhe des Beitragssatzes bei, sodass diese sich letztlich aus dem Zusammenwirken aller drei Merkmale ergibt.

In der Tendenz zeigt sich allerdings, dass die Lohnentwicklung im Zusammenwirken mit der Entwicklung der Pflegeprävalenz die Reihenfolge der Szenarien nach Höhe des Beitragssatzes zu einem wesentlichen Teil bestimmt. So ergibt sich in den Szenarien 3 und 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %) und gleichzeitig starker Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,9 % p. a.) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über die kommenden 15 Jahre der mit Abstand stärkste Beitragssatzanstieg (bis auf 5,5 % bzw. 5,8 % im Jahr 2060) (Tabelle 4). Diese beiden sind die einzigen Szenarien, in denen der Beitragssatz stärker steigt als im Basiszenario 4, welches von einer mittleren Lohnentwicklung (3 %) und gleichzeitig einem mittleren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,4 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über die kommenden 10 Jahre geprägt ist.

Fast spiegelbildlich finden sich die Szenarien 2, 5 und 8 mit jeweils stärkerer Lohnentwicklung (4 %) und gleichzeitig geringem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,0 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz nur über die kommenden 5 Jahre in der unteren Hälfte der Anordnung nach der Höhe des Beitragssatzes. Bei

hoher Lohnentwicklung liegt der Beitragssatz im Jahr 2060 sogar unterhalb (Szenarien 2 und 8) des Satzes im Ausgangsjahr (ca. 3,2 % im Jahr 2022) oder nur geringfügig darüber (Szenario 5). Auf ähnlich niedrigem Niveau kann der Beitragssatz bei mittlerer Lohnentwicklung (3 %) nur gehalten werden, wenn keinerlei Leistungsdynamisierung vorgenommen wird (Szenario 7).

Im Mittelfeld der Anordnung nach Beitragssatzhöhe befinden sich die Szenarien 1, 9 und 5, bei denen entweder eine Kombination aus hoher Lohnentwicklung und hoher Leistungsdynamisierung (Szenario 5) oder eine Kombination aus geringer Lohnentwicklung und geringer Leistungsdynamisierung (Szenario 9) oder eine Kombination aus mittlerer Lohnentwicklung und mittlerer Leistungsdynamisierung (Szenario 1) vorliegt.

Das szenariendefinierende Merkmal der Leistungsdynamisierung hingegen scheint für sich genommen in einem vergleichsweise weniger eindeutigen Zusammenhang zur Höhe des Beitragssatzes im Zieljahr zu stehen. Zwar weisen die Szenarien mit dem geringsten Beitragssatzanstieg (Szenarien 7 und 8) jeweils keine Leistungsdynamisierung auf. Allerdings liegt auch das Szenario 5 mit der höchsten Leistungsdynamisierung in der unteren Hälfte der Szenarienanordnung. Die Szenarien mit den höchsten Beitragssätzen (Szenarien 6 und 3) weisen jeweils eine geringere Leistungsdynamisierung auf.

Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Leistungsdynamisierung das einzige der drei szenariendefinierenden Merkmale darstellt, welches nicht synchron mit den jeweils anderen beiden Merkmalen kombiniert wurde. Die Lohnentwicklung und die Pflegeprävalenz hingegen wurden synchron zueinander kombiniert: Eine geringe Lohnentwicklung ist stets mit einer hohen Pflegeprävalenzentwicklung kombiniert worden (Szenarien 3, 6 und 9), wobei beide Merkmalsausprägungen in Richtung eines hohen Beitragssatzes deuten. Entsprechend wurde eine hohe Lohnentwicklung stets mit einer geringen Pflegeprävalenzentwicklung kombiniert (Szenarien 2, 5 und 8), wobei beide Merkmalsausprägungen in Richtung eines niedrigen Beitragssatzes deuten. In dieser Kombination verstärken sich die beiden Merkmale Lohnentwicklung und Pflegeprävalenzentwicklung bei ihrer Finanzwirkung also. In der Folge kann man ihren Zusammenhang zur Beitragssatzentwicklung aus der Anordnung der Szenarien nach Beitragssatzhöhe deutlicher entnehmen. Auf das Merkmal der Leistungsdynamisierung trifft dies nicht zu. Daraus kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die Leistungsdynamisierung einen geringeren Zusammenhang zur Beitragssatzentwicklung aufweist.

Aus dem Vergleich der Szenarien 1 mit 9 sowie der Szenarien 2 mit 7 lässt sich darüber hinaus ableiten, dass eine Erhöhung der Leistungsdynamisierung um 1,5 Prozentpunkte pro Jahr (0,0 % vs. 1,5 %) in etwa den gleichen Beitragssatzeffekt aufweist wie eine Verringerung der Lohnentwicklung um 1,0 Prozentpunkte pro Jahr und gleichzeitiger Verlängerung des Zeitraums des Prävalenzanstiegs um fünf Jahre. Darauf deutet hin, dass die Szenarien 1 und 9 in etwa den gleichen Beitragssatz im Jahr 2060 aufweisen und die Szenarien 2 und 7 ebenfalls.

Tabelle 4: Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (Veränderung über den Projektionszeitraum)

Szenario	ausgaben- deckender Bei- tragssatz (2060)	Leistungs- dynamisierung (p.a. ab 2029)	Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (Ø p.a. bis 2060)	Lohn- entwicklung (p.a. ab 2029)	bpE je Mitglied (Ø p.a. bis 2060)	„Effektiver“ EEE je vollstationär versorg. Pflegebed. (Ø p.a. bis 2060)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absen- kung Anstieg)	Anzahl Pflegebedürftige (Ø p.a. bis 2060)
6	5,8%	1,7% / 1,8%	1,5%	2,0%	2,1%	2,2%	15 Jahre	1,9%
3	5,5%	1,5%	1,3%	2,0%	2,1%	2,5%	15 Jahre	1,9%
4	4,6%	2,0% / 2,5%	2,1%	3,0%	3,0%	2,7%	10 Jahre	1,4%
1	3,9%	1,5%	1,7%	3,0%	3,0%	3,5%	10 Jahre	1,4%
9	3,8%	0,0%	0,3%	2,0%	2,1%	3,5%	15 Jahre	1,9%
5	3,7%	2,3% / 3,2%	2,8%	4,0%	3,8%	3,3%	5 Jahre	1,0%
2	2,9%	1,5%	2,1%	4,0%	3,8%	4,4%	5 Jahre	1,0%
7	2,8%	0,0%	0,8%	3,0%	3,0%	4,2%	10 Jahre	1,4%
8	2,2%	0,0%	1,3%	4,0%	3,8%	5,0%	5 Jahre	1,0%

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: bpE: beitragspflichtige Einnahmen

„Effektiver“ EEE: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.

Tabelle 5: Zentrale Ergebnisse der Projektion im Szenarienvergleich (Szenarien 1 bis 9) (im Jahr 2022 und im Jahr 2060)

Szenario	ausgaben- deckender Bei- tragssatz (2060)	Leistungs- dynamisierung (p.a. ab 2029)	Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (in 2060)	Lohn- entwicklung (p.a. ab 2029)	bpE je Mitglied (in 2060)	„Effektiver“ EEE je vollstationär versorg. Pflegebed. (in 2060)	Pflegeprävalenz (Zeitraum Absen- kung Anstieg)	Anzahl Pflegebedürftige (in 2060)
2022 (Ist)	3,2%	-	11.839 €	-	28.055 €	7.341 €	-	4,8 Mio.
6	5,8%	1,7% / 1,8%	20.494 €	2,0%	62.517 €	16.498 €	15 Jahre	9,6 Mio.
3	5,5%	1,5%	19.327 €	2,0%	62.517 €	18.584 €	15 Jahre	9,6 Mio.
4	4,6%	2,0% / 2,5%	26.138 €	3,0%	85.438 €	20.329 €	10 Jahre	8,1 Mio.
1	3,9%	1,5%	13.385 €	3,0%	85.438 €	27.278 €	10 Jahre	8,1 Mio.
9	3,8%	0,0%	22.155 €	2,0%	62.517 €	26.923 €	15 Jahre	9,6 Mio.
5	3,7%	2,3% / 3,2%	33.375 €	4,0%	116.410 €	25.016 €	5 Jahre	7,0 Mio.
2	2,9%	1,5%	25.812 €	4,0%	116.410 €	37.915 €	5 Jahre	7,0 Mio.
7	2,8%	0,0%	16.029 €	3,0%	85.438 €	35.618 €	10 Jahre	8,1 Mio.
8	2,2%	0,0%	19.517 €	4,0%	116.410 €	46.255 €	5 Jahre	7,0 Mio.

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: bpE: beitragspflichtige Einnahmen

„Effektiver“ EEE: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.

Im Jahr 2060 (Szenario 4) beträgt der „effektive“ EEE bei einer Aufenthaltsdauer in der vollstationären Pflegeeinrichtung von bis zu 12 Monaten durchschnittlich 32.947 €, bei über 12 bis zu 24 Monaten 27.133 €, bei über 24 bis zu 36 Monaten 19.381 € und bei über 36 Monaten 9.689 €.

Die Euro-Beträge für Leistungsausgaben, bpE und „effektiven“ EEE wurden hier nicht diskontiert, sondern im Wert des Jahres 2060 dargestellt.

5.2 Absolutwerte im Zieljahr

Die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger nehmen in allen neun betrachteten Szenarien bis zum Jahr 2060 im Vergleich zum Basisjahr 2022 zu (Tabelle 5). Im Jahr 2060 nehmen sie einen Betrag in der Bandbreite zwischen 13.385 € (Szenario 9) und 33.375 € (Szenario 5) an. Im Jahr 2022 betragen die Leistungsausgaben 11.839 € je Leistungsempfänger. Dabei wird deutlich, dass sich auch in den Szenarien ohne jegliche Leistungsdynamisierung (Szenarien 7, 8 und 9) eine Erhöhung der Pro-Kopf-Leistungsausgaben ergibt. Die Ursache dafür liegt in Verschiebungen zwischen den Versorgungsformen „ambulant“ und „stationär“, die sich szenarienübergreifend und somit unabhängig von der Leistungsdynamisierung aufgrund der Veränderung der Altersstruktur der Leistungsempfänger über den gesamten Projektionszeitraum modellendogen ergeben. Diese Bewegungen zeigen sich unabhängig von möglichen Personalengpässen, die die Verteilung der Leistungen dauerhaft stärker in Richtung des Pflegegelds im Vergleich zur Pflegesachleistung verschieben könnten.

Die unterschiedliche Stärke des Leistungsausgabenanstiegs in den drei „Null-Szenarien“ wiederum hängt mit dem unterschiedlichen Zeitraum des Anstiegs der Pflegeprävalenz zusammen. In Szenario 9 mit dem geringsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 am stärksten zu (auf 9,6 Mio.), und die Pflegeprävalenz steigt über den längsten Zeitraum (15 Jahre) an. Das hat zur Folge, dass zunächst eine vergleichsweise starke Verschiebung der Leistungsanteile vom stationären hin zum ambulanten Sektor erfolgt, denn die Pflegeprävalenz steigt im Basisjahr im ambulanten wesentlich stärker als im stationären Sektor, und dieser ungleichmäßige Anstieg wird in Szenario 9 am längsten fortgeschrieben (vgl. auch Abschnitt 6.2.3.2).

Nach der Übergangsphase (ca. Ende der 2030er Jahre) kehrt sich diese Entwicklung mit der danach angenommenen konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit um. Nun steigt die Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich stärker als im ambulanten. Diese Verschiebung hin zum vergleichsweise teuren Versorgungsbereich hält bis zum Ende des Projektionszeitraums an und lässt die Pro-Kopf-Leistungsausgaben steigen. Der ausgabensteigernde Effekt dieser Entwicklung überwiegt in der Betrachtung über den gesamten Projektionszeitraum den ausgabensenkenden Effekt der anfänglichen Übergangsphase mit steigenden Prävalenzen. Daher steigen die Pro-Kopf-Leistungsausgaben auch in den Szenarien ohne Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2060 insgesamt betrachtet an.

In den Szenarien 7 und 8 mit jeweils kürzerem Zeitraum des Prävalenzanstiegs steigen die Pro-Kopf-Leistungsausgaben entsprechend stärker als beim längsten Zeitraum. Den kräftigsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger weist Szenario 5 auf, bei dem zum einen die kräftigste Leistungsausgabendynamisierung unterstellt wurde und zum anderen die Pflegeprävalenzen über den kürzesten Zeit-

raum (5 Jahre) steigen, womit die Verschiebung vom vergleichsweise „teuren“ stationären Sektor hin zum „günstigeren“ ambulanten Sektor im Szenarienvergleich die geringste Wirkung entfalten kann.

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied folgt sehr eng der angenommenen Lohnentwicklung. Abweichungen von dieser ergeben sich bezüglich der Rentenentwicklung in den Jahren bis 2037, diese sind allerdings einheitlich über die Szenarien angenommen worden bzw. in einer proportionalen Spreizung zur Lohnentwicklung in den entsprechenden Szenarien umgesetzt worden (vgl. Tabelle 2). Somit ergeben sich in den Szenarien mit gleicher Lohnentwicklung auch bpE je Mitglied mit gleichem Betrag im Jahr 2060. Sie steigen auf 62.517 € je Mitglied bei geringer Lohnentwicklung, auf 85.438 € je Mitglied bei mittlerer Lohnentwicklung und auf 116.410 € je Mitglied bei hoher Lohnentwicklung.

Die Höhe des „effektiven“ einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE; unter Berücksichtigung der Zuschläge gem. § 43c SGB XI in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer) im Jahr 2060 hingegen variiert über alle neun Szenarien. Sie ergibt sich im Wesentlichen aus der angenommenen Leistungsdynamisierung, der unterstellten Pflegeprävalenzsteigerung und der Entwicklung der Pflegekosten. Da letztere annahmegemäß unter anderem an die Lohnentwicklung gekoppelt ist (vgl. Tabelle 2), hängt die Höhe des „effektiven“ EEEs im Jahr 2060 indirekt auch mit der angenommenen Lohnentwicklung zusammen. Die „effektiven“ EEEs im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen liegen im Jahr 2060 in einer Bandbreite von 16.498 € in Szenario 6, das von einer mittleren Leistungsdynamisierung und einer geringen Lohnentwicklung (und somit auch geringen Pflegekostenentwicklung) geprägt ist, bis 46.255 € in Szenario 8, das zum einen keinerlei Leistungsdynamisierung und zum anderen eine hohe Lohnentwicklung (und somit auch hohe Pflegekostenentwicklung) vorsieht (vgl. auch die Ausführungen zu den Kosten der privaten Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Abschnitt 6.4).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 ergibt sich aus der demografischen Entwicklung und der angenommenen Entwicklung der Pflegeprävalenz. Die demografische Entwicklung ist über alle Szenarien einheitlich, somit variiert die Anzahl der Pflegebedürftigen nur mit dem Zeitraum des Anstiegs der Pflegeprävalenz. In den Szenarien mit einem fünfjährigen Anstieg der Pflegeprävalenz (Szenarien 2, 5 und 8) beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 7,0 Mio. Steigt die Pflegeprävalenz hingegen über einen Zeitraum von zehn Jahren (Szenarien 1, 4 und 7), steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 auf 8,1 Mio. Wenn die Pflegeprävalenz in den kommenden 15 Jahren weiter zunimmt, zeigt sich ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen auf 9,6 Mio. bis zum Jahr 2060.

5.3 Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes

Als zentrale Ergebnisgröße wird die Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes für alle Szenarien über den Projektionszeitraum dargestellt. Um die Unterschiede beim Beitragssatzverlauf zwischen den Szenarien nachvollziehen zu können, wird zudem der Pflegevorsorgefonds in den Fokus genommen und dessen Finanzsituation (Einzahlungen, Auszahlungen, Vermögensbestand) im Zeitverlauf dargestellt.

5.3.1 Beitragssatz

Dargestellt wird der rechnerische, durchschnittliche, ausgabendeckende Beitragssatz.²⁰ Mit Betrachtung des ausgabendeckenden Beitragssatzes wurde in jedem Projektionsjahr eine Gesamtausgaben-Gesamteinnahmen-Identität unterstellt. Es findet im Modell keine Mittelbestandsverwendung statt. Der Mittelbestand der SPV in Höhe von 5,6 Mrd. € am Ende des Jahres 2022 (inkl. Darlehen des Bundes i. H. v. 1 Mrd. €) wurde unverändert gelassen und wurde nicht zur Deckung eines zukünftigen Finanzbedarfs herangezogen. Insofern handelt es sich insbesondere mit Blick auf die kurze Frist nicht um die zu erwartende Höhe des tatsächlich zu erhebenden Beitragssatzes. Der tatsächlich zu erhebende Beitragssatz kann der Höhe nach von den hier projizierten Werten abweichen, wenn zum Beispiel Finanzmittel des Bestands verwendet werden, um eine andernfalls erfolgende Beitragssatzanhebung teilweise oder vollständig zu kompensieren.

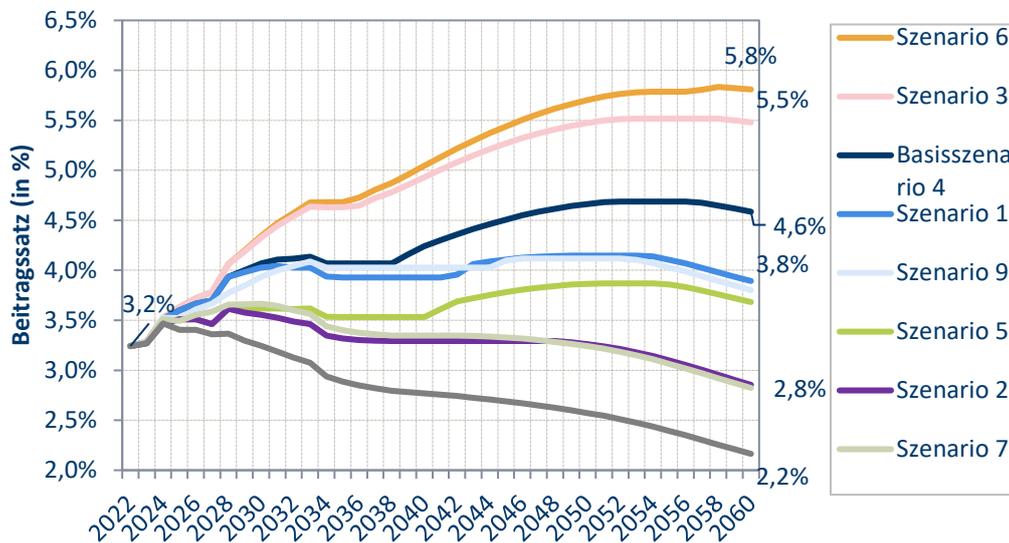
Die Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes weist über alle neun Szenarien hinweg eine Spreizung über den Projektionszeitraum auf (Abbildung 2). In den ersten beiden Jahren unterscheidet sich der ausgabendeckende Beitragssatz kaum zwischen den Szenarien. Er steigt in allen Szenarien deutlich auf etwa 3,5 % an. Ab dem Jahr 2025 beginnt dann die Spreizung über die Szenarien, die vor allem darauf zurückzuführen ist, dass dann der erste Schritt der gesetzlich bereits beschlossenen Leistungsdynamisierung erfolgt, der in den „Null-Szenarien“ (7, 8 und 9) ausgeblendet wird. Gleichzeitig endet in den Szenarien 2, 5 und 8 bereits der Zeitraum der Pflegeprävalenzsteigerung (5 Jahre).

Ab dem Jahr 2029 setzen dann die zwischen den Szenarien systematisch unterschiedlich angenommenen Entwicklungen der Löhne und der Leistungsdynamisierung ein, während die Pflegeprävalenz in einem Teil der Szenarien weiter ansteigt. Die Spreizung im Beitragssatzverlauf nimmt entsprechend weiter zu.

In den Jahren 2032 und 2033 endet zum einen die Pflegeprävalenzsteigerung in den Szenarien 1, 4 und 7, und zum anderen endet auch die Phase der Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds (in allen Szenarien gleich).

²⁰ Damit wird an dieser Stelle von der Staffelung des Beitragssatzes nach der Kinderzahl (§ 55 SGB XI) abstrahiert.

Abbildung 2: Ausgabendeckender Beitragssatz (2022-2060) (Szenarien 1 bis 9) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr; keine Verwendung des Mittelbestands

5.3.2 Pflegevorsorgefonds

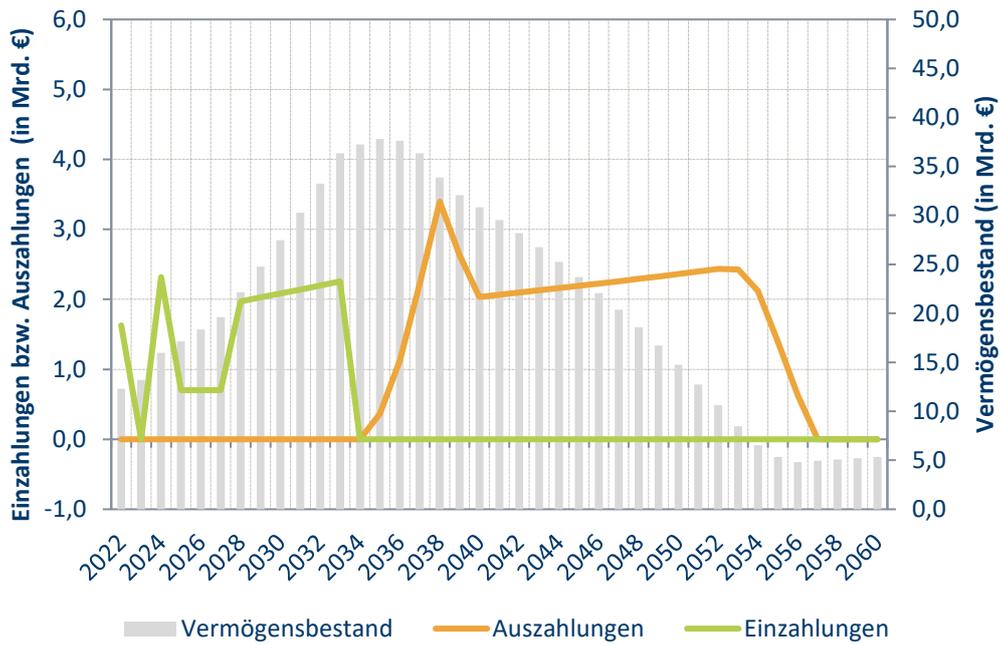
Ab dem Jahr 2035 können dann Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds getätigt werden, sofern sie zur Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen. Auszahlungen können pro Jahr bis zu einem Zwanzigstel des Vermögensbestands zu Beginn der Auszahlungsphase vorgenommen werden und unter bestimmten Bedingungen auch in spätere Jahre aufgeschoben werden (siehe Abschnitt 3.3.5).

Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds werden in den neun Szenarien in unterschiedlichem Umfang getätigt. Sie bewirken, dass der Beitragssatzverlauf ab dem Jahr 2035 in den Szenarien stabilisiert wird. Die Stabilisierung zeigt sich daran, dass der Beitragssatz ab dem Jahr 2035 in den meisten Szenarien über einen Zeitraum mehrerer Jahre konstant verläuft (Abbildung 2). In einigen Szenarien fällt dieser Zeitraum länger aus und reicht mitunter bis in die Mitte der 2040er Jahre hinein (Szenarien 2, 7 und 9), während er in anderen Szenarien bereits wieder nach wenigen Jahren endet (Szenarien 3 und 6), weil die Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds einen Beitragssatzanstieg nur abmildern, aber nicht vollständig verhindern können. In Szenario 8 zeigt sich überhaupt kein konstanter Verlauf des Beitragssatzes. Dort erfolgen keine Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds, da der Beitragssatz ab Anfang der 2030er Jahre rückläufig ist.

Anhand des Basisszenarios 4 wird exemplarisch dargestellt, wie sich die Auszahlungsphase des Pflegevorsorgefonds zeitlich an die Einzahlungsphase anschließt (Abbildung 3). Über die Auszahlungsphase hinweg wird dann das zuvor aufgebaute

Vermögen sukzessive wieder abgebaut, bis es im Jahr 2056 fast vollständig aufgebraucht ist. In den letzten vier Jahren des Projektionszeitraums werden im Basisszenario keine Auszahlungen aus dem Pflegevorsorgefonds mehr getätigt, da der Beitragssatz auch ohne Mittelentnahme leicht rückläufig ist. Darstellungen für die anderen Szenarien befinden sich in Abbildung 40 bis Abbildung 47 in Anhang 1.A1.

Abbildung 3: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Basisszenario 4) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6. Detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien

Nach Darstellung der zentralen Ergebnisse für alle neun Szenarien im vorherigen Kapitel werden in diesem Kapitel detaillierte Ergebnisse für ausgewählte Szenarien dargestellt.

Im Mittelpunkt der Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel steht das Basisszenario. Das Basisszenario 4 ist gekennzeichnet durch

- ◆ eine Leistungsdynamisierung der Sachleistungen zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate (3,0 %) und zu 1/3 mit der Inflationsrate (1,5 %) sowie der Geldleistungen zu 1/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 2/3 mit der Inflationsrate,
- ◆ ein mittleres Lohnwachstum (3,0 %) sowie
- ◆ eine mittlere Länge des Übergangszeitraums mit steigender altersspezifischer Pflegeprävalenz (10 Jahre) bzw. einer mittleren Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,4 % p. a.).

Damit steigen im Basisszenario die Pflegekosten annahmegemäß mit der gleichen Zuwachsrate wie die Pflegesachleistungen (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate).

Für das Basisszenario werden im Folgenden detaillierte Ergebnisse zu allen relevanten Größen der Modellierung dargestellt. Darüber hinaus werden Ergebnisse für weitere Szenarien punktuell angeführt, wenn ein Vergleich der Interpretation der Ergebnisse dienlich ist. Dafür werden das optimistische und das pessimistische Szenario mit gleicher Dynamisierungssystematik der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wie das Basisszenario (Szenarien 5 und 6) herangezogen. Des Weiteren werden ebenfalls punktuell Ergebnisse für die anderen beiden Szenarien mit mittlerer Lohnentwicklung, also das Szenario 1 mit mittlerer Leistungsdynamisierung (1,5 % p. a.) und das Szenario 7 mit keinerlei Leistungsdynamisierung, dargestellt. Dabei hat das Szenario 7 in erster Linie eine analytische Funktion und wird bei der Bemessung der Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung (Abschnitt 6.3) als Referenzszenario („Nullszenario“) verwendet.

Die Ergebnisdarstellung ist wie folgt gegliedert: Zunächst werden die Bestimmungsfaktoren der Einnahmenseite der SPV dargestellt (Abschnitt 6.1) und dann die Bestimmungsfaktoren der Ausgabenseite (Abschnitt 6.2). Anschließend werden die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung quantifiziert (Abschnitt 6.3). Zuletzt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse für die Ausgabenbelastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.4), der Ergebnisse für die Hilfe zur Pflege (Abschnitt 6.5) sowie die Ausgaben im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege (Abschnitt 6.6).

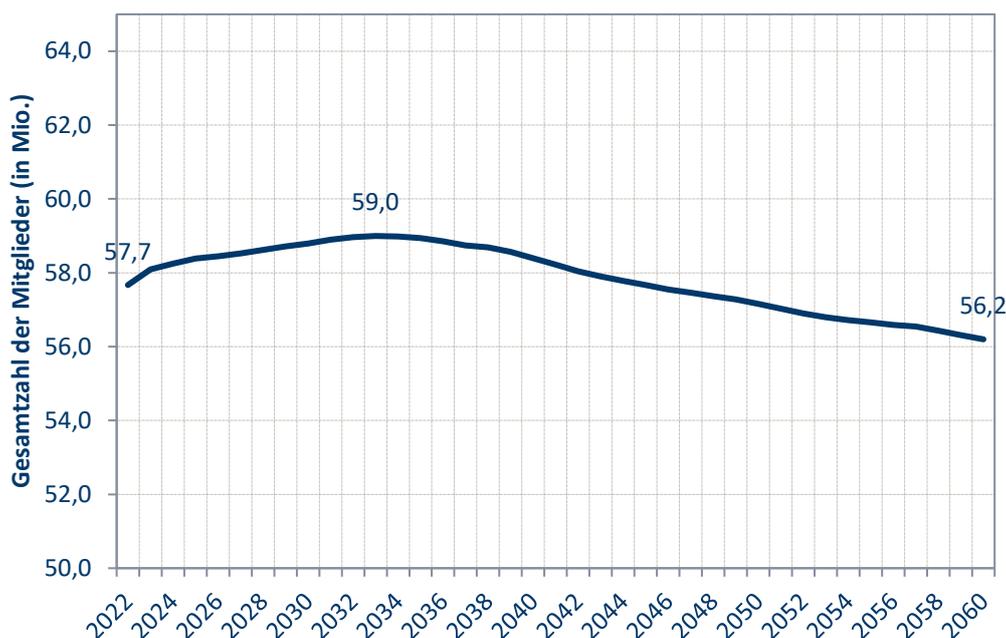
6.1 Einnahmen

Die Darstellung der Ergebnisse der Einnahmenseite wird gegliedert nach den Komponenten der Einnahmen: Mitgliederzahl, beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Beitragseinnahmen, sonstige Einnahmen und Gesamteinnahmen.

6.1.1 Mitgliederzahl

Die Anzahl der Mitglieder der SPV und ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum sind in allen Szenarien identisch. Die Mitgliederzahl steigt zunächst von 57,7 Mio. im Basisjahr 2022 auf 59,0 Mio. im Jahr 2033 an (Abbildung 4). Anschließend geht die Mitgliederzahl bis auf 56,2 Mio. im Jahr 2060 zurück. Über den gesamten Projektionszeitraum (2023 bis 2060) ergibt sich ein durchschnittlicher Rückgang der Mitgliederzahl in Höhe von 0,7 % pro Jahr.

Abbildung 4: Anzahl der Mitglieder insgesamt (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mio.)

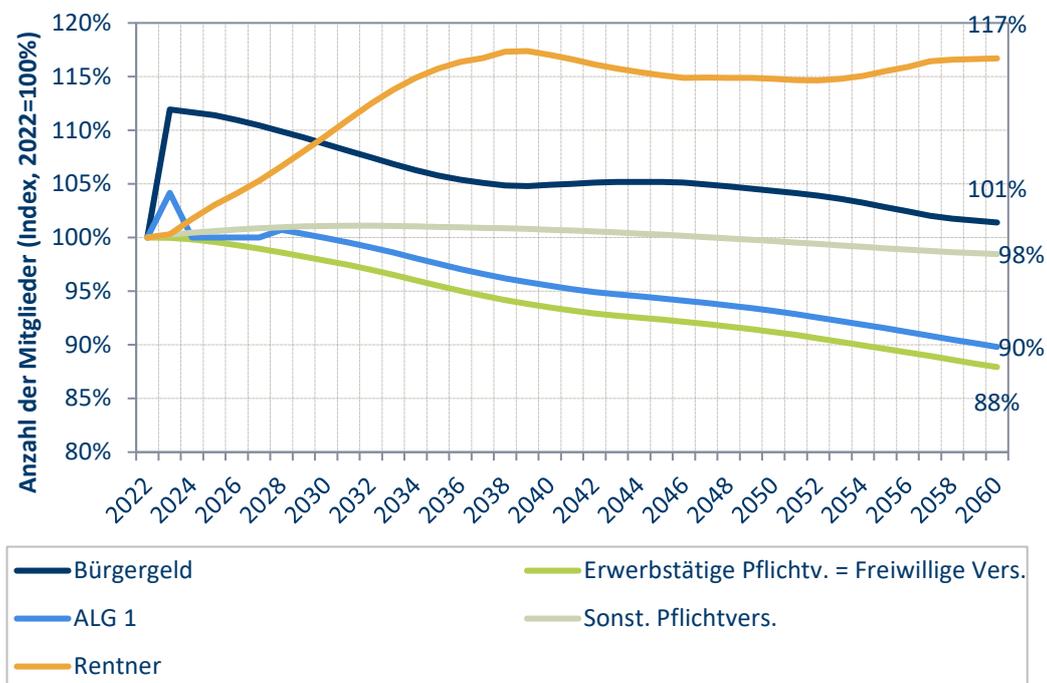


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Diese Entwicklung ist auf die demografische Veränderung über den Projektionszeitraum und die korrespondierenden Verschiebungen in der Altersstruktur der Population der SPV-Mitglieder zurückzuführen. Das wird deutlich bei Betrachtung der unterschiedlichen Entwicklungspfade der Mitgliederstruktur nach den sechs betrachteten Mitgliedergruppen (Abbildung 5). Wesentlich ist dabei die zunehmende Entwicklung der Anzahl der als Rentner in der SPV versicherten Mitglieder, insbesondere im Zusammenhang mit dem Renteneintritt der Baby-Boomer bis

zum Ende der 2030er Jahre, und demgegenüber die abnehmende Entwicklung der Anzahl der erwerbstätigen Pflichtversicherten sowie der Anzahl der freiwillig Versicherten (gleicher Verlauf). Während die Anzahl der Rentner bereits bis zum Jahr 2039 um etwa 17 % zunimmt, anschließend wieder leicht zurückgeht und bis zum Jahr 2060 wieder in etwa das Niveau von Ende der 2030er Jahre erreicht, geht die Anzahl der erwerbstätigen Mitglieder relativ stetig bis zum Jahr 2060 um insgesamt etwa 12 % zurück. Die Anzahl der Bürgergeldbeziehenden in der SPV steigt zunächst im Jahr 2023 im Zuge des ausklingenden Effekts des Übergangs der Ukraine-Geflüchteten zum 01.06.2022 in den (damals noch) ALG-II-Bezug, mittlerweile Bürgergeldbezug, zunächst sprunghaft an, um dann wieder zurückzugehen und zuletzt im Jahr 2060 in etwa das Ausgangsniveau des Basisjahrs 2022 zu erreichen.

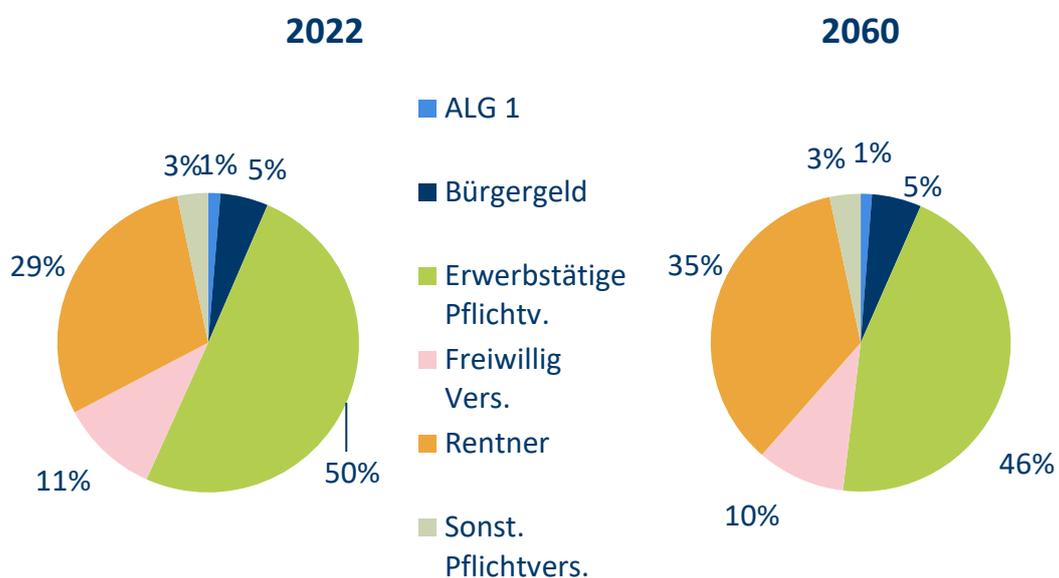
Abbildung 5: Anzahl der Mitglieder nach Gruppen (2022-2060) (alle Szenarien) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Diese demografisch bedingten Verschiebungen innerhalb der Mitgliederstruktur der SPV über den Projektionszeitraum lassen sich auch erkennen, wenn man die Struktur der SPV-Mitglieder im Jahr 2022 mit der entsprechenden Struktur im Jahr 2060 vergleicht (Abbildung 6). Während die erwerbstätigen Pflichtversicherten (vor allem Arbeitnehmer) im Jahr 2022 noch einen Anteil von 50 % an den Mitgliedern der SPV aufwiesen, wird ihr Anteil bis zum Jahr 2060 auf 46 % zurückgehen. Im Gegenzug wird der Anteil der Rentner von 29 % im Jahr 2022 auf 35 % im Jahr 2060 zunehmen. Die weiteren Mitgliedergruppen hingegen werden in etwa einen gleichbleibenden Anteil aufweisen.

Abbildung 6: Struktur der Mitgliederzahl nach Gruppen (2022 und 2060) (alle Szenarien) (in %)

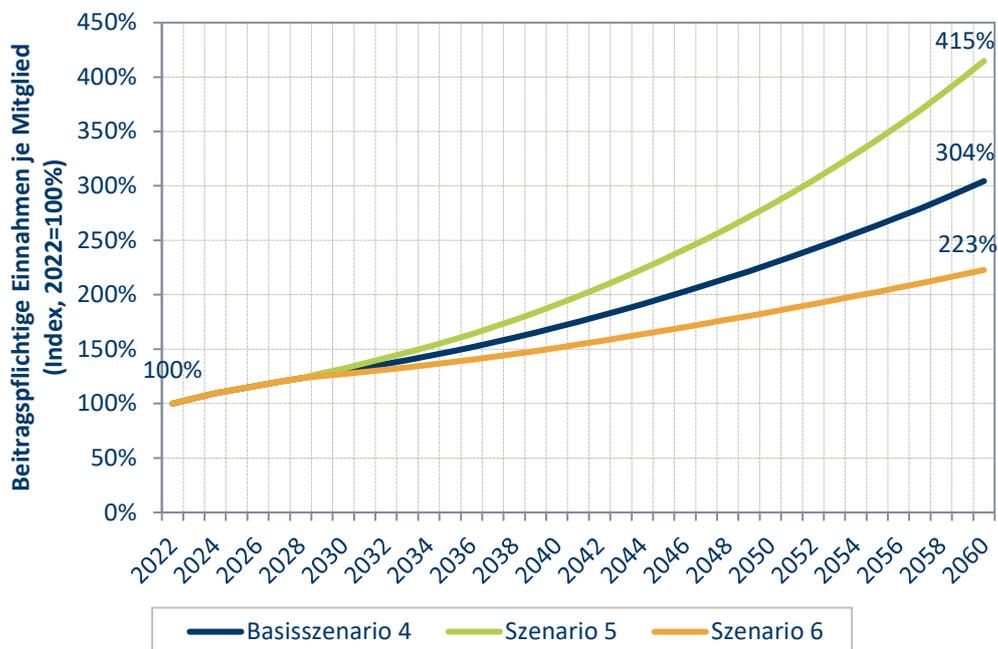


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.2 Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) je Mitglied folgt im Wesentlichen der angenommenen Lohnentwicklung. Eine entsprechende Spreizung der Verläufe zeigt sich mit Beginn der 2030er Jahre zwischen dem Basisszenario 4 mit mittlerer Lohnentwicklung (3 %), dem Szenario 5 mit hoher Lohnentwicklung (4 %) und dem Szenario 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %) (Abbildung 7). In den hier nicht abgebildeten Szenarien 1 und 7 wurde ebenfalls eine mittlere Lohnentwicklung unterstellt, weshalb die bpE je Mitglied über den gesamten Projektionszeitraum einen identischen Verlauf zum Basisszenario aufweisen.

Abbildung 7: Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

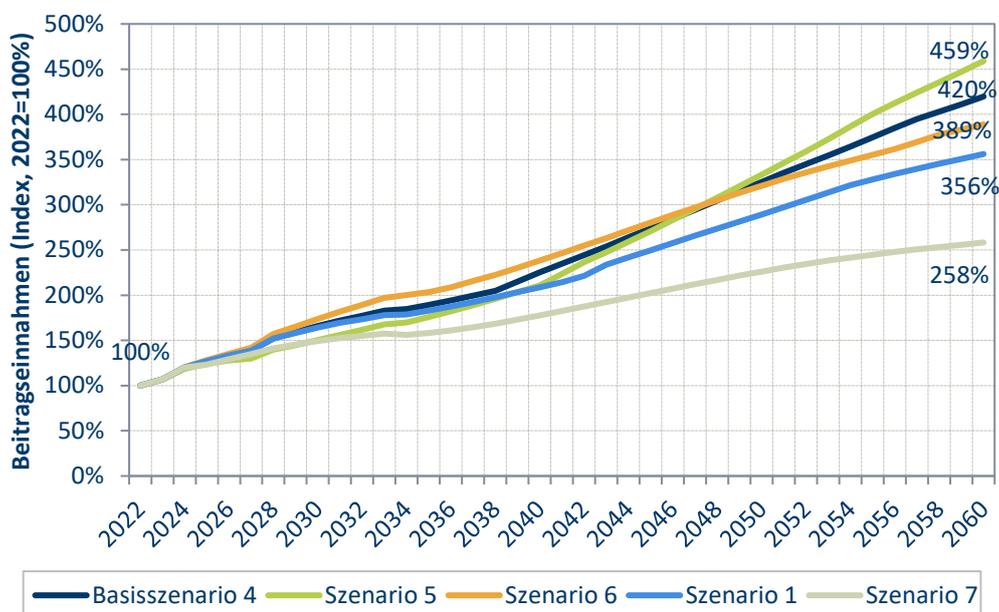
In den Jahren bis 2028 unterscheidet sich der Verlauf der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht zwischen den Szenarien, da die angenommene Lohn- und Rentenentwicklung in der kurzen und mittleren Frist einheitlich über alle Szenarien zugrunde gelegt wurde. In den Jahren bis 2037 entwickeln sich die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht genau mit der Lohnentwicklung, da in diesen Jahren die Rentenentwicklung abweichend von der Lohnentwicklung (gem. den Annahmen des Rentenversicherungsberichts, vgl. Abschnitt 3.3.3.2) modelliert wurde.

6.1.3 Beitragseinnahmen

Die Entwicklung der Beitragseinnahmen über den Projektionszeitraum wird sowohl durch die Entwicklung der Mitgliederzahl der SPV als auch durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bestimmt. Da sich die Mitgliederzahl in allen Szenarien annahmegemäß gleich entwickelt, werden die Unterschiede bei der Entwicklung der Beitragseinnahmen zwischen den Szenarien wesentlich durch die unterschiedliche Entwicklung der bpE je Mitglied und das in den Szenarien unterschiedliche Niveau des ausgabendeckenden Beitragssatzes bestimmt.

In den Jahren bis etwa Mitte der 2040er Jahre weist das Szenario mit dem höchsten ausgabendeckenden Beitragssatz (Szenario 6) den höchsten Anstieg der Beitragseinnahmen auf (Abbildung 8). Anschließend fällt der Effekt der hohen Lohnentwicklung in Szenario 5 stärker ins Gewicht und die Beitragseinnahmen nehmen in Szenario 5 bis zum Jahr 2060 am kräftigsten zu. In Szenario 7 steigen die Beitragseinnahmen von den hier betrachteten Szenarien am geringsten. Dieses Szenario ist von einer mittleren Lohnentwicklung und einer unterdurchschnittlichen Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes, mit einem insgesamt leicht rückläufigen Beitragssatz (als Folge der ausbleibenden Leistungsdynamisierung), geprägt.

Abbildung 8: Beitragseinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



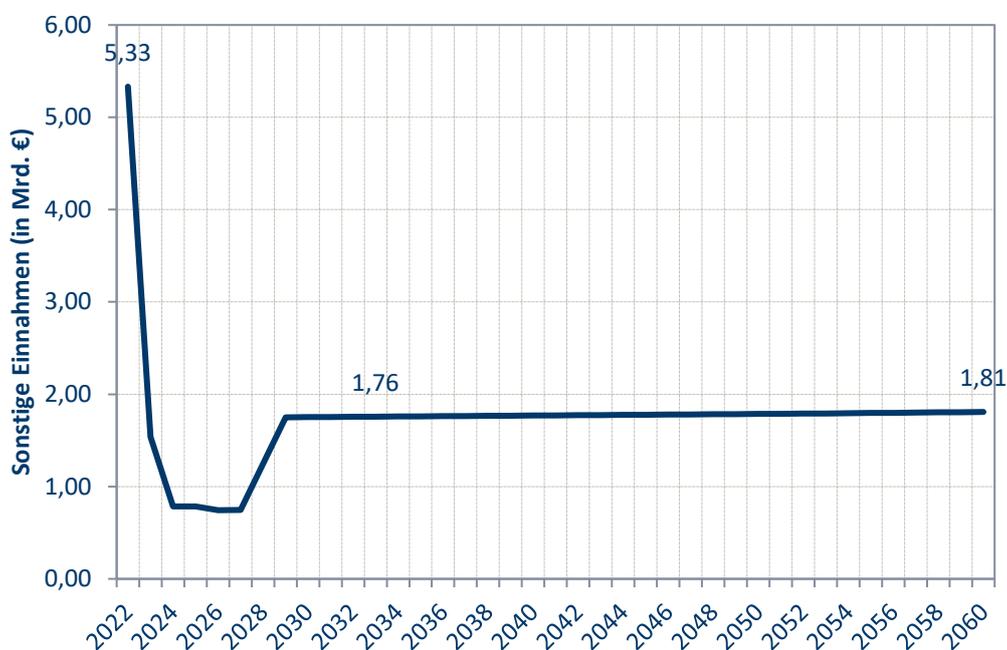
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.4 Sonstige Einnahmen

Die über die Beitragseinnahmen hinaus sonstigen Einnahmen der SPV setzen sich im Wesentlichen aus dem Bundeszuschuss sowie den Zahlungen der GKV und der PPV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege zusammen. Im Basisjahr 2022 erhielt die SPV einen Bundeszuschuss in Höhe von 3,7 Mrd. €. Die Zahlungen der GKV und der PPV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege beliefen sich im Jahr 2022 auf zusammen knapp 700 Mio. €.

Bereits im ersten Projektionsjahr (2023) sind die sonstigen Einnahmen in der Projektion insgesamt stark rückläufig, was darauf zurückzuführen ist, dass der Bundeszuschuss auf 1 Mrd. € reduziert wurde und zudem das Darlehen des Bundes aus dem Vorjahr zu einer Hälfte (500 Mio. €) zu tilgen ist (Abbildung 9). In den Jahren 2024 bis 2027 wird der Bundeszuschuss vollständig ausgesetzt, und es bleiben nur die Einnahmen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Im Jahr 2028 wird der Bundeszuschuss mit einer 1 Mrd. € erneut aufgenommen, während zeitgleich die zweite Hälfte des Bundesdarlehens aus 2022 getilgt wird. Ab dem Jahr 2029 erhält die SPV jährlich einen Bundeszuschuss in Höhe von einer 1 Mrd. €, zusätzlich zu den Einnahmen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege. Die sonstigen Einnahmen nehmen bis zum Ende des Projektionszeitraums nur noch um die Verzinsung dieser Einnahmen zu.

Abbildung 9: Sonstige Einnahmen (2022-2060) (alle Szenarien) (in Mrd. €)

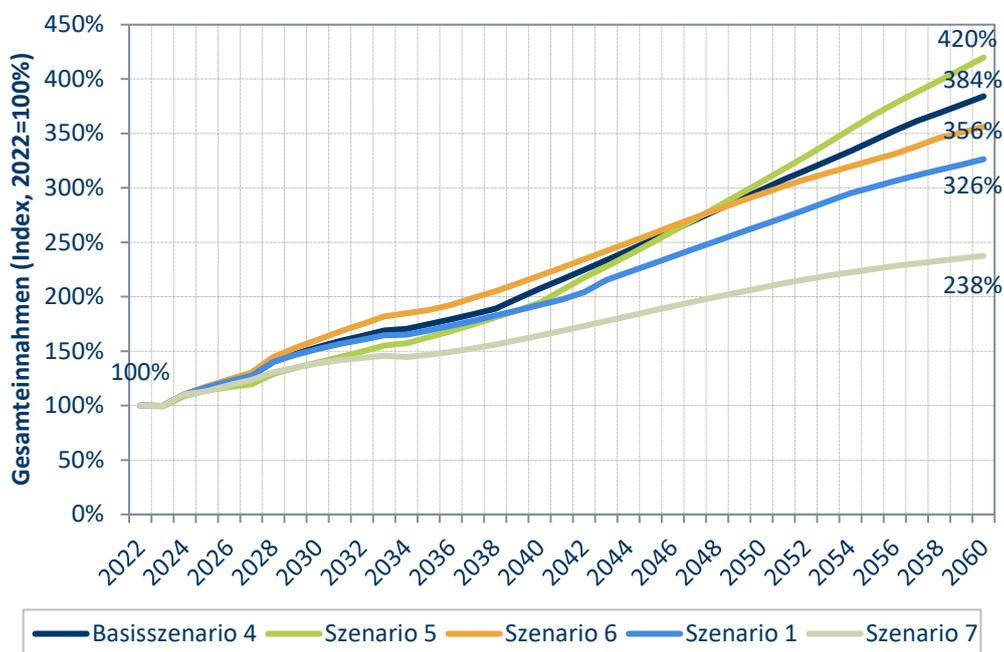


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.1.5 Gesamteinnahmen

Die Entwicklung der Gesamteinnahmen der SPV verläuft über den Projektionszeitraum sehr ähnlich zur Entwicklung der Beitragseinnahmen. Die Hierarchie zwischen den Szenarien ist bei der Entwicklung der Gesamteinnahmen (Abbildung 10) identisch zur entsprechenden Hierarchie bei der Entwicklung der Beitragseinnahmen (Abbildung 8). Das ist darauf zurückzuführen, dass die Entwicklung der sonstigen Einnahmen (der Differenz aus Gesamteinnahmen und Beitragseinnahmen) in allen Szenarien annahmegemäß gleich verläuft.

Abbildung 10: Gesamteinnahmen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die Gesamteinnahmen nehmen über den gesamten Projektionszeitraum insgesamt etwas schwächer zu als die Beitragseinnahmen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die sonstigen Einnahmen im Vergleich zu den Beitragseinnahmen unterdurchschnittlich zunehmen. Der Bundeszuschuss wird ab dem Jahr 2028 annahmegemäß konstant gehalten, während die Beitragseinnahmen in etwa mit der Lohnentwicklung steigen.

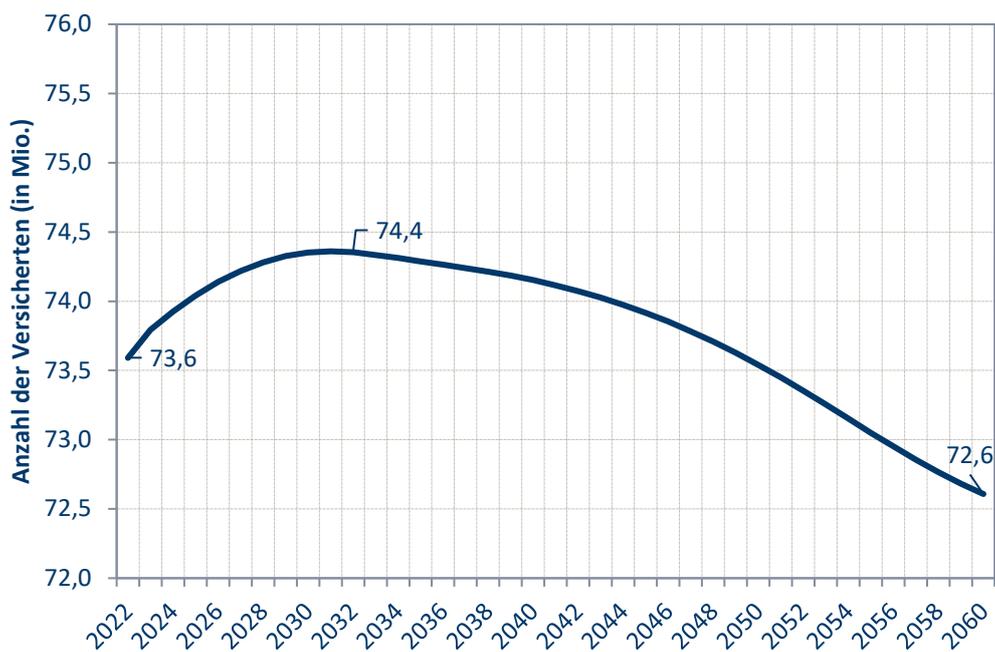
6.2 Ausgaben

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Ausgaben der SPV stellen die Anzahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.2.3) – bzw. damit zusammenhängend die Pflegeprävalenz (Abschnitt 6.2.2) und die Versichertenzahl (Abschnitt 6.2.1) – sowie die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (Abschnitt 6.2.4) die maßgeblichen Bestimmungsfaktoren dar.

6.2.1 Versichertenzahl

Die Anzahl der Versicherten der SPV und ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum sind in allen Szenarien identisch. Die Versichertenzahl steigt zunächst von 73,6 Mio. im Basisjahr 2022 auf 74,4 Mio. im Jahr 2031 an (Abbildung 11). Anschließend geht die Versichertenzahl bis auf 72,6 Mio. im Jahr 2060 zurück. Über den gesamten Projektionszeitraum (2023 bis 2060) ergibt sich ein durchschnittlicher Rückgang der Versichertenzahl in Höhe von 0,04 % pro Jahr.

Abbildung 11: Anzahl der Versicherten (2022-2060) (in Mio.)



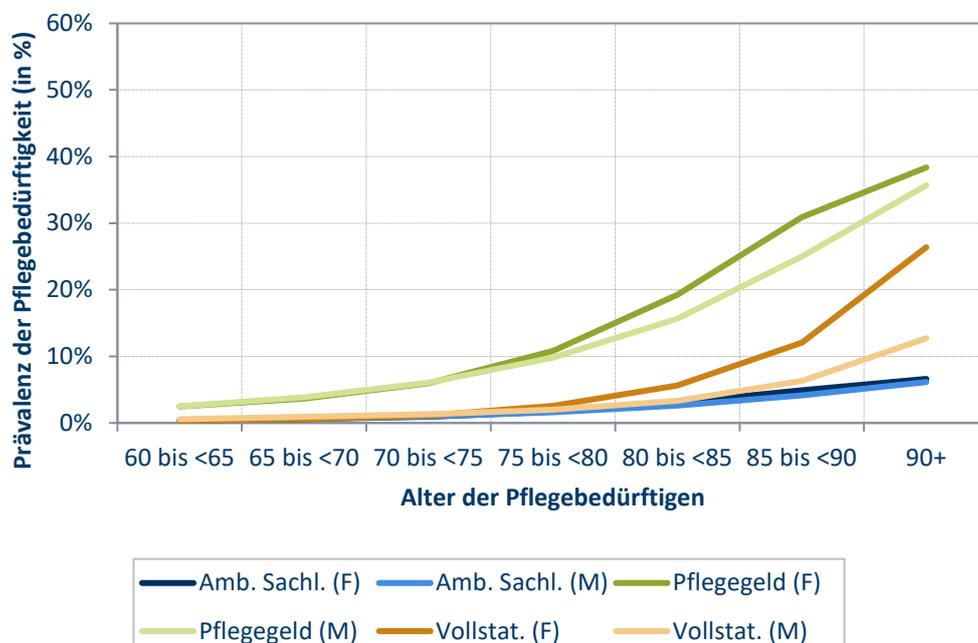
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.2 Pflegeprävalenz

Die Entwicklung der Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum wird wesentlich durch die im Modell abgebildeten Annahmen geprägt, dass 1) die altersspezifische Pflegeprävalenz ab dem Basisjahr für einen bestimmten, über die Szenarien variierenden Zeitraum weiter zunimmt und 2) die altersspezifische Pflegeprävalenz im Anschluss an diesen Zeitraum in allen Szenarien auf dem dann (je nach Szenario) erreichten Niveau bis zum Ende des Projektionszeitraums im Jahr 2060 konstant gehalten wurde. Entsprechend ergeben sich unterschiedliche Niveaus der Pflegeprävalenz im Basisjahr und im Zieljahr sowie zwischen den Szenarien, die sich wiederum auch nach dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten sowie der in Anspruch genommenen Pflegeleistung unterscheiden.

Im Basisjahr 2022 zeigt sich zum einen erwartungsgemäß eine mit dem Alter der Versicherten zunehmende Prävalenz der Pflegebedürftigkeit. Die größte Prävalenz weisen die 90-jährigen oder älteren Frauen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld auf, knapp 40 % der weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe erhielten im Jahr 2022 Pflegegeldleistungen. Der Zusammenhang mit dem Alter ansteigender Pflegeprävalenz gilt sowohl für beide Geschlechter als auch die ambulanten Sachleistungen, das Pflegegeld und die vollstationäre Versorgung (Abbildung 12).

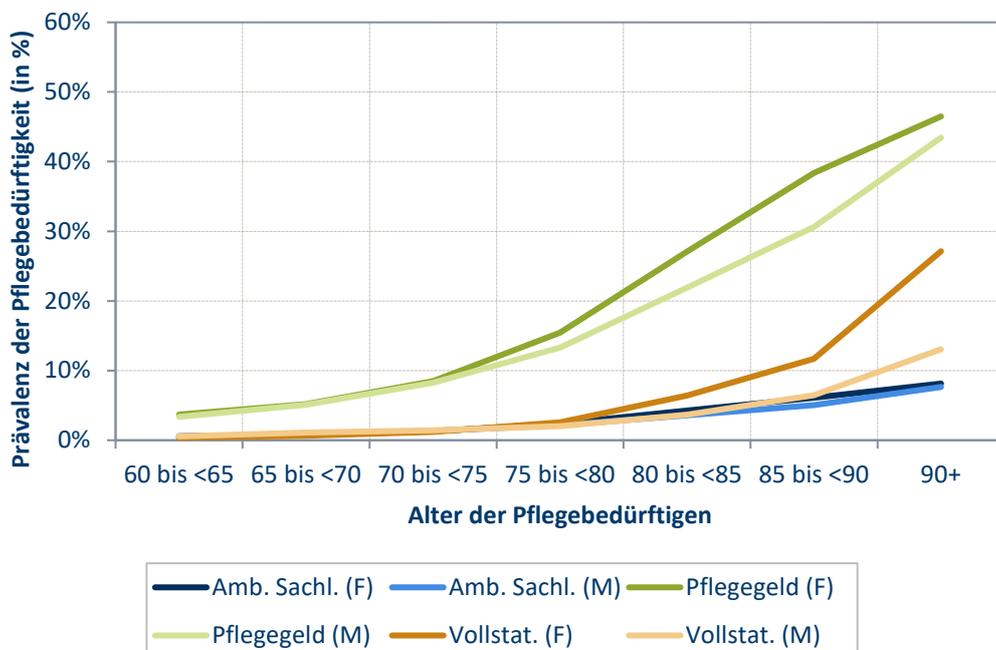
Abbildung 12: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Im Zieljahr der Projektion ergibt sich ein ähnliches Bild der mit dem Alter der Versicherten zunehmenden Pflegeprävalenz. Auch im Jahr 2060 weisen die 90-jährigen oder älteren Frauen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld die größte Prävalenz auf (Abbildung 13). Allerdings ist die generelle Pflegeprävalenz bis dahin annahmegemäß weiter angestiegen. Entsprechend liegt die Pflegeprävalenz in Bezug auf alle Leistungen und die Altersgruppen nun etwas höher. In der Basisvariante, in der die Prävalenz über einen Zeitraum von zehn Jahren weiter angestiegen ist, weisen die weiblichen Versicherten in der Altersgruppe „90 Jahre oder älter“ im Jahr 2060 eine Pflegeprävalenz in Höhe von rund 47 % in Bezug auf Pflegegeldleistungen auf, und damit fällt diese Pflegeprävalenz höher aus als im Basisjahr 2060 (38 %, vgl. Abbildung 12).

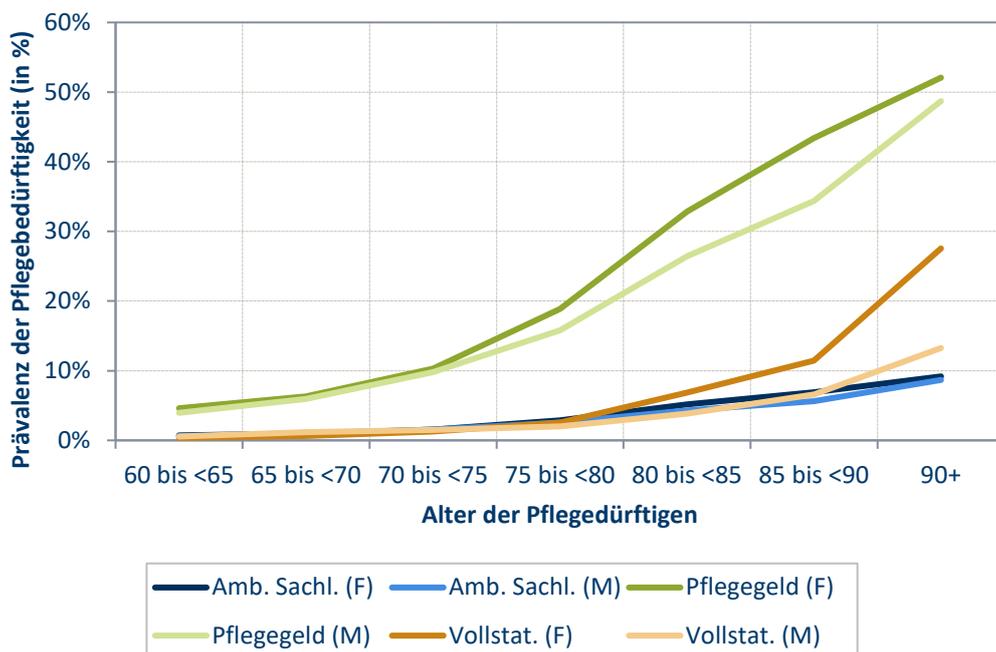
Abbildung 13: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Noch etwas stärker steigt die Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum in Szenario 6, wo annahmegemäß ein anhaltender Prävalenzanstieg für die ersten 15 Projektionsjahre umgesetzt wurde (ggü. 10 Jahren im Basisszenario). In Szenario 6 landet die Pflegeprävalenz in Bezug auf Pflegegeldleistungen für die 90-jährigen oder älteren weiblichen Versicherten im Jahr 2060 bei 52 % (ggü. 47 % im Basisszenario und 38 % im Jahr 2022) (Abbildung 14).

Abbildung 14: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in %)



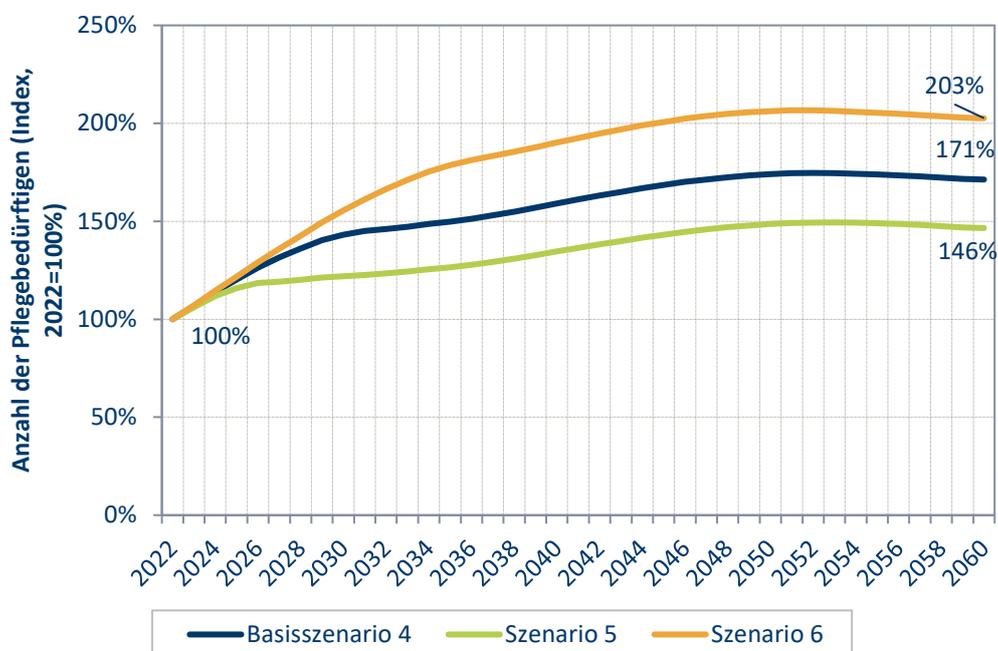
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.3 Anzahl der Pflegebedürftigen

Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen über den Projektionszeitraum ergibt sich zum einen aus der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Verschiebungen bei der Altersstruktur der Bevölkerung (u. a. Eintritt der Baby-Boomer in die hohen Alter mit häufiger altersbedingter Pflegebedürftigkeit). Die demografische Entwicklung verläuft annahmegemäß über alle Szenarien einheitlich. Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen ergibt sich zum anderen aber auch aus der Entwicklung der Pflegeprävalenz. Diese nimmt über den Projektionszeitraum, je nach Szenario über einen unterschiedlich langen Zeitraum, weiter zu (vgl. die Ergebnisse in Abschnitt 6.2.2).

Im Basisszenario mit einem mittleren Zeitraum des altersspezifischen Prävalenzanstiegs (10 Jahre) ergibt sich bis zum Jahr 2060 ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen in Höhe von insgesamt 71 % (Abbildung 15). Im Jahr 2060 beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen somit 8,1 Mio. (ggü. 4,8 Mio. im Jahr 2022). Am Verlauf der Pflegeprävalenz über den Projektionszeitraum wird deutlich, dass der Zeitraum einer zunehmenden altersspezifischen Prävalenz im Basisszenario auf die ersten 10 Jahre begrenzt wurde. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fällt ab Anfang der 2030er Jahre entsprechend deutlich geringer aus; er ergibt sich ab dann nur noch aus demografischen Effekten in Bezug auf die Altersstruktur der Versicherten.

Abbildung 15: Anzahl der Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



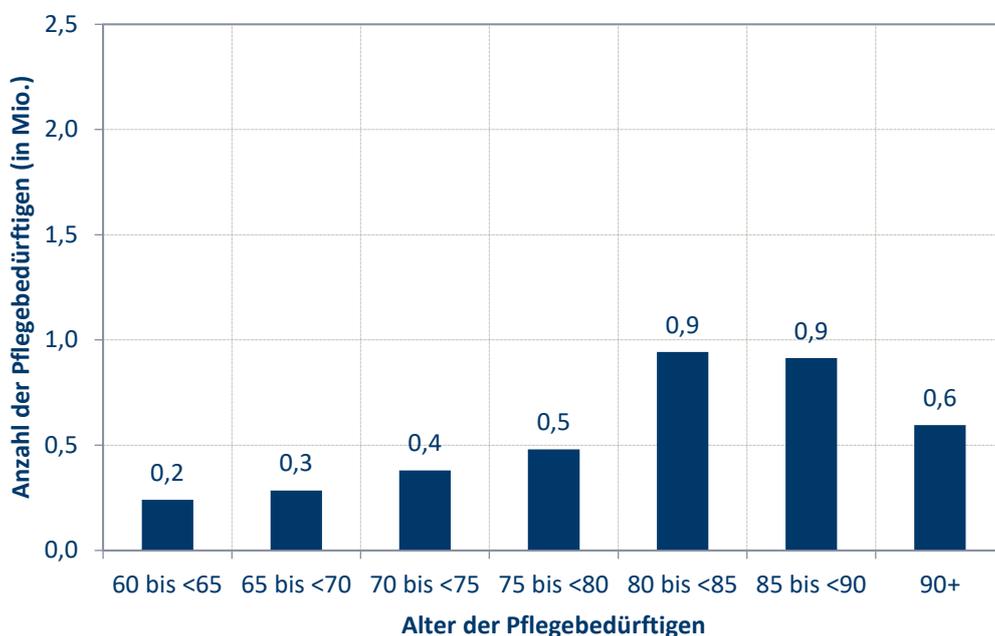
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Da in Szenario 6 die Pflegeprävalenz über einen längeren Zeitraum zunimmt (15 Jahre), flacht die Kurve der Anzahl der Pflegebedürftigen entsprechend erst Mitte der 2030er Jahre ab. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt also über einen längeren Zeitraum zu und verdoppelt sich bis zum Jahr 2060 gegenüber dem Basisjahr in etwa. In Szenario 5 wird entsprechend die geringste Anzahl der Pflegebedürftigen erreicht, weil die altersspezifische Pflegeprävalenz nur über 5 Jahre ansteigt. In den Szenarien 1 und 7 zeigt sich aufgrund der gleichen Annahmen zum Prävalenzanstieg eine zum Basisszenario identische Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen.

6.2.3.1 Nach Altersgruppen

In der Differenzierung nach Altersgruppen der pflegerelevanten Alter zeigt sich, wie sich die Besetzung der Altersgruppen über den Projektionszeitraum, entsprechend den Annahmen in den Szenarien, verschiebt. Im Basisjahr 2022 waren die Altersgruppen der 80-bis-unter-85-Jährigen sowie der 85-bis-unter-90-Jährigen mit der höchsten Anzahl der Pflegebedürftigen besetzt (jeweils 0,9 Mio.) (Abbildung 16).

Abbildung 16: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2022) (in Mio.)

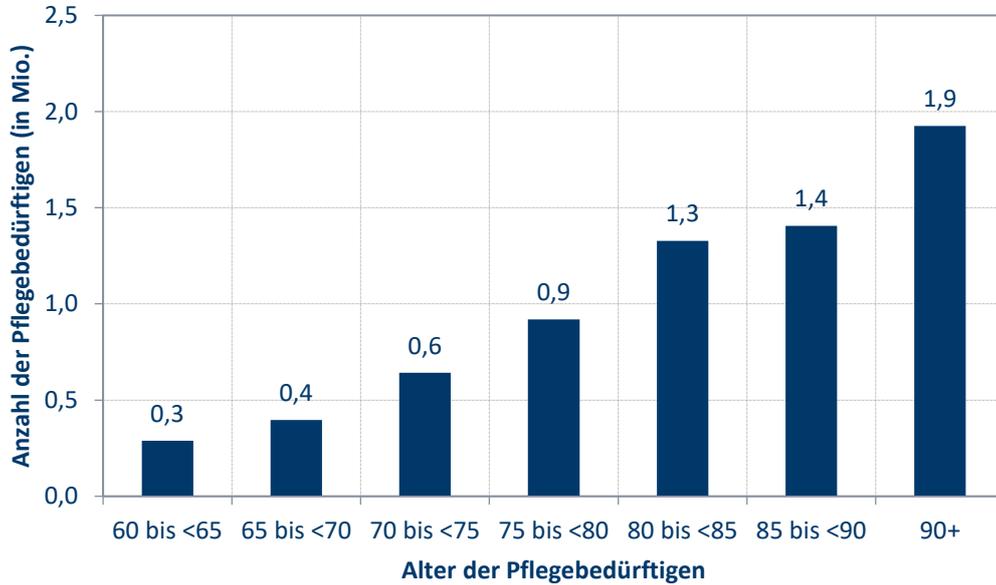


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Bis zum Jahr 2060 wird sich die Besetzung der Altersgruppen der Pflegebedürftigen im Zuge der demografisch bedingten Alterung der Bevölkerung in Richtung der höheren Alter verschieben. Gemäß den Annahmen der Bevölkerungsvorberechnung wurde von einer zunehmenden Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren um 3,9 Jahre und bei Frauen um 3,5 Jahre bis zum Jahr 2060 ausgegangen. Im Basisszenario wird die Altersgruppe der 90-Jährigen oder Älteren am Ende des Projektionszeitraums die höchste Besetzung mit 1,9 Mio. Pflegebedürftigen aufweisen (Abbildung 17).

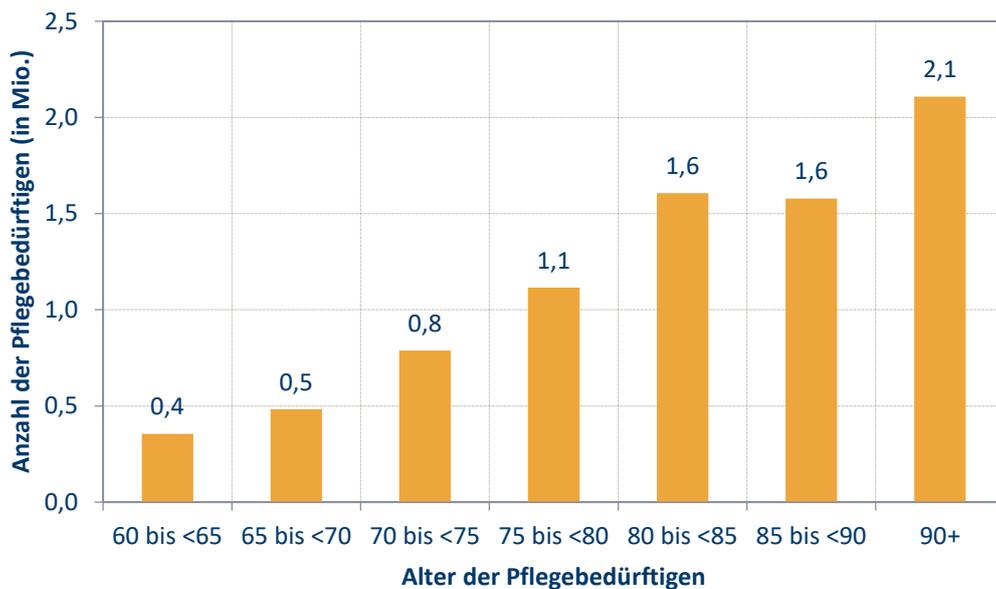
Ein ähnliches Bild zeigt sich in Szenario 6. Auch hier wird die Altersgruppe „90 Jahre oder älter“ die höchste Besetzung mit Pflegebedürftigen aufweisen. Aufgrund des über einen längeren Zeitraum (15 Jahre) angenommenen Anstiegs der Pflegeprävalenz wird die Anzahl der Pflegebedürftigen etwas höher ausfallen als im Basisszenario (Abbildung 18).

Abbildung 17: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Basisszenario 4) (in Mio.)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Abbildung 18: Anzahl der Pflegebedürftigen (nach Altersgruppen ab 60 Jahren) (2060) (Szenario 6) (in Mio.)

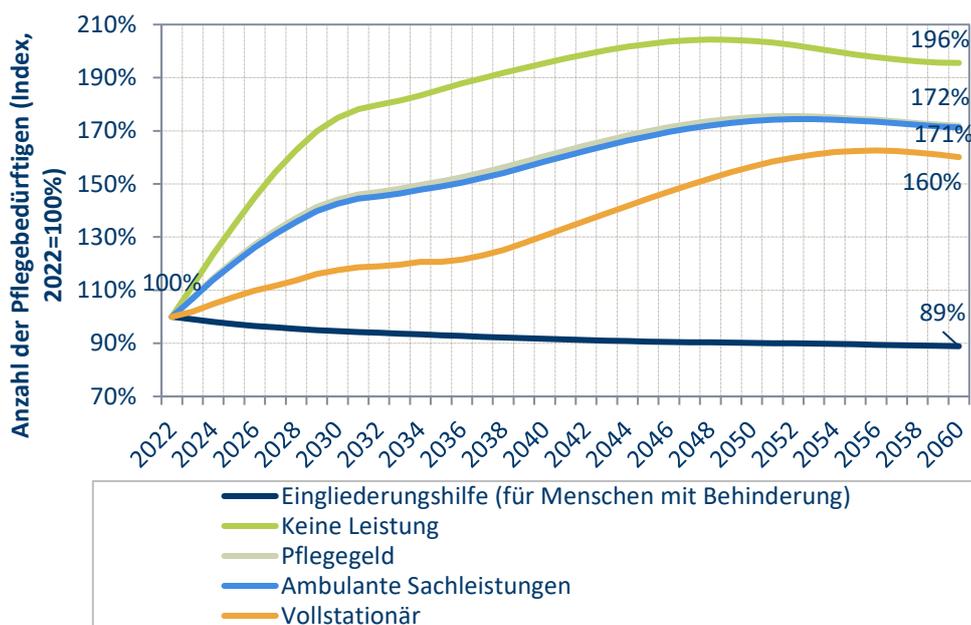


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

6.2.3.2 Nach Hauptleistungsarten

In der differenzierten Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach den in Anspruch genommenen Hauptleistungsarten zeigen sich ebenfalls Unterschiede über den Projektionszeitraum. Im Basisszenario wurden die zuletzt beobachteten Trends in der Entwicklung der alters- und leistungsartenspezifischen Pflegeprävalenz über einen Zeitraum von zehn Jahren fortgeschrieben. Dementsprechend weisen die ambulanten Sachleistungen und das Pflegegeld (mit annähernd identischen Verläufen) insbesondere über den Zeitraum bis in die frühen 2030er Jahre einen vergleichsweise stark ansteigenden Verlauf auf (Abbildung 19). Die Prävalenz der vollstationären Pflegeversorgung hingegen wies zuletzt keinen stark ansteigenden Trend auf. Entsprechend der Fortschreibung dieses Trends zeigt sich in den ersten zehn Jahren ein vergleichsweise schwächerer Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit vollstationärer Versorgung.

Abbildung 19: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Hauptleistungsart (2022-2060) (Basisszenario 4) (Index, 2022=100%)



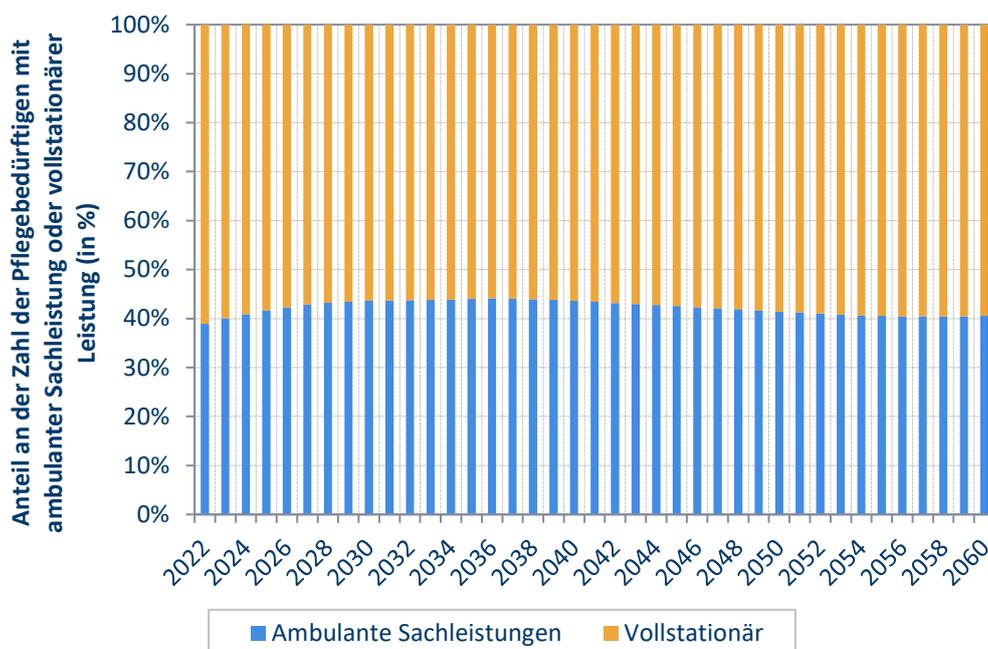
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Nachdem der Zeitraum ansteigender Pflegeprävalenzen beendet ist, zeigt sich sowohl im ambulanten als auch im vollstationären Bereich über einige wenige Jahre eine nur geringfügige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Bereits Mitte der 2030er Jahre (ambulant) bzw. Ende der 2030er Jahre (vollstationär) nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen dann allerdings wieder zu. Dabei fällt der Anstieg im vollstationären Sektor modellendogen kräftiger aus als im ambulanten Sektor. Diese weitere Entwicklung ist dann demografisch bedingt und hängt in erster Linie damit zusammen, dass die große Zahl der dann zunehmend pflegebedürftigen

Baby-Boomer in höherem Alter vom ambulanten Sektor in den vollstationären Sektor übergeht. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt im vollstationären Bereich bis Mitte der 2050er Jahre an und verläuft anschließend bis zum Jahr 2060 zunächst weitestgehend gleichbleibend bzw. am Ende sogar wieder leicht rückläufig. Im ambulanten Bereich hält der ansteigende Trend nur bis zum Ende der 2040er Jahre an und verläuft ab dann ebenfalls in etwa gleichbleibend mit leichter Tendenz zur Abnahme.

Beschränkt man die Betrachtung auf die Teilgruppe der Pflegebedürftigen mit entweder einer ambulanten Sachleistung oder einer vollstationären Versorgung und blendet somit insbesondere die Bezieher von Pflegegeldleistungen aus, lassen sich modellendogen Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem vollstationären Bereich erkennen (Abbildung 20). Im Basisszenario bewirkt der vergleichsweise starke Anstieg der Pflegeprävalenz bei den ambulanten Leistungen in den ersten zehn Jahren eine Zunahme des ambulanten Anteils von 39 % im Jahr 2022 bis 44 % Mitte der 2030er Jahre, während der vollstationäre Anteil entsprechend von 61 % auf 56 % abnimmt. Diese Verteilung bleibt zunächst für einige Jahre in etwa konstant. Anfang bis Mitte der 2040er Jahre zeigt sich dann der gegenüber dem ambulanten Sektor stärkere Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im vollstationären Sektor, und der ambulante Anteil geht bis zum Jahr 2060 wieder leicht auf 41 % zurück.

Abbildung 20: Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)

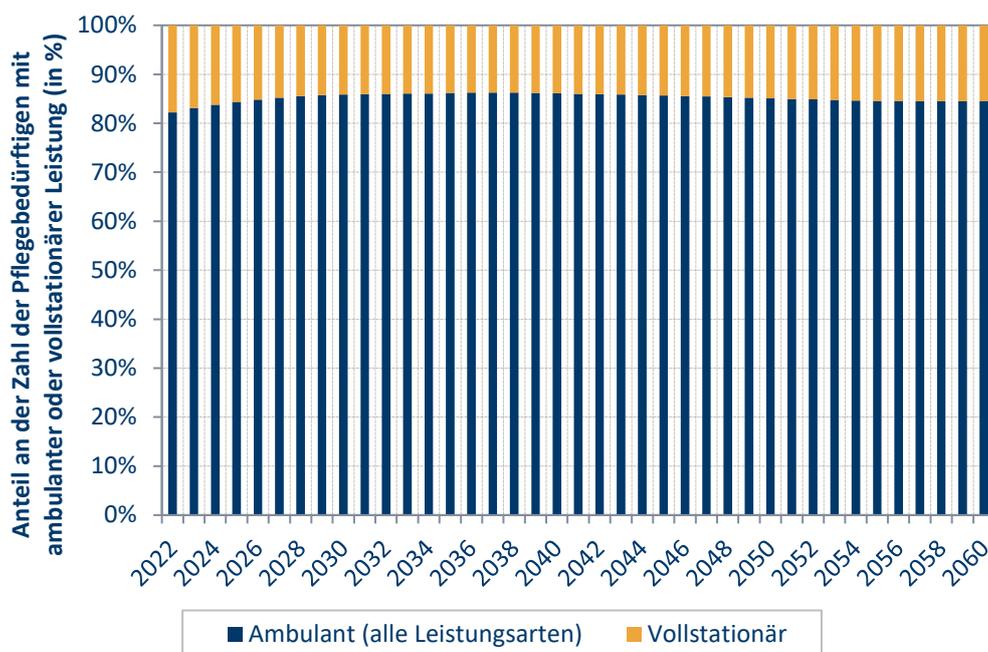


Quelle:

IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn beim Vergleich des Anteils der ambulanten und der vollstationären Leistungen alle ambulanten Leistungsarten einbezogen werden (nicht nur Sachleistungen). Insbesondere aufgrund des Einbezugs des Pflegegelds fällt der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei dieser Betrachtung deutlich größer aus. Er steigt von 82,2 % im Basisjahr mit dem unterstellten Prävalenzanstieg zunächst bis auf 86,3 % im Jahr 2036 (Abbildung 21). Anschließend geht er wieder bis auf 84,6 % im Jahr 2060 zurück, bleibt damit aber noch oberhalb des Ausgangsniveaus im Jahr 2022. Entsprechend zeigt sich der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zunächst rückläufig von 17,8 % im Basisjahr auf 13,7 % im Jahr 2036. Er steigt danach im Zuge des Einstiegs der Baby-Boomer in die altersbedingte Pflegebedürftigkeit wieder auf 15,4 % bis zum Jahr 2060 an.

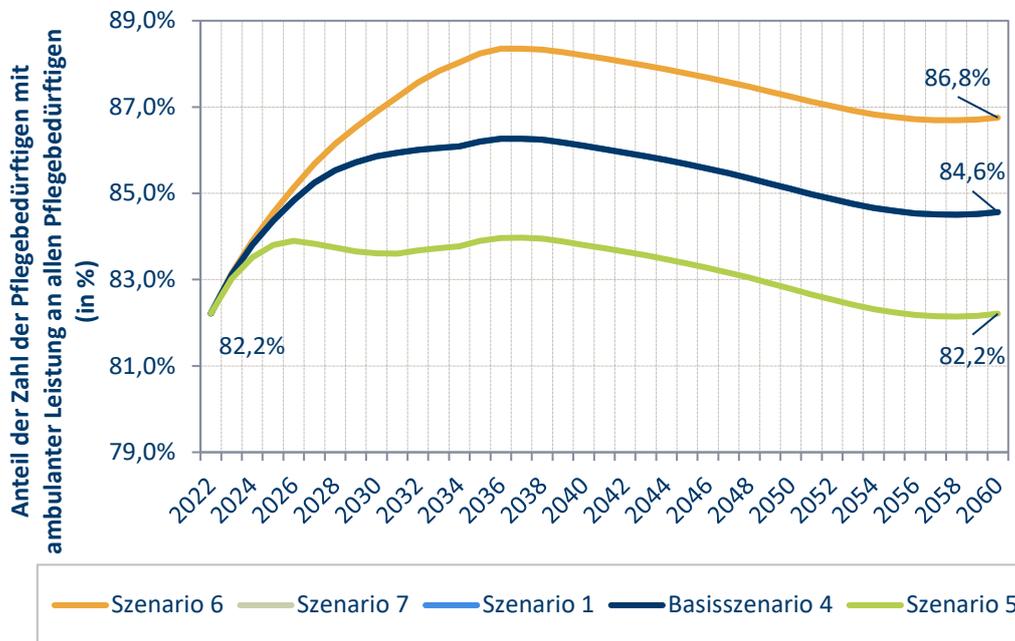
Abbildung 21: Anteil „ambulant“ und „vollstationär“ an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Leistung (alle Leistungsarten) oder vollstationärer Versorgung (2022-2060) (Basisszenario 4) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen variiert zudem über die Szenarien in Abhängigkeit von der Länge des Zeitraums, über den ein anhaltender Anstieg der (sektorenspezifischen) Pflegeprävalenz unterstellt wurde. Am geringsten steigt der Anteil der ambulanten Pflegebedürftigen, wenn die Pflegeprävalenz nur über fünf Jahre zunimmt (Szenario 5) (Abbildung 22). In diesem Fall steigt der Anteil „ambulant“ von 82,2 % im Basisjahr nur auf 83,9 % im Jahr 2026. Anschließend geht er nach einem kurzen Wiederanstieg Mitte der 2030er Jahre bis zum Jahr 2060 wieder auf das Ausgangsniveau zurück.

Abbildung 22: Anteil „ambulant“ (alle Leistungsarten) an der Anzahl aller Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 3, 4, 5 und 7) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils „ambulant“ identisch zum Basisszenario 4.

Am kräftigsten hingegen steigt der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Pflegeprävalenz noch über die kommenden 15 Jahre ansteigen wird (Szenario 6). In diesem Fall wird ein ungleich stärkerer Prävalenzanstieg im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich über den längsten Zeitraum fortgeschrieben, und entsprechend nimmt der Anteil „ambulant“ bis auf 88,4 % im Jahr 2036 zu. Anschließend allerdings verläuft der Anteil „ambulant“ über alle Szenarien gleichmäßig rückläufig, da dann die szenarienspezifischen Prävalenzanstiege in allen Szenarien vorüber sind und die Entwicklung der Leistungsverteilung zwischen den Sektoren nur noch von der Demografie abhängt. Der Anteil „ambulant“ geht in Szenario 6 bis auf 86,8 % im Jahr 2060 zurück und bleibt damit deutlich oberhalb des Ausgangsniveaus im Basisjahr (82,2 %).

Im Basisszenario ergibt sich ein Anstieg des Anteils „ambulant“, der sich zwischen dem geringsten und dem kräftigsten Anstieg bewegt, da in diesem Szenario die Pflegeprävalenz über einen mittleren Zeitraum von zehn Jahren zunimmt. In den Szenarien 1 und 7 verläuft der Anteil „ambulant“ identisch zum Basisszenario, da in diesen drei Szenarien von einem Prävalenzanstieg über den gleichen Zeitraum ausgegangen wird (zehn Jahre).

6.2.4 Leistungsausgaben

Die Entwicklung der Leistungsausgaben wird zunächst in der Pro-Kopf-Betrachtung „je Leistungsempfänger“ und anschließend in der absoluten, summierten Betrachtung dargestellt.

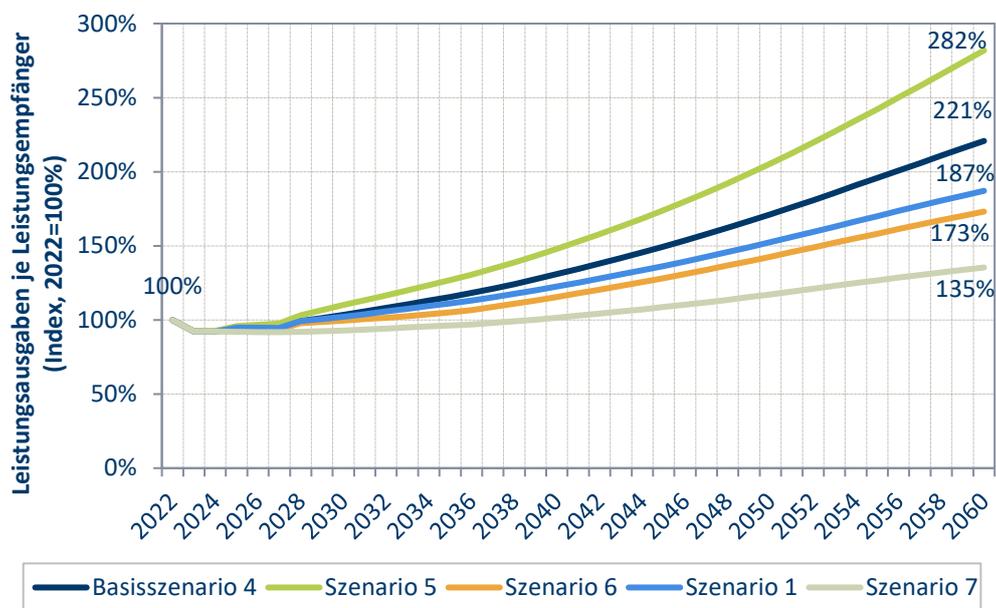
Die Entwicklung der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger über den Projektionszeitraum ist wesentlich geprägt zum einen von den unterschiedlichen Annahmen zur Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in den Szenarien und zum anderen von den demografisch bedingten Verschiebungen zwischen den Sektoren (vor allem ambulant und vollstationär). Beide Effekte wirken simultan und überlagern sich entsprechend in der Ergebnisdarstellung. Der erste Effekt der Dynamisierungsrate wirkt direkt auf die Pro-Kopf-Leistungsausgaben. Der zweite Effekt hingegen erzielt eine indirekte Wirkung. Durch demografisch bedingte Veränderungen in der Zusammensetzung der Gruppe der Pflegebedürftigen ändert sich modellendogen die Struktur der Leistungsanspruchnahme.

Eine Veränderung der Struktur der Leistungsanspruchnahme ist ausgabenrelevant, da die Versorgung mit vollstationären Leistungen im Durchschnitt je Leistungsempfänger mit erheblich höheren Ausgaben verbunden ist als die Versorgung mit ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeld. Zudem ist die Verteilung der Leistungsanspruchnahme nach den Sektoren in hohem Maße von dem Alter der Pflegebedürftigen abhängig: In niedrigem Pflegealter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit ambulanten Leistungen wesentlich größer als der Anteil mit vollstationären Leistungen, während in hohem Pflegealter das Gegenteil gilt. Entsprechend wird sich mit der Alterung einer großen Gruppe von Pflegebedürftigen (Baby-Boomer) zunächst ein größerer Teil in der ambulanten Versorgung befinden und in späteren Jahren in die vollstationäre Versorgung übergehen. Diese Bewegung wird dann mit einer Zunahme der Pro-Kopf-Ausgaben verbunden sein, und zwar unabhängig von der unterstellten Dynamisierung der Leistungen.

Entsprechende Effekte zeigen sich beim Vergleich der Szenarien. Im Wesentlichen ist die Entwicklung der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger über den Projektionszeitraum von den Annahmen zur Leistungsdynamisierung geprägt. Der stärkste Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger zeigt sich in Szenario 5, welches die größte Dynamisierung (2,3 % bzw. 3,2 %) und den kürzesten Zeitraum der Prävalenzsteigerung (5 Jahre) vorsieht (Abbildung 23). Da der Zeitraum der Prävalenzsteigerung hier relativ kurz bemessen ist, kommt es nicht zu größeren Verschiebungen bei der Anzahl der Pflegebedürftigen vom vollstationären zum ambulanten Sektor. Solche Verschiebungen ergeben sich als Folge der Fortschreibung des ansteigenden Prävalenztrends im ambulanten Bereich und hingegen kaum zunehmenden Prävalenztrends im vollstationären Sektor. Diese Verschiebungen tragen dazu bei, dass die Pro-Kopf-Leistungsausgaben der SPV im Durchschnitt über alle Leistungsarten allein aufgrund dieser Verschiebung von vollstationär zu ambulant zunehmen. Wenn diese Verschiebungen auf einen Zeitraum von nur fünf Jahren begrenzt werden, bleibt ihr Kostensenkungseffekt beschränkt, und

das Szenario 5 weist den kräftigsten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger bis zum Jahr 2060 auf.

Abbildung 23: Leistungsausgaben je Leistungsempfänger (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

Es folgt mit deutlichem Abstand das Basisszenario 4 mit dem zweitgrößten Anstieg der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger. Im Basisszenario tragen zwei szenariendefinierende Merkmale dazu bei, dass die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger in geringerem Maße steigen als in Szenario 5. Zum einen werden die Leistungen geringer dynamisiert (2,0 % bzw. 2,5 %), und zum anderen steigt die Pflegeprävalenz über einen längeren Zeitraum (10 Jahre anstatt 5 Jahre). Somit wird über einen längeren Zeitraum eine stärkere Zunahme der Pflegeprävalenz im ambulanten im Vergleich zum vollstationären Sektor vollzogen, was für sich genommen im Durchschnitt die Pro-Kopf-Leistungsausgaben sinken lässt.

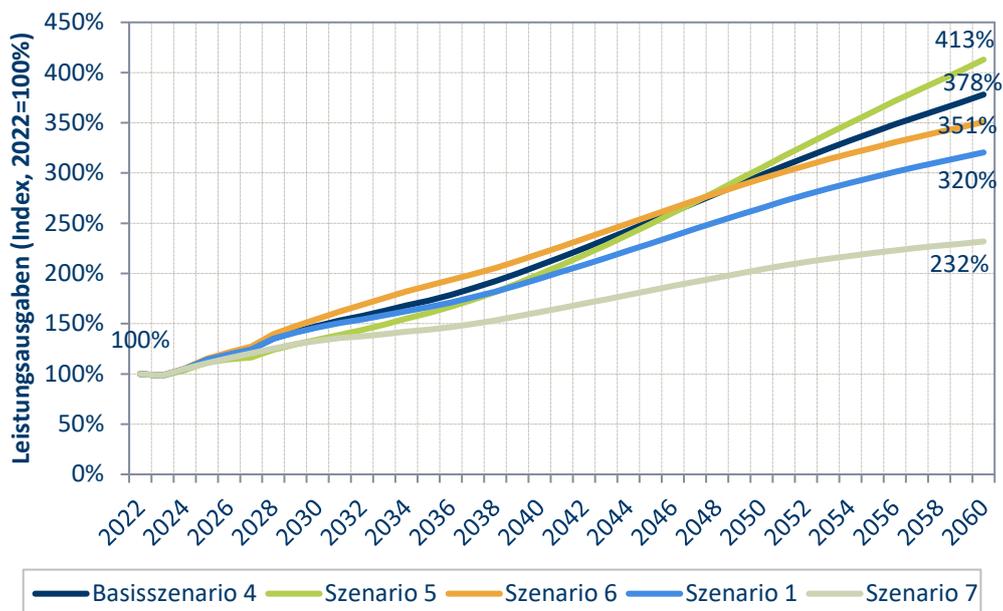
In den Szenarien 1 und 6 verlaufen die Leistungsausgaben je Leistungsempfänger sehr ähnlich. Allerdings bleibt der Ausgabenanstieg in Szenario 6 über den gesamten Zeitraum unterhalb des Ausgabenanstiegs in Szenario 1, obwohl die Leistungsdynamisierung in Szenario 6 (1,7 % bzw. 1,8 %) etwas stärker ausfällt als in Szenario 1 (1,5 %). Der Grund dafür ist, dass in Szenario 6 die Pflegeprävalenz am längsten steigt (15 Jahre), und somit wiederum über einen größeren Prävalenzanstieg im ambulanten im Vergleich zum vollstationären Sektor insgesamt ein günstigerer Ausgabenverlauf resultiert. Der Effekt der Ausgabendämpfung über die Prävalenzsteigerung überkompensiert in diesem Szenarienvergleich die stärkere Leistungsdynamisierung.

In Szenario 7 ergibt sich die geringste Zunahme der Leistungsausgaben je Leistungsempfänger. Die Pflegeprävalenz nimmt über einen mittleren Zeitraum zu (10 Jahre), und eine Leistungsdynamisierung bleibt vollständig aus. Die ausbleibende Leistungsdynamisierung ist an dieser Stelle der dominante Effekt, der den geringeren Ausgabenanstieg bewirkt.

Bei Betrachtung der Leistungsausgaben als absoluter Betrag in der aggregierten Summe kommt über die Wirkung der Leistungsdynamisierung und der Verschiebung zwischen den Sektoren auf die Pro-Kopf-Ausgaben hinaus noch ein Mengeneffekt über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen hinzu. Die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt in Szenario 6 am stärksten, da dort die Pflegeprävalenz über 15 Jahre zunimmt. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt in mittlerem Umfang in den Szenarien 4, 1 und 7, während sie in Szenario 5 am geringsten zunimmt.

Als Folge des Mengeneffekts nähern sich die Szenarien bei der Entwicklung der summierten Leistungsausgaben im Vergleich zur Pro-Kopf-Betrachtung weiter an (Abbildung 24). Das Szenario 7 mit der geringsten Entwicklung nähert sich dem Szenario 5 mit der höchsten Entwicklung an. Zudem bewegen sich die Szenarien 1, 4 und 6 nach oben in Richtung höherer Leistungsausgaben. Insbesondere das Szenario 6 mit der höchsten Prävalenzsteigerung überholt das Szenario 1 mit mittlerer Prävalenzsteigerung und setzt sich in den Jahren 2030 bis 2045 sogar an die Spitze mit der stärksten Zunahme der Leistungsausgaben.

Abbildung 24: Leistungsausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)

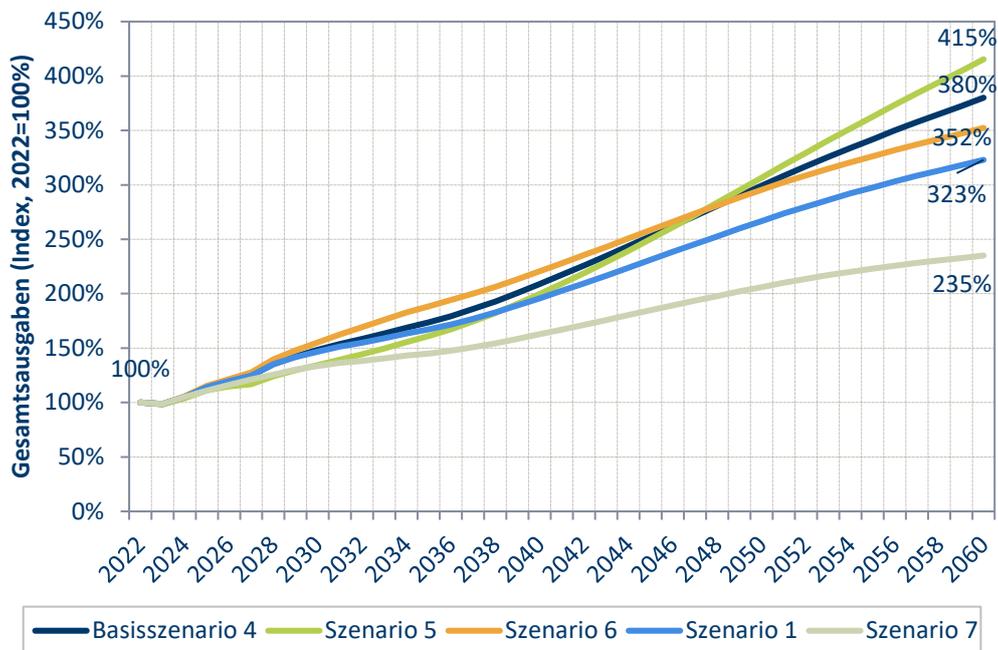


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

6.2.5 Gesamtausgaben

Die Entwicklung der Gesamtausgaben der SPV über den Projektionszeitraum verläuft fast identisch zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Die Gesamtausgaben umfassen über die Leistungsausgaben hinaus in erster Linie die Verwaltungsausgaben. Die Verwaltungsausgaben wurden in jedem Prognosejahr auf 3 % des Mittelwertes aus Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben festgelegt (vgl. Abschnitt 3.3.4.3). Ihre Entwicklung trägt dazu bei, dass die Gesamtausgaben bis zum Jahr 2060 geringfügig stärker zunehmen als die Leistungsausgaben (Abbildung 25). Merkbliche Abweichungen bei den Verläufen über die Szenarien zur Entwicklung der Leistungsausgaben lassen sich nicht feststellen.

Abbildung 25: Gesamtausgaben (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Anmerkungen: Identität von Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben in jedem Jahr

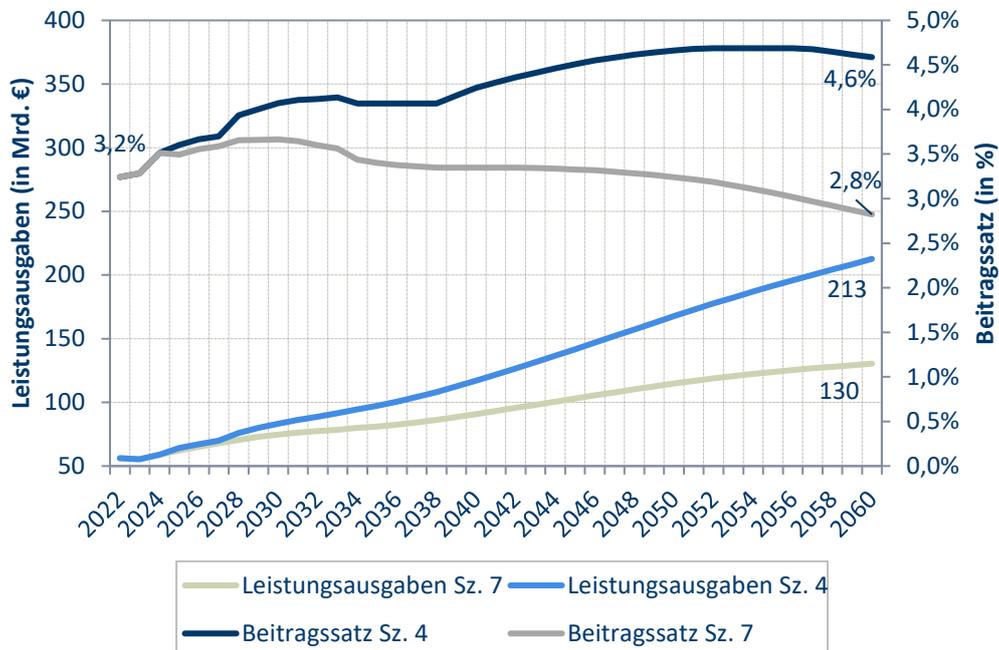
6.3 Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung

Die betrachteten Szenarien unterscheiden sich unter anderem im Hinblick auf den angenommenen Umfang der Dynamisierung der Pflegeleistungen über den Projektionszeitraum. Dadurch lassen sich über einen Vergleich ausgewählter Szenarien die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung quantifizieren. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen, die in diesen Projektionen berücksichtigt wird, zielt ausschließlich auf die regelgebundene, jährliche Erhöhung der Leistungen in dem Sinne von „werterhaltenden Maßnahmen“ bzw. „Leistungsverbesserungen“ ab. Hingegen bleiben solche Maßnahmen, die darauf abzielen, Beitragssatzanstiege zu begrenzen – beispielsweise verstärkte Präventionsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – hier unberücksichtigt.

Die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung lassen sich anhand eines Vergleichs der Szenarien 4 (Basisszenario) und 7 bemessen. Die Szenarien 4 und 7 unterscheiden sich hinsichtlich des Umfangs der Leistungsdynamisierung: Im Basisszenario 4 wurden die Leistungen mit 2,0 % (Geldleistungen) bzw. 2,5 % (Sachleistungen) pro Jahr dynamisiert. Dies ist die zweithöchste Dynamisierungsrate aller neun betrachteten Szenarien. Das Szenario 7 ist ein „Nullszenario“, es sieht keinerlei Leistungsdynamisierung vor (abstrahiert auch von der gesetzlich bereits beschlossenen Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028) und dient damit dem analytischen Zweck als Referenzszenario der Bemessung der Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung. Über diese Unterschiede bei der Dynamisierung hinaus sind die Szenarien 4 und 7 identisch (mittlere Lohnentwicklung und mittlerer Zeitraum der Prävalenzsteigerung). Insofern sind gemessene Unterschiede zwischen den Szenarien 4 und 7 allein auf die Leistungsdynamisierung im Basisszenario zurückzuführen.

Gemessen werden die Finanzwirkungen der Leistungsdynamisierung anhand der Unterschiede bei der Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV und dem ausgabendeckenden Beitragssatz. Der Beitragssatz steigt im Basisszenario (mit Dynamisierung) bis auf 4,6 % im Jahr 2060, während er in Szenario 7 (ohne Dynamisierung) bis auf 2,8 % im Zieljahr zurückgeht (Abbildung 26). Der Beitragssatzunterschied, der auf die Leistungsdynamisierung zurückzuführen ist, beträgt im Jahr 2060 somit 1,8 Prozentpunkte.

Abbildung 26: Finanzwirkung der Leistungsdynamisierung (2022-2060) (Basiszenario 4 gegenüber Szenario 7)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die Leistungsausgaben nehmen im Basiszenario (mit Dynamisierung) bis zum Jahr 2060 auf 213 Mrd. € zu, hingegen in Szenario 7 (ohne Dynamisierung) nur auf 130 Mrd. €. Der Unterschied bei den Leistungsausgaben beträgt somit allein im Zieljahr 83 Mrd. €. Summiert man den Unterschied bei den Leistungsausgaben über alle Projektionsjahre auf, ergibt sich eine Summe in Höhe von knapp 1.300 Mrd. €. Diskontiert mit der Rate der mittleren Lohnentwicklung (3 %) entspricht dies einem Gegenwartswert von 422 Mrd. € im Jahr 2022, verteilt über den gesamten Projektionszeitraum sind dies im Durchschnitt ca. 11 Mrd. € pro Jahr, die auf die Leistungsdynamisierung im Umfang von 2,0 % bzw. 2,5 % pro Jahr (über den gesamten Projektionszeitraum) zurückzuführen sind.

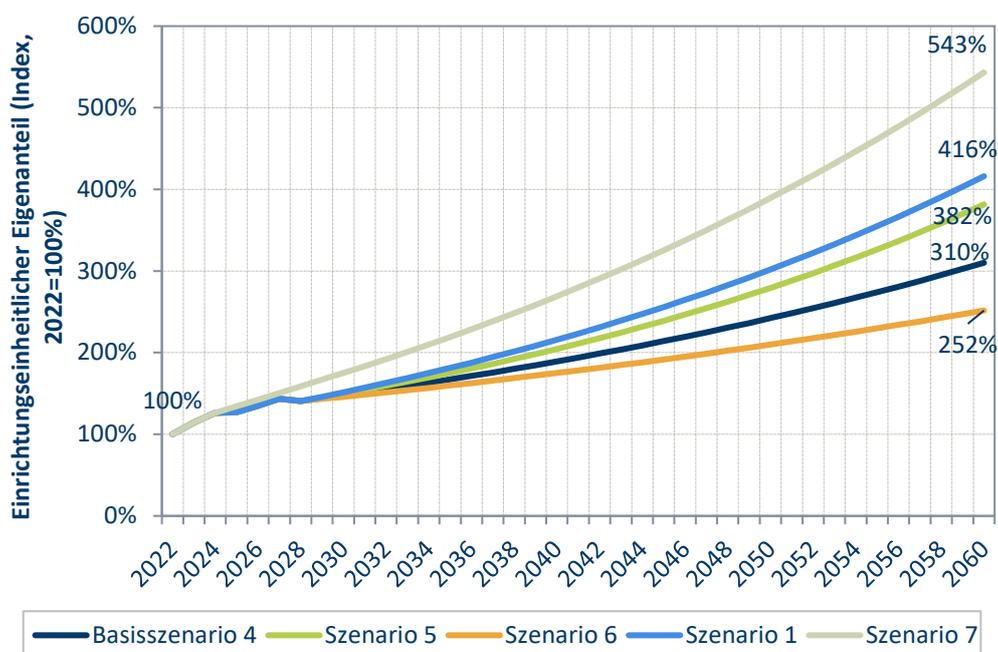
6.4 Private Haushalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen

6.4.1 Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)

Einen wesentlichen Posten, der die Ausgaben bestimmt, die die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen selbst zu tragen haben, stellt der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) dar. Er ergibt sich rechnerisch aus dem Verhältnis der Leistungsbeträge und den Pflegekosten für die Bewohner einer vollstationären Einrichtung (vgl. das methodische Vorgehen in Abschnitt 3.3.4.3) und variiert in jedem Projektionsjahr sowie über alle neun Szenarien. Der hier projizierte EEE berücksichtigt lediglich die szenarienspezifisch unterstellte regelgebundene Leistungsdynamisierung (vgl. Abschnitt 4.2). Der EEE wird begrenzt durch Ausgaben der SPV für Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (Eigenanteilsbegrenzung, vgl. Abschnitt 3.3.4.4) und wird je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ausgewiesen. Eine darüberhinausgehende Entlastung der Pflegebedürftigen durch weitere Leistungsverbesserungen bleibt hier unberücksichtigt.

Über den Projektionszeitraum steigt der bundesdurchschnittliche EEE in allen Szenarien an. Der kräftigste Anstieg ergibt sich in Szenario 7, welches eine mittlere Lohnentwicklung und keinerlei Leistungsdynamisierung vorsieht (Abbildung 27).

Abbildung 27: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Durchschnitt je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

In diesem Szenario steigen die Pflegekosten (zu 2/3 mit der Lohnentwicklung und zu 1/3 mit der Inflation, entspricht hier effektiv 2,5 %) somit wesentlich stärker als die Leistungen dynamisiert werden (0,0%), und die privaten Haushalte haben entsprechend einen stetig kräftig steigenden Teil dieser Kosten selbst zu tragen.

In Szenario 1 ergibt sich der zweitstärkste Anstieg des EEE über den Projektionszeitraum. Hier werden die Leistungen zumindest mit 1,5 % (langfristig unterstellte Inflation) pro Jahr dynamisiert, allerdings steigen die Pflegekosten mit 2,5 % stärker (bei mittlerer Lohnentwicklung). Daher nimmt der Betrag, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen, über den Projektionszeitraum zu. In Szenario 5 zeigt sich ein – gegenüber Szenario 1 – nur unwesentlich geringerer Anstieg des EEE. In diesem Szenario erfolgt die stärkste Leistungsdynamisierung (3,2 % bei Sachleistungen), und die Pflegekosten entwickeln sich mit 3,2 % genauso stark, weil hier die Lohnentwicklung hoch ist. Wenn die Pflegekosten in gleichem Maße zunehmen, wie die Leistungen dynamisiert werden, steigt der EEE mit der gleichen Rate wie die Pflegekosten (3,2 %). Mit etwas Abstand folgt das Basisszenario. Es sieht eine Dynamisierung der Sachleistungen mit 2,5 % vor und weist einen Pflegekostenanstieg von ebenfalls 2,5 % pro Jahr auf. Da auch hier die Leistungen in dem gleichen Umfang dynamisiert werden, wie die Pflegekosten steigen, ergibt sich erneut ein Anstieg des EEE mit der Rate des Pflegekostenanstiegs (2,5 %). Letzter fällt hier aufgrund der unterstellten mittleren Lohnentwicklung geringer aus als in Szenario 5. Der geringste EEE-Anstieg ergibt sich in Szenario 6, wo eine durchschnittliche Leistungsdynamisierung (1,8 %) auf eine geringe Lohnentwicklung trifft, welche wiederum eine geringe Pflegekostenentwicklung (1,8 %) nach sich zieht. Auch in diesem Szenario folgen die EEE also der Entwicklung der Pflegekosten und nehmen nur mit 1,8 % pro Jahr zu.

6.4.2 Eigenanteilsbegrenzung und Gesamtausgaben

Die Zunahme der EEE wird begrenzt durch Leistungszuschläge der SPV für vollstationäre Eigenanteile in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (gem. § 43c SGB XI). Im Basisjahr 2022 wurden diese Zuschläge in Höhe von zwischen 5 % (bis 12 Monate Aufenthaltsdauer) und 70 % (über 36 Monate) des EEEs bemessen und beliefen sich entsprechend auf zwischen 625 € (bis 12 Monate) und 8.750 € (über 36 Monate) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (Tabelle 6). Der mit der Zahl der Pflegebedürftigen gewichtete Durchschnitt über alle Aufenthaltsdauern lag bei 5.160 €. Die Zuschläge wurden zum 01.01.2024 dem Anteil nach erhöht auf 15 % (bis 12 Monate) bis 75 % (über 36 Monate) des EEEs. Über den Projektionszeitraum wachsen sie mit dem durchschnittlichen EEE mit. Nach Berücksichtigung der Zuschläge ergibt sich der sogenannte „effektive“ EEE.

Über den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil hinaus müssen die privaten Haushalte der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auch die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen und einen Teil der Ausbildungskosten selbst tragen. Deren durchschnittlicher Betrag je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen wurde nach den Szenarien für das Zieljahr

2060 ermittelt. Da die Entwicklung der privaten Kosten der Pflegebedürftigen auch im Zusammenhang mit der Lohnentwicklung gesehen werden müssen, wurden die hier dargestellten Kostenbeträge im Zieljahr anhand der Lohnentwicklung (des jeweiligen Szenarios) auf einen Gegenwartswert im Jahr 2022 diskontiert. Diese Werte können mit dem jeweiligen Betrag im Basisjahr verglichen werden und sind „gemessen am Einkommensniveau“ des Basisjahres zu interpretieren.

Tabelle 6: Ausgaben der privaten Haushalte für den EEE, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten sowie Eigenanteilsbegrenzung (EAB) je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (2022 und 2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7)

	Jahr 2022	Jahr 2060				
		Szenario				
		1	4	5	6	7
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	12.500 €	16.137 €	12.026 €	10.863 €	13.336 €	21.071 €
Investitionskosten	5.640 €	3.960 €	3.960 €	3.227 €	4.873 €	3.960 €
Unterkunft und Verpflegung	10.104 €	8.470 €	8.470 €	7.651 €	9.393 €	8.470 €
Ausbildungskosten	940 €	940 €	940 €	940 €	940 €	940 €
Gesamtausgaben (exkl. EAB)	29.184 €	29.507 €	25.396 €	22.681 €	28.542 €	34.441 €
Eigenanteilsbegrenzung (Zuschüsse nach Aufenthaltsdauer gem. § 43c SGB XI)						
bis 12 Monate	625 €	2.421 €	1.804 €	1.629 €	2.000 €	3.161 €
über 12 bis 24 Monate	3.125 €	4.841 €	3.608 €	3.259 €	4.001 €	6.321 €
über 24 bis 36 Monate	5.625 €	8.069 €	6.013 €	5.432 €	6.668 €	10.535 €
über 36 Monate	8.750 €	12.103 €	9.020 €	8.147 €	10.002 €	15.803 €
Mittelwert (alle Verweildauern)	5.160 €	7.674 €	5.719 €	5.166 €	6.342 €	10.020 €
"Effektiver" EEE (Mittelwert)	7.341 €	8.463 €	6.307 €	5.697 €	6.994 €	11.051 €
Gesamtausgaben (nach EAB)	24.024 €	21.834 €	19.678 €	17.515 €	22.200 €	24.421 €

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Modells

Anmerkungen: Alle Beträge jeweils im bundesweiten Mittelwert und für das Jahr 2060 diskontiert mit dem Lohnwachstum (des jeweiligen Szenarios) auf einen Gegenwartswert im Jahr 2022.

Im Jahr 2060 (Szenario 4) diskontiert beträgt der „effektive“ EEE bei einer Aufenthaltsdauer in der vollstationären Pflegeeinrichtung von bis zu 12 Monaten durchschnittlich 10.222 €, bei über 12 bis zu 24 Monaten 8.418 €, bei über 24 bis zu 36 Monaten 6.013 € und bei einer Aufenthaltsdauer über 36 Monaten 3.006 €.

Der EEE liegt in den Szenarien 1 und 7 im Jahr 2060 – auch lohndiskontiert – höher als im Basisjahr. Das liegt daran, dass die Leistungsdynamisierung in diesen Szenarien geringer ausfällt als die Lohnentwicklung. Dass der EEE auch in Szenario 6

(Leistungsdynamisierung = Pflegekostensteigerung) lohndiskontiert im Zieljahr einen höheren Betrag aufweist als im Ausgangsjahr, hängt mit der unterstellten Entwicklung in den Anfangsjahren (vor 2029) zusammen. Bis zum Jahr 2028 steigen die Pflegekosten im Zuge einer hohen Inflation stärker als die Leistungen (zu zwei Zeitpunkten in 2025 und 2028) dynamisiert werden. Dieser Anfangseffekt wirkt nach und wird auch bei Lohndiskontierung über den gesamten Projektionszeitraum nicht vollständig kompensiert. In den Szenarien 4 und 5 hingegen steigen die Löhne stärker, sodass durch die Lohndiskontierung der EEE im Jahr 2060 einen Betrag aufweist, der geringer ausfällt als im Basisjahr. Hier überkompensiert die Lohnentwicklung die hohe Belastung der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen in den Anfangsjahren.²¹

Die höchsten Gesamtausgaben der privaten Haushalte im Zieljahr der Projektionen ergeben sich in Szenario 7. Sie werden wesentlich von dem Anstieg des EEEs bestimmt und belaufen sich (nach Berücksichtigung der EAB-Zuschläge) gemessen am Einkommensniveau des Basisjahrs auf durchschnittlich 24.421 € je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. Damit liegen sie nur um knapp 2 % höher als im Basisjahr (24.024 €). Die geringsten Gesamtausgaben ergeben sich in Szenario 5 mit 17.515 € und damit 27 % weniger als im Jahr 2022.

Die generell über alle Szenarien abnehmenden Beträge bei Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung sowie die unveränderten Beträge bei den Ausbildungskosten sind auf das Zusammenwirken von Fortschreibungsmethode und Diskontsatz zurückzuführen. Die Investitionskosten wurden zu 2/3 mit der Inflationsrate und zu 1/3 mit der Lohnentwicklung fortgeschrieben, die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung zu 1/3 mit der Inflationsrate und zu 2/3 mit der Lohnentwicklung. Da die Lohnentwicklung im Basiszenario höher ausfällt (3,0 %) als die Inflation (1,5 %), sinken diese Beträge bei Diskontierung mit der Lohnentwicklung. Da die Ausbildungskosten mit der Lohnentwicklung fortgeschrieben werden, entsprechen sie im Jahr 2060 gemessen am Einkommensniveau des Basisjahrs gerade einem unveränderten Betrag.

²¹ Generell wirkt bei Betrachtung der privaten Ausgaben im Zieljahr durch die Lohndiskontierung ein ausgabensenkender Effekt. Wenn die Leistungen in dem gleichen Umfang dynamisiert werden, wie die Pflegekosten steigen (Szenarien 4, 5, und 6), wächst der EEE mit der gleichen Rate wie die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation). Diskontiert man den EEE dann mit der (vollen) Lohnentwicklung, resultiert in jedem Jahr ein EEE-Rückgang, da in jedem Szenario die Inflation geringer ist als das Lohnwachstum. Dieser langfristige Effekt der Diskontierung wirkt hier gegenläufig zur Entwicklung in der Anfangsphase. Je nachdem, welcher der beiden Effekte größer ist, fällt der diskontierte EEE im Zieljahr größer (Szenario 6) oder kleiner (Szenarien 4 und 5) aus als im Basisjahr.

6.5 Hilfe zur Pflege

Die Anzahl der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) nimmt über den Projektionszeitraum absolut betrachtet in allen Szenarien zu (ohne Abbildung), allerdings in unterschiedlichem Umfang, und im Verhältnis zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (HzP-Quote) nimmt sie über den gesamten Projektionszeitraum betrachtet in allen Szenarien sowohl im vollstationären als auch im ambulanten Bereich ab.

6.5.1 Vollstationärer Bereich

Die Entwicklung der HzP-Quote im vollstationären Bereich über den Projektionszeitraum wird von mehreren Faktoren bestimmt:

- ◆ dem Umfang der Sachleistungsdynamisierung im Verhältnis zur Entwicklung der vollstationären Pflegekosten (unter Berücksichtigung der EAB-Zuschüsse, also der „effektive“ EEE),
- ◆ der Lohnentwicklung (bezüglich der Entwicklung des Anrechnungsbetrags aus privatem Einkommen und Vermögen),
- ◆ der Entwicklung von Investitionskosten (Fortschreibung mit Inflation) und Ausbildungskosten²² (Fortschreibung mit Lohnentwicklung) sowie
- ◆ der demografischen Entwicklung (hinsichtlich unterschiedlicher HzP-Quoten nach Alter- und Geschlecht der Pflegebedürftigen).

Zentral ist dabei, inwieweit der Umfang der Sachleistungsdynamisierung in den Szenarien von der Entwicklung der Pflegekosten abweicht, also die Entwicklung des „effektiven“ EEEs. Wenn die Leistungen in Höhe der Pflegekostensteigerung dynamisiert werden, wächst der „effektive“ EEE mit der Pflegekostensteigerungsrate. Da die Löhne in allen Szenarien stärker steigen als die Pflegekosten (zu 2/3 Lohnentwicklung und zu 1/3 Inflation), nimmt auch der Anrechnungsbetrag auf private Einkommen und Vermögen stärker zu als der „effektive“ EEE. Die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen können die privat zu finanzierenden Ausgaben öfter aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren und sind seltener auf Leistungen im Rahmen der HzP angewiesen. Wenn die Sachleistungen hingegen geringer dynamisiert werden, als die Pflegekosten steigen, wächst der „effektive“ EEE stärker als die Pflegekosten und – je nach angenommener Lohnentwicklung – gegebenenfalls auch stärker als die Löhne. In diesem Fall resultiert zumindest allein aus diesem Zusammenhang heraus eine Zunahme der HzP-Quote.

Allerdings wirkt zusätzlich in allen Szenarien die Fortschreibung der Investitionskosten mit der Inflationsrate senkend auf die HzP-Quote, da die Inflationsrate in allen Szenarien geringer ist als die Lohnentwicklung. Diese Entwicklung führt in der

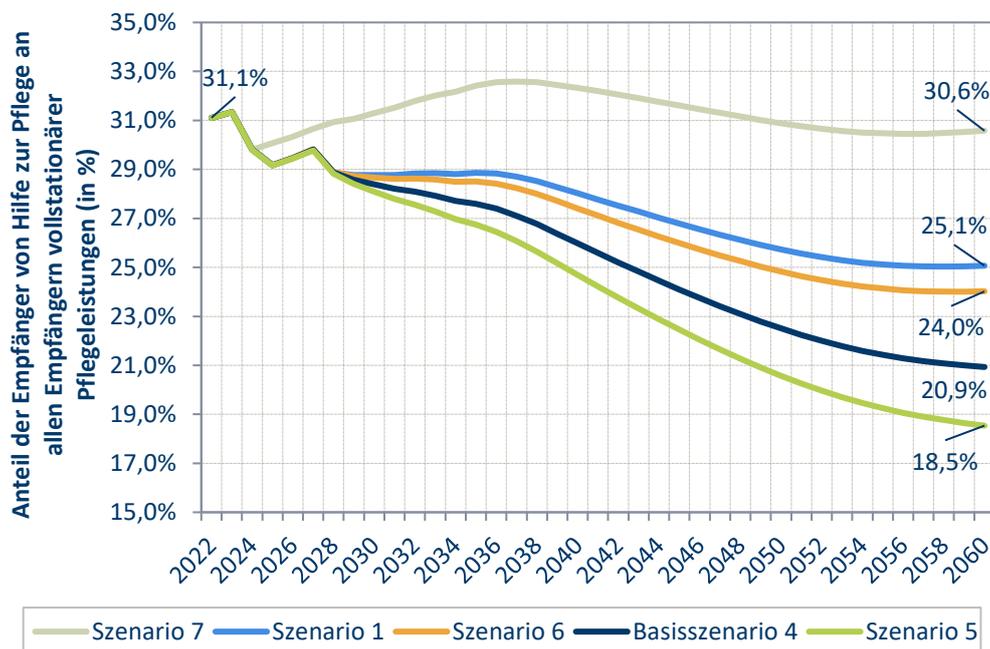
²² Die Kosten im Zusammenhang mit Unterkunft und Verpflegung hingegen werden im Anspruchsfall von dem Träger der Grundsicherung im Alter übernommen.

Tendenz in allen Szenarien zu sinkenden HzP-Quoten. Die Pflegebedürftigen können zu einem zunehmenden Teil die Investitionskosten aus eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren. Und der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtausgaben der privaten Haushalte (exkl. EAB) betrug im Basisjahr immerhin 19 %; es handelt sich also um einen relevanten Teil der Gesamtausgaben, der in allen Szenarien systematisch geringer steigt als die Einkommen der privaten Haushalte.

Darüber hinaus bewirkt die demografische Entwicklung modellendogen Verschiebungen zwischen den Sektoren und der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Population der Pflegebedürftigen sowie der Bezieher von HzP unter diesen über eine nach Alter und Geschlecht unterschiedliche HzP-Quote im vollstationären Bereich.

Im Ergebnis zeigt sich eine nach den Szenarien unterschiedliche, allerdings über den gesamten Zeitraum betrachtet in allen Szenarien abnehmende HzP-Quote im vollstationären Bereich (Abbildung 28).

Abbildung 28: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Die höchste HzP-Quote im vollstationären Bereich zeigt sich in Szenario 7, in dem keinerlei Leistungsdynamisierung erfolgt. Der EEE steigt in diesem Szenario im Durchschnitt um 3,6 % pro Jahr, während die Löhne nur um 3,0 % pro Jahr zunehmen (siehe auch Tabelle 4). Hier ergibt sich in der kurzen Frist (bis 2024) zunächst

ein Rückgang der HzP-Quote aufgrund der kräftigen Lohnzuwächse in diesen Jahren (etwa +5 %). Ab dem Jahr 2025 macht sich dann allerdings die ausbleibende Leistungsdynamisierung bemerkbar, und die HzP-Quote steigt bis zum Jahr 2036 stetig an. Ab Ende der 2040er Jahre wird diese Entwicklung von demografischen Effekten bezüglich der Zusammensetzung der Gruppe der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hinsichtlich Alter und Geschlecht sowie dahingehend unterschiedlichen HzP-Quoten überlagert. Die HzP-Quote im vollstationären Bereich ist wieder rückläufig und landet im Jahr 2060 (30,6%) geringfügig unterhalb des Wertes im Basisjahr (31,1 %).

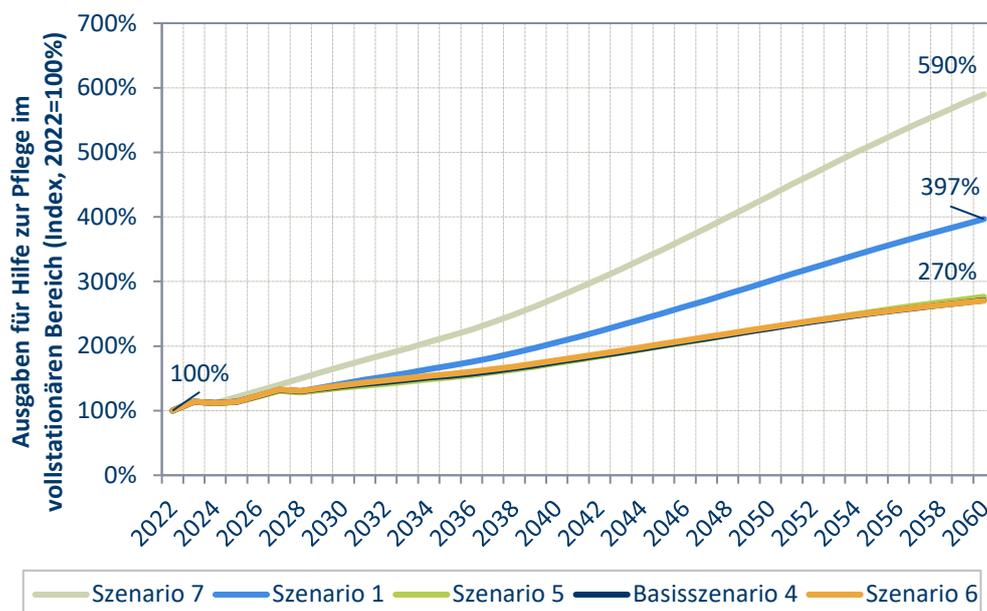
In den Szenarien 1, 4, 5 und 6 hingegen ist die HzP-Quote im vollstationären Bereich über den gesamten Projektionszeitraum betrachtet deutlicher rückläufig. Das liegt in erster Linie daran, dass in diesen Szenarien (im Vergleich zu Szenario 7) eine Dynamisierung der Leistungen vorgesehen ist. Diese bewirkt beispielsweise in den Jahren 2025 und 2028 jeweils einen sichtbaren Rückgang der HzP-Quote („Zickzack-Verlauf“ in diesen Jahren). Ab dem Jahr 2029 spreizt sich dann die Entwicklung der HzP-Quote nach den Szenarien im Zuge des Einsetzens der systematisch unterschiedlichen Dynamisierung und Lohnentwicklung. Wie stark die HzP-Quote zurückgeht, hat wesentlich mit dem Verhältnis aus Lohnentwicklung und EEE-Anstieg zu tun (siehe auch Tabelle 4). Je günstiger das Verhältnis aus Lohnentwicklung zu EEE-Anstieg aus Sicht der privaten Haushalte der Pflegebedürftigen ausfällt, desto stärker ist der Rückgang der HzP-Quote. Der geringste Rückgang zeigt sich in Szenario 1, wo ein 3,8 %iger jährlicher EEE-Anstieg einem 3,0 %igen jährlichen Lohnanstieg gegenübersteht. In Szenario 6 fällt der Rückgang geringfügig stärker aus (+2,5 % p. a. EEE ggü. +2,0 % p. a. Löhne). Ein deutlich kräftigerer Rückgang der HzP-Quote zeigt sich im Basisszenario 4, in dem sich EEE und Löhne gleichmäßig entwickeln (jeweils +3,0 % p. a.). Szenario 5 ist das einzige Szenario, in dem die Löhne (+4,0 % p. a.) stärker steigen als der EEE (+3,6 %). Entsprechend zeigt sich hier der kräftigste Rückgang der HzP-Quote im vollstationären Bereich bis auf 18,5 % im Jahr 2060 (ggü. 31,1 % im Basisjahr).

Auch in diesen Szenarien wird die Entwicklung vor allem ab den 2040er Jahren von demografischen Effekten bezüglich unterschiedlicher HzP-Quoten nach dem Alter der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen überlagert, welche zusätzlich zu einem Rückgang der HzP-Quote bis zum Ende des Projektionszeitraums beitragen. Ein weiterer wesentlicher Treiber für den Rückgang der HzP-Quote sind auch in diesen Szenarien die geringer als die Löhne steigenden Investitionskosten (siehe oben).

Die Summe der Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich wird, ähnlich wie die HzP-Quote, ebenfalls in den Szenarien am stärksten zunehmen, die die geringste Leistungsdynamisierung vorsehen (Szenarien 7 und 1). Im Gegensatz zum Anteil der Empfänger wirkt in dieser Betrachtung allerdings auch die Mengenkomponekte über eine zunehmende absolute Empfängerzahl (zunehmende Anzahl der Pflegebedürftigen) und verstärkt die Wirkung eines ebenfalls ansteigenden Leistungsbetrags je Empfänger. Insgesamt nehmen die Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege in allen Szenarien bis zum Jahr 2060

stetig zu. Sehr ähnliche Ausgabenverläufe zeigen die drei Szenarien 4, 5 und 6. In diesen Szenarien wirken die Mengenentwicklung bzw. die Entwicklung der HzP-Quote und die Entwicklung des Ausgabenbetrags je HzP-Empfänger im vollstationären Bereich jeweils gegenläufig und bewirken somit im Szenarienvergleich ein einheitliches Resultat (Abbildung 29). Während die Mengen- bzw. Quotenentwicklung den größten Mengenanstieg in Szenario 6 und den geringsten Mengenanstieg in Szenario 5 bewirkt (Szenario 4 dazwischen), führt die Entwicklung des HzP-Ausgabenbetrags pro Empfänger umgekehrt den größten Ausgabenanstieg in Szenario 5 (wegen der dort unterstellten hohen Lohnentwicklung) und den geringsten Ausgabenanstieg in Szenario 6 (geringe Lohnentwicklung) (Szenario 4 liegt erneut dazwischen). In der Kombination heben sich die Unterschiede bei der Mengen- und der Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung zwischen diesen drei Szenarien in etwa auf, und die Ausgabensummen entwickeln sich über den Projektionszeitraum sehr gleichmäßig. Sie steigen von 2,7 Mrd. € im Basisjahr auf etwa zwischen 7,4 bis 17,9 Mrd. € im Jahr 2060.

Abbildung 29: Ausgaben für Hilfe zur Pflege im vollstationären Bereich (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

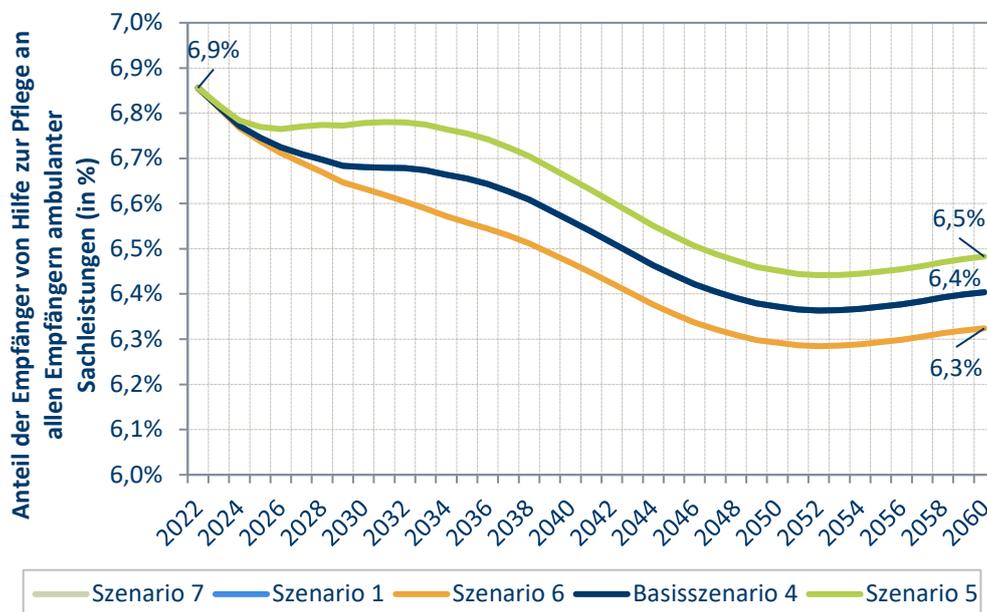
6.5.2 Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich wurde bei der Projektion der Zahl der Empfänger von Leistungen der HzP abweichend vom vollstationären Bereich vorgegangen, und es wurde von einer alters-, geschlechts-, pflegegrad- und leistungsartspezifisch im

Zeitverlauf konstanten Inanspruchnahmehäufigkeit ausgegangen (vgl. Abschnitt 3.3.9). In der Folge wird die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen ebenso wie die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld ausschließlich von der demografischen Entwicklung sowie der über die Szenarien unterschiedlichen Zunahme der sektorenspezifischen Pflegeprävalenz bestimmt.

Die HzP-Quote bei den Leistungsempfängern ambulanter Sachleistungen lag im Basisjahr auf einem wesentlich niedrigeren Niveau (6,9 %) als im vollstationären Bereich (31,1 %). Ihre Entwicklung ist bis etwa zur Mitte der 2030er Jahre in erster Linie von der ansteigenden Pflegeprävalenz im ambulanten Bereich geprägt. Diese bewirkt grundsätzlich einen Rückgang der HzP-Quote, da die Zahl der Pflegebedürftigen insbesondere bei solchen Altersgruppen stark ansteigt, die eine vergleichsweise niedrige HzP-Quote aufweisen. Bei einem Anstieg der Pflegeprävalenz über einen Zeitraum von fünf Jahren (Szenario 5) endet der Rückgang der HzP-Quote zunächst im Jahr 2027, während er bei länger anhaltendem Prävalenzanstieg über einen entsprechend längeren Zeitraum anhält (Abbildung 30).

Abbildung 30: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)

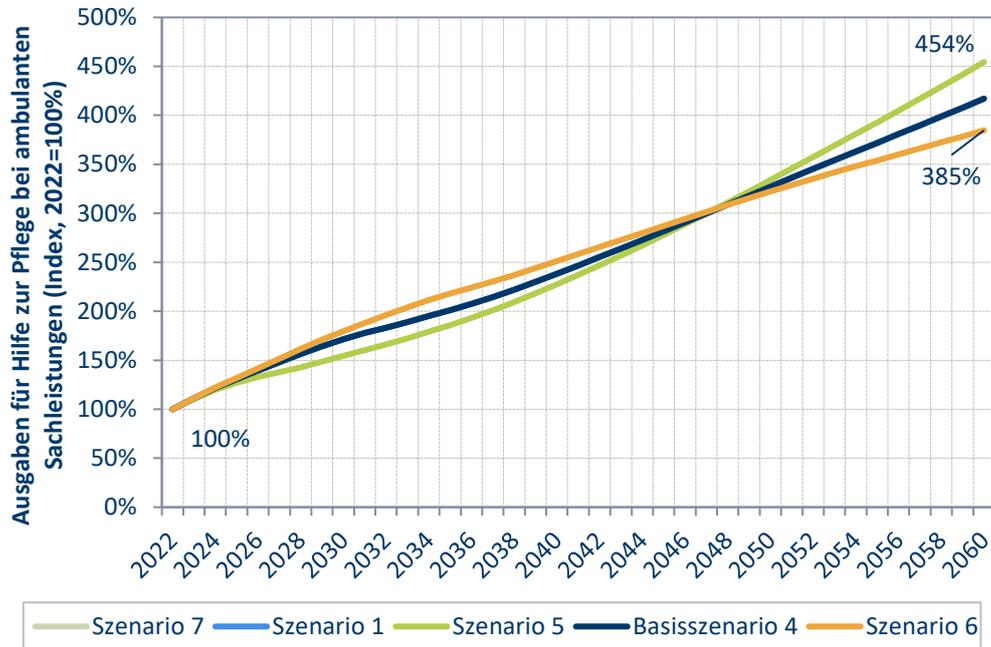


Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit ambulanten Sachleistungen identisch zum Basisszenario 4.

Unabhängig von der Dauer des Prävalenzanstiegs zeigt sich allerdings in allen Szenarien ab etwa Mitte der 2030er Jahre ein erneuter bzw. weiter anhaltender Rückgang der HzP-Quote bei ambulanten Sachleistungen. Dieser ist dann auf die demografische Entwicklung und mit dieser zusammenhängenden Verschiebung bei der Besetzung der Altersgruppen der Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung zurückzuführen. Aufgrund einer über die Altersgruppen unterschiedlichen HzP-Quote ergibt sich infolge dieser Verschiebungen – ähnlich wie im vollstationären Bereich – ein weiterer Rückgang der HzP-Quote. Dieser verläuft über alle Szenarien gleichmäßig (paralleler Verlauf der Kurven), da die demografische Entwicklung in allen Szenarien einheitlich unterstellt wurde. Die HzP-Quote in Bezug auf ambulante Sachleistungen landet im Zieljahr 2060 bei zwischen 6,3 % und 6,5 %.

Die Ausgabenbeträge je Empfänger wurden bei der HzP im Zusammenhang mit ambulanten Sachleistungen sowie mit Pflegegeld anhand der Pflegekostensteigerungsrate fortgeschrieben ($\frac{2}{3}$ Lohnsteigerungsrate, $\frac{1}{3}$ Inflationsrate). Für die Entwicklung der Ausgabensumme ist zudem die Mengenentwicklung (Anzahl der Pflegebedürftigen und HzP-Quote) relevant. Die größte Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 6 (aufgrund der längsten Prävalenzsteigerung über 15 Jahre) trotz der geringsten HzP-Quote, und die geringste Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 5 (kürzeste Prävalenzsteigerung über 5 Jahre). Beim Ausgabenbetrag je Empfänger verhält es sich umgekehrt, dieser fällt bei hoher Lohnentwicklung am größten aus (Szenario 5). In der Kombination laufen die beiden Effekte entgegen, sodass die Entwicklung der Summe der HzP-Ausgaben bei ambulanten Sachleistungen in allen Szenarien in etwa ähnlich ansteigend über den Projektionszeitraum verläuft (Abbildung 31). Sie steigt von 0,8 Mrd. € im Basisjahr auf etwa 3,1 bis 3,7 Mrd. € im Jahr 2060.

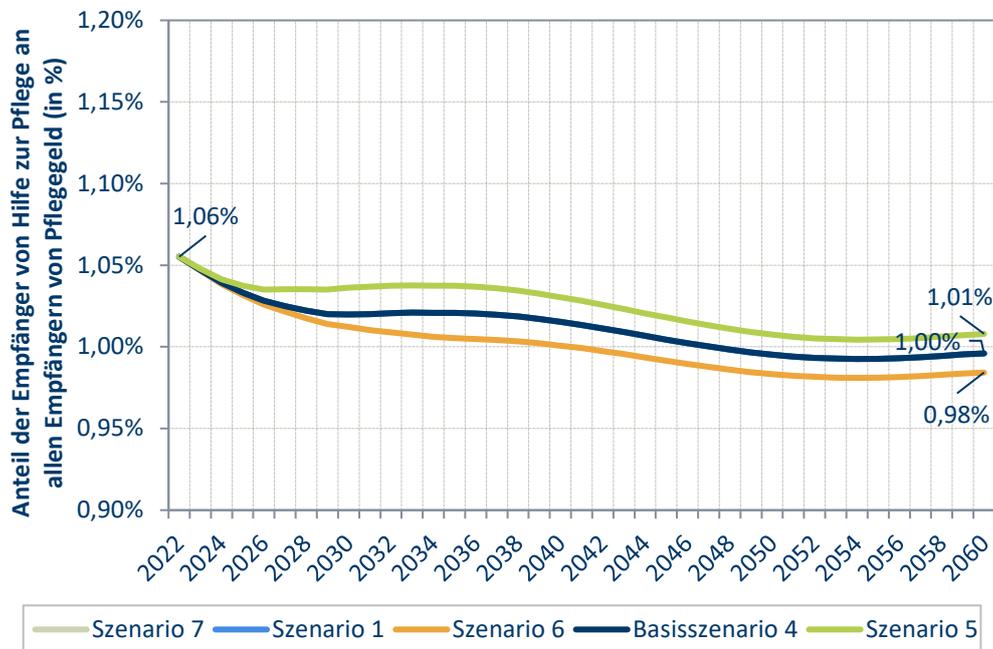
Abbildung 31: Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei ambulanten Sachleistungen (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

Die HzP-Quote bei Empfängern von Pflegegeld lag im Basisjahr auf einem nochmal deutlich niedrigeren Niveau (1,06 %) als bei Empfängern ambulanter Sachleistungen (6,9 %). Ihre Entwicklung über den Projektionszeitraum ist allerdings von den gleichen Effekten geprägt wie bei den Sachleistungsempfängern (Abbildung 32).

Abbildung 32: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (in %)



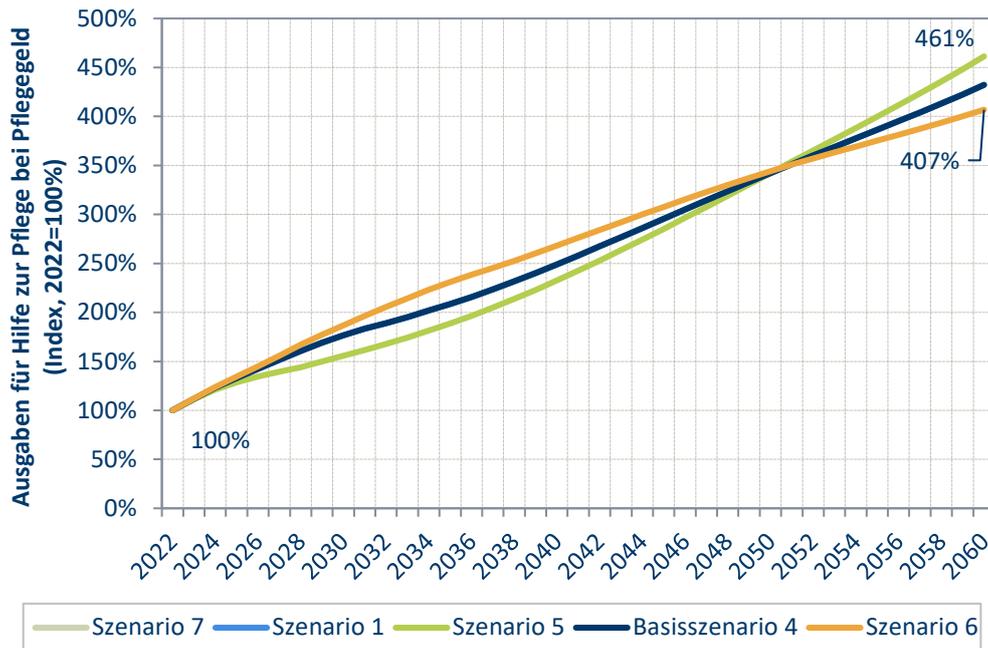
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkungen: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen mit Pflegegeld identisch zum Basisszenario 4.

Anfänglich ist der Rückgang der HzP-Quote beim Pflegegeld wesentlich von der angenommenen Pflegeprävalenzsteigerung geprägt, die bewirkt, dass sich ein länger anhaltender Rückgang zeigt, wenn die Prävalenz über einen entsprechend längeren Zeitraum zunimmt. Sobald die Prävalenz konstant bleibt, zeigt sich zunächst auch ein weitestgehend waagerechter Verlauf der HzP-Quote beim Pflegegeld. Mit Eintreten demografisch bedingter Altersgruppenverschiebungen, die beim Pflegegeld erst Anfang der 2040er Jahre Auswirkungen auf die HzP-Quote beim Pflegegeld haben, geht diese geringfügig und gleichmäßig über die Szenarien ein wenig weiter zurück. Im Zieljahr landet sie bei 0,98 % bis 1,01 % und damit nur unwesentlich niedriger als im Basisjahr (1,06 %).

Für die Entwicklung der Ausgabensumme der HzP im Zusammenhang mit Pflegegeld ist erneut neben dem Ausgabenbetrag je Empfänger die Mengenentwicklung (Anzahl der Pflegebedürftigen und HzP-Quote) relevant. Die größte Mengenentwicklung ergibt sich auch bei der HzP beim Pflegegeld in Szenario 6 (aufgrund der längsten Prävalenzsteigerung über 15 Jahre) trotz der geringsten HzP-Quote, und die geringste Mengenentwicklung ergibt sich in Szenario 5 (kürzeste Prävalenzsteigerung über 5 Jahre). Beim Ausgabenbetrag je Empfänger verhält es sich wieder umgekehrt, dieser fällt bei hoher Lohnentwicklung am größten aus (Szenario 5). In

der Kombination laufen auch hier die beiden Effekte entgegen, sodass die Entwicklung der Summe der HzP-Ausgaben beim Pflegegeld in allen Szenarien in etwa ähnlich ansteigend über den Projektionszeitraum verläuft (Abbildung 33). Sie steigt von 0,1 Mrd. € im Basisjahr auf etwa 0,5 Mrd. € im Jahr 2060.

Abbildung 33: Ausgaben für Hilfe zur Pflege bei Pflegegeld (2022-2060) (Szenarien 1, 4, 5, 6 und 7) (Index, 2022=100%)



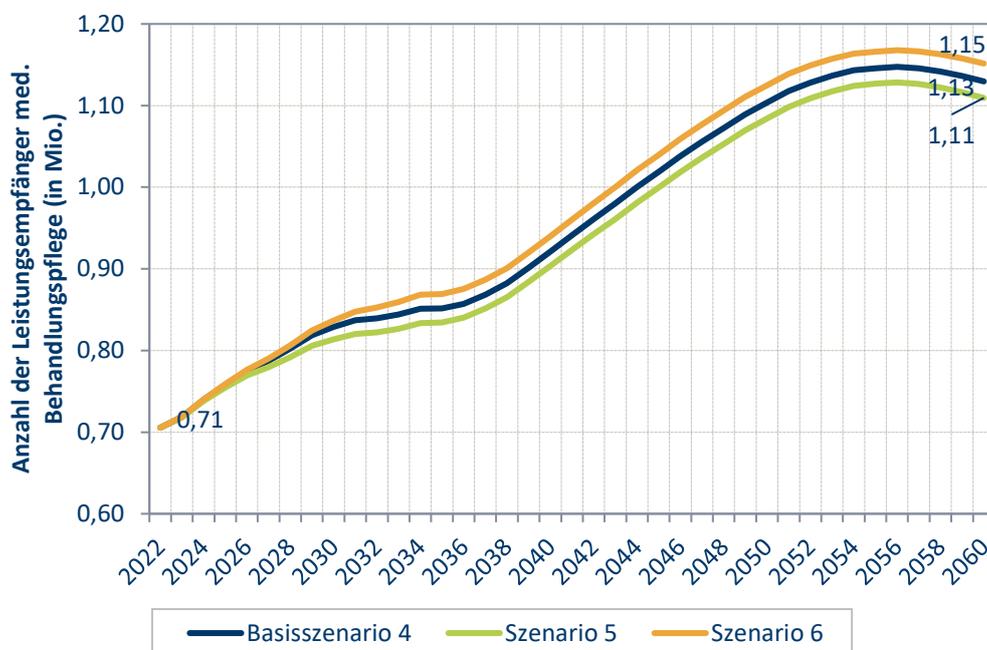
Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells
 Anmerkung: In den Szenarien 1 und 7 verläuft die Ausgabenentwicklung identisch zum Basisszenario 4.

6.6 Medizinische Behandlungspflege

Die Entwicklung der kalkulatorischen Kosten im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege von vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (mit Pflegegrad 2 bis 5) wurde auf der Grundlage von durchschnittlichen ambulanten Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) ermittelt und auf die Zahl der vollstationär versorgten Leistungsempfänger übertragen. Dabei erfolgte eine Fortschreibung der durchschnittlichen Kostenbeträge mit der gleichen Steigerungsrate, mit der die Pflegekosten fortgeschrieben wurden (2/3 Lohnsteigerungsrate und 1/3 Inflationsrate) (vgl. Abschnitt 3.3.10).

Aufgrund der Modellierung als durchschnittlicher Ausgabenbetrag, der auf alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bezogen wurde, ergibt sich eine Entwicklung der rechnerischen Anzahl der Empfänger von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die gerade zu der Entwicklung der Gesamtzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen identisch ist. Über die Szenarien 4, 5 und 6 zeigt sich ein sehr ähnlicher Verlauf dieser Zahl (Abbildung 34), in den Szenarien 1 und 7 ist der Verlauf zudem identisch zum Verlauf in Szenario 4. In Szenario 6 wird die höchste Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen erreicht, weil die Pflegeprävalenz über den längsten Zeitraum (15 Jahre) zunimmt, in Szenario 5 die geringste Zahl, da nur ein Prävalenzanstieg über 5 Jahre unterstellt wurde.

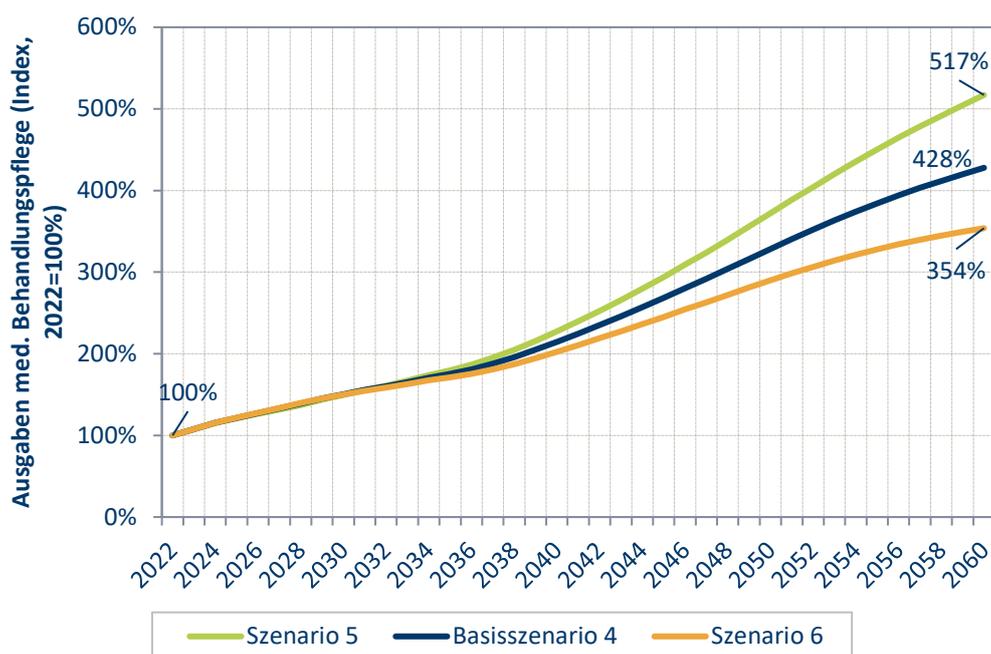
Abbildung 34: Rechnerische Anzahl der Leistungsempfänger medizinischer Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (in Mio.)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Aufgrund der Modellierung der kalkulatorischen Kosten im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege als durchschnittlicher Ausgabenbetrag und einer Fortschreibung mit der gleichen Steigerungsrate, mit der die Pflegekosten fortgeschrieben wurden (zu 2/3 mit der Lohnsteigerungsrate und zu 1/3 mit der Inflationsrate), ergibt sich eine Ausgabenentwicklung in Abhängigkeit von der Lohnentwicklung (Abbildung 35). Der größte Ausgabenanstieg um insgesamt 517 % (auf 15,8 Mrd. €) bis zum Jahr 2060 zeigt sich in Szenario 5 bei hoher Lohnentwicklung (4 %), gefolgt vom Basisszenario 4 mit einem Ausgabenanstieg um 428 % (auf 13,1 Mrd. €) bei mittlerer Lohnentwicklung (3 %). Der geringste Ausgabenanstieg mit 354 % (auf 10,8 Mrd. €) zeigt sich bei Szenario 6 mit geringer Lohnentwicklung (2 %). In den Szenarien 1 und 7 wird die gleiche Lohnentwicklung angenommen wie im Basisszenario (3 %), somit entsprechen die Verläufe der kalkulatorischen Kosten im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in diesen Szenarien dem Verlauf im Basisszenario 4.

Abbildung 35: Ausgaben für med. Behandlungspflege (2022-2060) (Szenarien 4, 5 und 6) (Index, 2022=100%)



Quelle:

IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

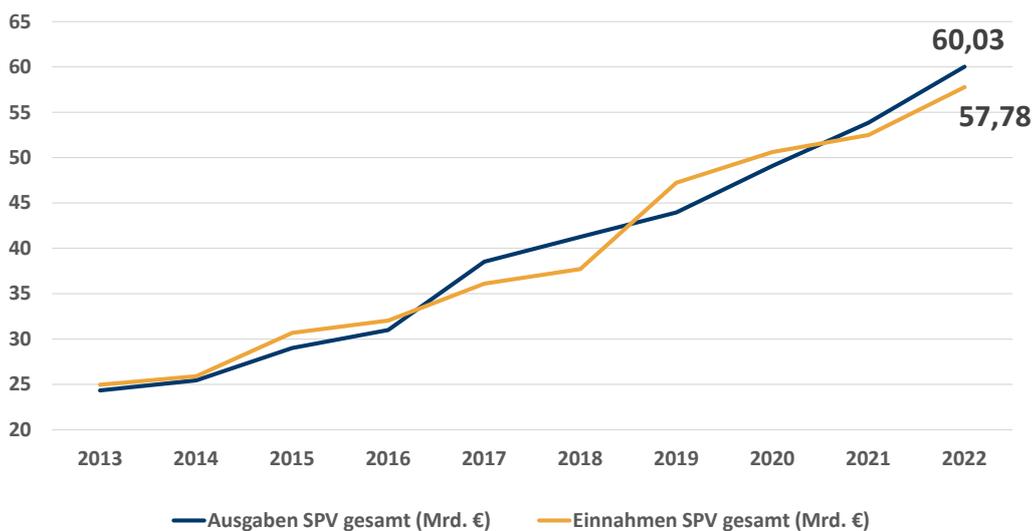
7. Strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize im System der SPV

In diesem Kapitel wird auf Basis von Erkenntnissen aus zahlreichen Studien, die IGES zur Versorgung in der Langzeitpflege erarbeitet hat, auf prägende strukturelle Probleme, Effizienzpotentiale und Fehlanreize aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen eingegangen.

7.1 Nachhaltige Finanzierung der SPV

Aus der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes ist ersichtlich, dass sich nicht nur die Ausgaben der SPV in den letzten zehn Jahren sehr dynamisch entwickelt haben (siehe Abbildung 36), sondern auch die privaten und öffentlichen Haushalte in steigendem Maße zur Finanzierung der pflegebedingten Kosten beitragen.

Abbildung 36: Entwicklung der SPV-Finzen seit 2013



Quelle: Darstellung IGES auf Basis der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Datenabruf am 20.10.2023 14:26 Uhr unter www.gbe-bund.de).

Im Zeitraum 2013 bis 2021 stiegen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte, also Ausgaben von Bund, Ländern und Kommunen, für ambulante und stationäre Pflege um rund 40 % und die der privaten Haushalte um 80 % (siehe Tabelle 7).²³

²³ Einschränkungen ergeben sich aufgrund der unzureichenden Datenlage bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. Zur Ermittlung der Ausgaben wurde ein Residualwertverfahren eingesetzt, d. h. von den Umsätzen der Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden zunächst die

Tabelle 7: Ausgaben ausgewählter Träger für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Mio. Euro

	2013	2015	2017	2019	2021
Öffentliche Haushalte	2.960	3.163	3.011	3.320	4.117
Private Haushalte	6.967	7.609	8.981	11.106	12.517

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Datenabruf am 20.10.2023 14:26 Uhr unter www.gbe-bund.de).

Während bei den öffentlichen Haushalten das Gros der Ausgaben (78 %) für die stationäre (einschl. der teilstationären) Pflege (Hilfe zur Pflege) aufgewendet wird, ist es bei den privaten Haushalten umgekehrt – dort entfielen 2021 rund 71 % der pflegebedingten Ausgaben auf die ambulante Pflege. Da der Anteil der zu Hause versorgten Personen in dem Jahr bei 84,5 % (4,19 Mio. Personen) lag, ist der hohe ambulante Ausgabenanteil nachvollziehbar.

Die Pflegereformen der letzten Jahre enthielten sowohl Leistungsausweitungen als auch verbesserte Rahmenbedingungen, insbesondere für die Entlohnung des Pflege- und Betreuungspersonals in Langzeitpflegeeinrichtungen – beides hat die Gesamtkosten in die Höhe getrieben und wird auch in den nächsten Jahren, wenn zusätzlich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger stark ansteigen wird, die Ausgaben der SPV weiter erhöhen. Auf der anderen Seite wurden für die vollstationär versorgten Personen Regelungen getroffen, die die privaten Haushalte entlasten sollen (insbesondere Leistungszuschläge gem. § 43c SGB XI seit 2022). Diese betreffen aber nur einen sehr kleinen Anteil der Pflegeleistungsbezieher (15,5 %, Stichtag 31. 12. 2021, s. o.).

Es wurden bereits zahlreiche Vorschläge gemacht, wie eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Langzeitpflege erreicht werden könnte. Das Spektrum reicht von der Einbeziehung weiterer Beitragszahlergruppen bzw. Einkommensarten, über Steuerzuschüsse, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen bis hin zur Zusammenführung der SPV und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV).

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz hat dazu in einem aktuellen Gutachten (2022) dargelegt, dass in der Pflegeversicherung eine zusätzliche Kapitaldeckung aus zwei Gründen sinnvoll sei:

- ◆ Da die geburtenstarken Jahrgänge im Durchschnitt erst 2030 das Rentenalter erreichen und ein erhöhter Pflegebedarf erst ab 75 bis 80 Jahren

Ausgaben aller anderen Ausgabenträger abgezogen und der verbleibende Rest wird den privaten Haushalten zugeordnet (Destatis, 2023).

eintritt, stehen noch 10-15 Jahre mehr zur Verfügung, um ein Vorsorgekapital aufzubauen.

- ◆ Wenn eine Überforderung künftiger Steuerzahler vermieden werden soll, „wirkt eine verpflichtende kapitalgedeckte Pflegeversicherung besonders zielgerichtet, da sie im Gegensatz zur Rentenversicherung hohe Risiken relativ weniger Einzelner auf eine große Zahl von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer verteilt.“ (BMWK 2022: 26).

Der Beirat schlägt eine zusätzliche obligatorische Teilversicherung vor, die nicht paritätisch unter Belastung der Unternehmen, sondern ausschließlich privat, jedoch mit staatlichen Subventionen für Geringverdienende, ausgestaltet werden sollte. Konkret könnte das „eine Pflege-Tagegeldversicherung sein, die im Fall der Pflegebedürftigkeit eine Geldleistung in Abhängigkeit vom Pflegegrad vorsieht. Ziel dieser Versicherung ist es, die Lücke zwischen der Leistung der SPV und den mittleren Pflegekosten in dem betreffenden Pflegegrad partiell zu schließen“ (ebd.: 29). Weiterhin plädiert der Beirat für eine maßvolle Anhebung des Beitragssatzes zum Zwecke der Aufstockung des Pflegevorsorgefonds und empfiehlt, den Leistungskatalog der SPV nicht weiter auszudehnen, um die Finanzierungslasten nicht noch weiter zu erhöhen (ebd.: 37).

7.2 Investitionskostenförderung der Länder

Gem. § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI). In Folge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 sanken die Bruttoausgaben der Länder für die Hilfe zur Pflege von 9,1 Mrd. Euro 1994 auf durchschnittlich 2,9 Mrd. Euro in den Jahren 1999 bis 2002 (Statistisches Bundesamt 2007: 7). Seither sind die jährlichen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege wieder gestiegen – auf über 4,3 Mrd. Euro im Jahr 2019. Die Einsparungen der Länder beliefen sich daher im Jahr 2019 auf nominal rund 4,7 Mrd. Euro. Im Jahr 2022 war erneut ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für Hilfe zur Pflege um 26,0 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies ist auf die neuen Regelungen zum 1. Januar 2022 zurückzuführen, wonach die Kosten für vollstationäre Pflege (Pflegegrade 2 bis 5) je nach bisheriger Verweildauer im Heim mit monatlichen Zuschlägen von bis zu 70 % des Eigenanteils aus der sozialen Pflegeversicherung bezuschusst werden (Statistisches Bundesamt 2023, Pressemitteilung Nr. 321 vom 15.08.2023).

Wie aus den Erhebungen zur Förderung der Investitionskosten von nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Länder in den Jahren 2020 bis 2022 hervorgeht, lag diese bei rund 875 Mio. € pro Jahr bundesweit (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Investitionskostenförderung der Länder in der Pflege

	2020	2021	2022
Fördervolumen bundesweit in Mio. €	875	883	876
Betrag je Pflegebedürftigen in €	256	214	177
Anteil Subjektförderung	68%	66%	62%
Anteil Objektförderung	24%	26%	30%
Anteil subjektorientierte Objektförderung	8%	7%	8%
Anzahl Länder mit Förderung	13	13	14

Quelle: Ochmann & Braeseke (2021, 2022, 2023)

Der nicht durch Fördermittel gedeckte Teil der Investitionskosten kann den Pflegebedürftigen gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert in Rechnung gestellt werden. Die Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen allein für Investitionskosten beläuft sich im Jahr 2024 im Bundesdurchschnitt auf 485 Euro pro Monat (vdek 2024, Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)). Bei höheren Investitionskostenförderungen der Länder, möglichst in Höhe der Einsparungen, könnten die Leistungsempfänger (und auch die Sozialhilfeträger) entlastet werden.

7.3 Handlungsbedarf in der Langzeitpflege – insbesondere bisher noch mangelnde Umsetzung des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Nach langjährigen Diskussionen und wissenschaftlichen Vorarbeiten wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit Wirkung ab dem 01.01.2017 eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit im Sozialgesetzbuch XI eingeführt. Die am deutlichsten erkennbare Auswirkung dieser Reform und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 14 SGB XI) war ein verbesserter Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Damit einher geht, so zumindest die Erwartung des Gesetzgebers, ein insgesamt erweitertes Leistungsspektrum in der Langzeitpflege – insbesondere auch im Hinblick auf die Unterstützung der Kommunikation, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der nun seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff legt „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ einer Person als Maßstab für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zugrunde. Das ist gleichbedeutend mit einer Neuausrichtung auf „umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen“, dem „Erhalt und der Förderung der Selbständigkeit“ sowie der Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

In der praktischen Umsetzung war zum einen eine Anpassung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig, zum anderen mussten die gesetzlichen Leistungen der Pflegeversicherung, differenziert nach fünf Pflegegraden, neu kalkuliert werden und zwar so, dass es für bestehende Leistungsbezieher nicht zu einer Schlechterstellung kam. Vom Erfolg dieser Prozesse und der breiten Akzeptanz der gefundenen Lösungen hing die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs insgesamt maßgeblich ab. Dabei geriet zunächst in den Hintergrund, dass weitere Rahmenvorgaben, insbesondere für die Erbringer von Pflegeleistungen, an die neue Rechtslage angepasst werden mussten – allen voran die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, die u. a. explizit Art, Inhalt und Umfang der von den Pflegeunternehmen durchzuführenden Pflegesachleistungen verbindlich beschreiben.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit eigens zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzte Beirat (§ 18c SGB XI a.F.) hatte deshalb in einer Roadmap 2020 sieben Handlungsfelder benannt, die maßgeblich dazu beitragen, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um das neue Pflegeverständnis in die Praxis zu bringen mit dem Ziel, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für die beruflich Pflegenden, konkrete Verbesserungen im Pflegealltag zu erzielen.²⁴ So müsste z. B. der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff leitend für eine neue inhaltliche Festlegung konkreter Pflegeleistungen durch die Partner der Selbstverwaltung (Leistungserbringer und Kostenträger) sein. Weiterhin wären entsprechend des Einsatzes von qualifiziertem bzw. weitergebildetem Pflegepersonal, angepasste Qualitätssicherungssysteme und nicht zuletzt adäquate Vergütungsregelungen durch die Vertragsparteien erforderlich.

Während die organisatorische Umstellung des Systems auf die neuen Pflegegrade Ende 2016/Anfang 2017 relativ reibungslos im vorgegebenen Zeitplan verlief, lassen sich Ende 2023 bezüglich einer Neuausrichtung der Pflegekonzeptionen in der professionellen Pflege immer noch nur unzureichende Entwicklungen vermelden. Insbesondere in der ambulanten Pflege fehlen in fast allen Bundesländern die rahmenrechtlichen Vereinbarungen dafür. Der häufig zitierte Perspektivwechsel weg von einer Defizitorientierung (teilweise oder vollständige Übernahme von Verrichtungen) hin zu einer auf Ressourcen fokussierten und personen-zentrierten Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen, der dabei unterstützt werden soll, trotz Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen, wird im Pflegealltag bisher nur von wenigen, meist teilstationären Einrichtungen systematisch umgesetzt.

²⁴ Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Roadmap zur weiteren Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis. Februar 2020. Vgl. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-2020-03-09-roadmap-weitere-umsetzung-pbb-versandfassung.pdf>. [Abgerufen am 11.12.2023]

Hierfür können als Beweggrund auch nicht nur die sicherlich überbordenden Belastungen aller Beteiligten durch die Pandemie angeführt werden. Es frustriert vor allem die engagierten Pflegefachpersonen, denen mehr Flexibilität und fachlicher Freiraum beim Erbringen pflegerischer Leistungen avisiert wurde²⁵ und von denen eine an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtete Pflege auch erwartet wird, wie die Befragungen im Rahmen der Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) ergaben (vgl. u. a. Schmutz et al. 2020: 12). Wenn weiterhin in fast allen Bundesländern z. B. in der ambulanten Versorgung primär nur eng definierte Leistungskomplexe (z. B. kleine Morgentoilette oder Zubereitung einer Mahlzeit) abgerechnet werden können, bleibt kaum Spielraum für individuelle Bedarfe, für das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, für eine gezielte Ressourcenförderung oder für Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation.

In einigen Bundesländern wurden zwar die Landesrahmenverträge in der ambulanten Pflege bzw. die entsprechenden Leistungskataloge in den letzten Jahren von der gemeinsamen Selbstverwaltung überarbeitet und auch z. B. einzelne Positionen, wie Betreuungsleistungen, mit Zeitvergütung ergänzt. Aber nach Auffassung einer Expertengruppe bilden diese „noch keinen ausreichenden Rahmen für ein Vertragswerk ab, das

- ◆ den Erhalt und die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen,
- ◆ die Stärkung der Pflege- und Selbstpflegekompetenzen, insbesondere durch Information, Beratung und Anleitung (Edukation),
- ◆ die Stabilisierung der Versorgungssituation und
- ◆ die Vielfalt der Bedarfskonstellationen in der häuslichen Umgebung

angemessen in den Blick nimmt.“²⁶

Infolge der fehlenden Anpassungen in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen könne es bisher kaum zu Veränderungen in der konkreten Ausgestaltung der Angebote und Pflegekonzepte und damit der Strukturen und Prozesse innerhalb der Pflegeeinrichtungen kommen, die die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gesetzlich erweiterten Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Personen adäquat abdecken.

Damit dieser Prozess insbesondere in der ambulanten Pflege nun vorankommen kann, hat Ende 2021 eine Expertengruppe mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit einen konzeptionellen Vorschlag für die Beschreibung „pflegerischer Aufgaben“ in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI für die ambulante Pflege vorgelegt, der auf der Website des Pflegenetzwerks Deutschland abrufbar ist.

²⁵ Siehe dazu Wingenfeld & Büscher (2017).

²⁶ Vgl. Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege [...] (2021).

Weiterhin hat das IGES Institut im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemeinsam mit Praxisvertreterinnen und -vertretern in dem Projekt TRANSFORM einen „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ erarbeitet (Nolting et al., 2019). Es bleibt zu hoffen, dass diese Impulse in naher Zukunft dazu beitragen, dass die zuständigen Stellen in den Bundesländern die notwendigen strukturellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen schaffen.

7.4 Mangelnde Präventionsorientierung der Pflegeleistungen

Auch wenn Gesundheitsförderung und Prävention in aller Munde sind, zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen immer noch durch eine mangelnde Präventionsorientierung aus. Der Anteil der jährlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten an den laufenden Gesundheitsausgaben (d. h. ohne Investitionen) lag im Zeitraum 2013 bis 2019 stabil bei 1,9 % (und sank in den beiden Corona-Jahren auf 1,6 % (2020) bzw. 1,7 % (2021) ab).²⁷

Da sich die Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, die sich im Alter beobachten lassen, nur zu rund 25 % auf genetische Faktoren zurückführen lassen und zu rund 75 % das Ergebnis der im Laufe des Lebens an den Tag gelegten Verhaltensweisen und äußeren Einflüsse sind, wird der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Laufe des gesamten Lebens für die Entstehung (bzw. Vorbeugung) von Pflegebedürftigkeit besonders deutlich.

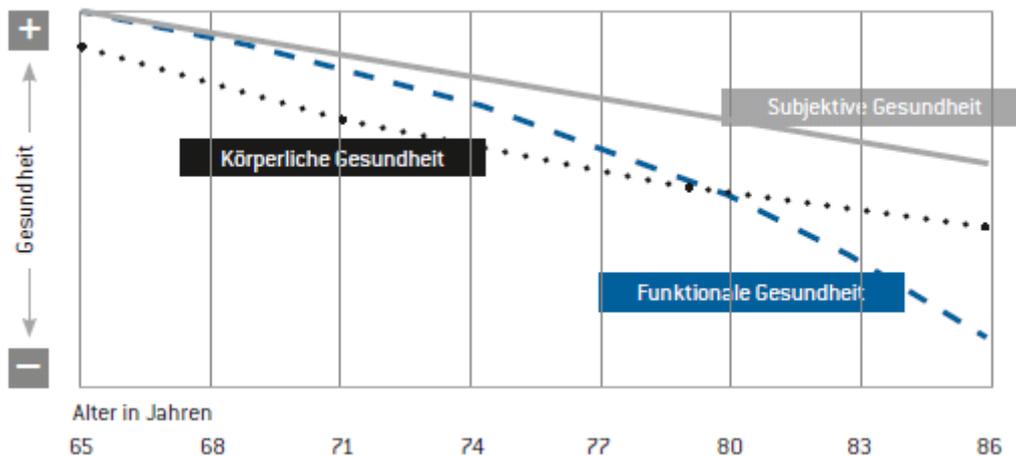
Insbesondere in alternden Gesellschaften nehmen nicht-übertragbare, altersbedingte und teilweise auch chronische Erkrankungen einen wachsenden Stellenwert ein. Aus der Erkenntnis heraus, dass Menschen trotz Erkrankungen eine hohe subjektive Lebensqualität erreichen können, hat die WHO den Gesundheitsbegriff in ihrer Verfassung 1946 wie folgt gefasst: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2014). Mit Blick auf das Altern wurde „Healthy Ageing“ als Prozess der Herausbildung und Erhaltung der funktionalen Fähigkeiten definiert, die Wohlbefinden im Alter ermöglichen (WHO 2015).

Die folgende Abbildung 37 verdeutlicht die Entwicklung von körperlicher und funktionaler Gesundheit in höherem Alter: Mit zunehmender Schwere und Anzahl von Erkrankungen verschlechtert sich auch die funktionale Gesundheit. Während gesundheitliche Beeinträchtigungen zunächst noch kompensiert werden können (funktionale Gesundheit besser als körperliche), verschlechtert sich die funktionale Gesundheit ab dem Alter von rund 80 Jahren deutlich schneller als die kör-

²⁷ Daten Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Abruf unter www.gbe-bund.de am 10.12.2023.

perliche Gesundheit und dadurch erhöht sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich. Komorbiditäten wie Depression und Schmerzen führen dabei in besonderem Maße zur Verschlechterung der Lebensqualität.

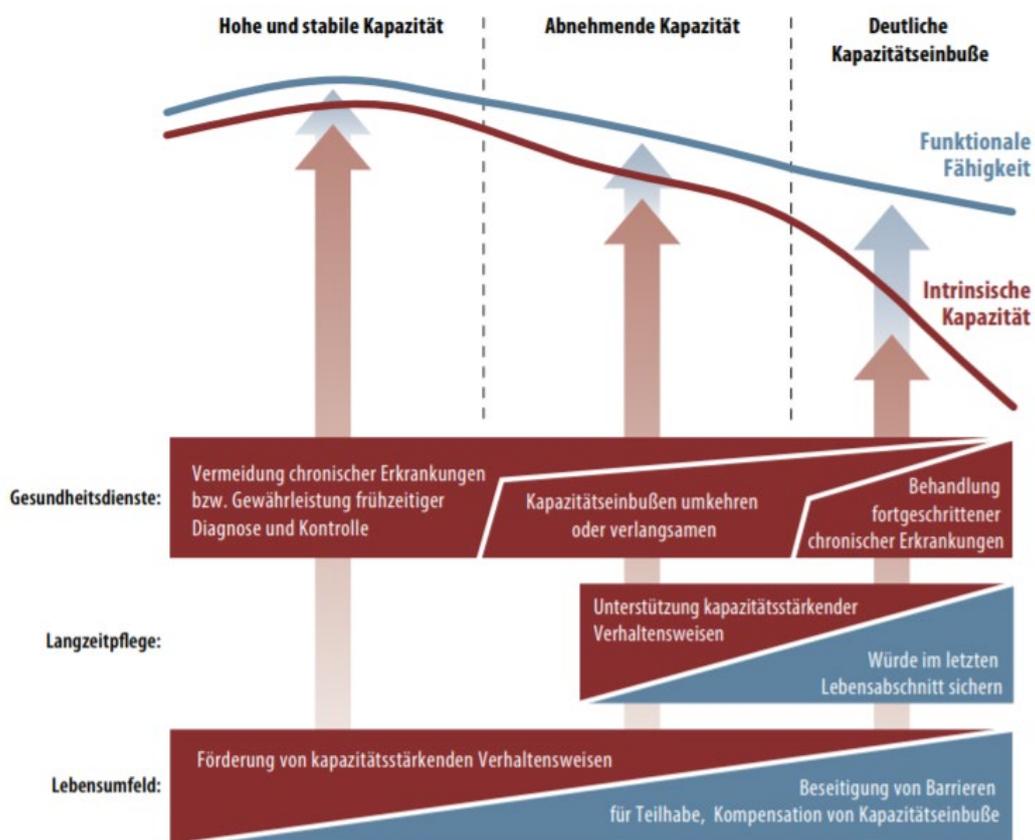
Abbildung 37: Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter



Quelle: DZA (2013)

Entsprechend diesen Erkenntnissen hat die WHO 2015 in ihrem World Report on Ageing and Health einen konzeptionellen Rahmen für die Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems entwickelt (vgl. Abbildung 38) und allgemeine Public-Health-Handlungsansätze für die Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte auf den Ebenen Gesundheitsversorgung, Pflege und Umwelt/Infrastruktur formuliert (vgl. unterer Bereich in Abbildung 38): Für Personen, die sich (unabhängig vom Lebensalter) im ersten Stadium auf hohem Ressourcenniveau befinden, stehen die Prävention chronischer Erkrankungen und die Förderung gesunder Lebensstile im Vordergrund. Haben sich bereits chronische Erkrankungen manifestiert, gilt es, deren Folgewirkungen zu minimieren und funktionalen Einschränkungen vorzubeugen – die Rolle förderlicher Umweltfaktoren für Personen im zweiten Stadium sinkender Kapazitäten nimmt zu. Sind die individuellen Ressourcen schließlich infolge fortschreitender Erkrankung und/oder hohen Alters in hohem Maße aufgebraucht, sinkt auch die Funktionsfähigkeit (drittes Stadium), und es entsteht Pflegebedarf. Langzeitpflege hat die Aufgabe, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht (WHO 2015: 32 ff.).

Abbildung 38: Konzeptioneller Rahmen der WHO für Gesundes Altern



Quelle: WHO 2015.

Die Gesundheitsversorgung einschließlich Langzeitpflege hierzulande fokussiert immer noch zu sehr auf einzelne Krankheitsbilder und medikamentöse Behandlungen, kaum dagegen auf die gravierenden Folgen chronischer Erkrankungen für die Lebensqualität und die Funktionalität im Alltag (Güthlin et al. 2020). Die vielfach diskutierten, unterschiedlichen Systemlogiken von SGB V und SGB XI gehen darüber hinaus mit Versorgungsbrüchen und Fehlanreizen auf Seiten der Kostenträger einher, frühzeitig Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit einzuleiten.

Internationales Beispiel – Konzept CAPABLE, USA

Das Versorgungsmodell CAPABLE (**C**ommunity **A**ging in **P**lace, **A**dvancing **B**etter Living for **E**lders) wurde 2009 in den USA entwickelt und erfolgreich im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie getestet (Szanton et al. 2015). Es zielt darauf ab, umweltbezogene Hemmnisse und Barrieren sowie Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit abzubauen, um älteren Menschen mit Hilfebedarf einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Ausgangspunkt für die Konzeptentwicklung war die Erkenntnis, dass sich im Alter mit chronischen Erkrankungen die Prioritäten verschieben und der Erhalt der funk-

tionalen Gesundheit in den Vordergrund tritt. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch primär auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, so dass die Versorgungsmodelle die funktionalen Herausforderungen im Alter kaum berücksichtigen und es auch noch wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Wirkungszusammenhängen gibt. Das wiederum geht einher mit Vergütungsmodellen, die auf Diagnostik und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen zugeschnitten sind, aber nicht auf Leistungen zur Förderung der Funktionsfähigkeit und Selbstpflege. Da aber Einbußen der physischen und psychischen Funktionen mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind, könnten neuartige Vergütungsmodelle, die anstelle der Vergütung von Einzelleistungen eine Kopfpauschale je Versicherten beinhalten, bei älteren Personen Anreize bieten, die Selbständigkeit bzw. funktionale Gesundheit stärker in den Blick zu nehmen, um u. a. Krankenhausaufenthalte oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Veränderung des Fokus in der Versorgung Älterer von krankheitsbezogen zu funktionsbezogen und das Investment in die Förderung der funktionalen Gesundheit rentieren sich bereits in kurzer Frist, denn Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei älteren Menschen verursachen kurzfristig hohe Kosten. Das Konzept CAPABLE konnte diesen Zusammenhang bestätigen (vgl. Szanton & Gitlin 2016: 106).

CAPABLE ist in dreifacher Hinsicht innovativ (Szanton & Gitlin 2016: 106 f.):

- ◆ Die funktionale Gesundheit, die ein Schlüsselfaktor zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben bei Älteren ist und gleichzeitig deren höchste Präferenz, erhält einen neuen Stellenwert in der Versorgung.
- ◆ Es betrachtet die Person in ihrer häuslichen Umgebung bzw. ihrem Lebensumfeld und berücksichtigt damit den Einfluss des Wohnens auf die Gesundheit. Sicherheit und Barrierefreiheit in der Häuslichkeit verbessern das Wohlbefinden und senken die Gesundheitsausgaben.
- ◆ CAPABLE konzentriert sich auf die von den älteren Personen selbst identifizierten und zu erreichenden Ziele bei der Stärkung der funktionalen Gesundheit (Konzept „person-directed“) und hilft ihnen, diese durch Entwicklung aufeinander abgestimmter personeller und umweltbezogener Aspekte zu erreichen.

Zielgruppe von CAPABLE sind funktional eingeschränkte Personen ab 65 Jahren, die noch zu Hause leben und Leistungsansprüche sowohl bei Medicare als auch Medicaid haben (d. h., dass diese Personen u. a. über ein nur geringes Einkommen verfügen). Weitere Einschlusskriterien sind: geringe kognitive Einschränkungen (MMSE \geq 24, Demenz-Früherkennung durch Mini-Mental-Status-Test), weniger als drei Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten und dass sie bei Antragstellung ohne professionelle Hilfe (ambulanter Pflegedienst o. ä.) sind.

Die Intervention beinhaltet im Kern bis zu zehn Hausbesuche à 60 bis 90 Minuten über einen Zeitraum von fünf Monaten. Diese werden in definierter Reihenfolge von einem multiprofessionellen Team durchgeführt, das aus einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten, einer Pflegefachperson (Registered Nurse) und

Handwerkerinnen bzw. Handwerkern besteht. Der Erstbesuch erfolgt durch die ergotherapeutische Fachkraft, danach werden durch die Handwerkerinnen und Handwerker innerhalb von vier Wochen die erforderlichen kleineren Wohnraumanpassungen vorgenommen (Installation von Handgriffen und -läufen, rutschhemmenden Laufflächen, Beleuchtung, Erhöhung der Toilette, Beseitigung von Stolperfallen etc. – Ausgaben von bis zu \$ 1.300 pro Haushalt). Der erste von vier Hausbesuchen der Pflegefachperson findet vier Wochen nach dem Erstbesuch statt.

In ihren ersten Besuchen führen die **Ergotherapeutinnen und -therapeuten** und die Pflegefachpersonen jeweils ein Assessment (halbstrukturierte klinische Interviews) zur Erfassung der Ausgangslage durch. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin oder dem Ergotherapeuten identifiziert die pflegebedürftige Person Bereiche mit funktionalen Einschränkungen und wählt drei Bereiche/Ziele als prioritär für die Intervention aus. Nachdem sich die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut vor Ort einen Eindruck vom Alltag der Klientin bzw. des Klienten und der Bewältigung der als prioritär benannten Tätigkeiten verschafft hat, werden diese im Hinblick auf Sicherheit, Effizienz, Defizite und vorhandene umweltbezogene Barrieren oder Förderfaktoren evaluiert. Nach Abstimmung möglicher Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen mit der pflegebedürftigen Person (ebenfalls an den selbst definierten Prioritäten orientiert) wird der Auftrag zur Wohnraumanpassung ausgelöst. Nachdem diese umgesetzt ist, kann ergotherapeutisch die richtige Nutzung von Einbauten und Hilfsmitteln trainiert werden. Der letzte ergotherapeutische Hausbesuch dient der Evaluation der Zielerreichung und der Förderung der weiteren Verstärkung der eingeübten Routinen.

Die **Pflegefachperson** unterstützt im Rahmen ihrer ca. drei Folgebesuche die gezielte Förderung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in den pflegebezogenen prioritären Handlungsfeldern (die sich aus den ausgewählten Prioritäten ableiten). Sie konzentriert sich auf die Bereiche Schmerz- und Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Kraft und Balance und fördert die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zur Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Weit verbreitet ist bspw. die Anleitung und Durchführung von Bewegungsübungen des OTAGO-Programms.²⁸ Der letzte Hausbesuch dient ebenfalls der Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen sowie der Förderung der nachhaltigen Umsetzung im Alltag.

Bei 79 von 100 Programmteilnehmenden (Altersdurchschnitt 74 Jahre) konnte eine Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten erreicht werden – verschlechtert haben sich im Fünf-Monatszeitraum nur 8 %. Die Schwierigkeiten der Teilnehmenden bei vier von acht Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) zu Beginn verringerten sich innerhalb von fünf Monaten auf 2,2 ADL. Auch bei den instrumentellen Aktivitäten

²⁸ Das OTAGO Exercise Program ist ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention durch muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit stufenweiser Erhöhung des Trainingsniveaus. Es wurde speziell für Menschen ab dem 65. Lebensjahr entwickelt. Die Durchführung des Programms übernehmen geschulte Gesundheitsfachkräfte (Robertson & Campbell 2013).

des täglichen Lebens (IADL) verbesserte sich das Ergebnis (von 4,1 auf 3,1). Der Anteil der Teilnehmenden, die keine Beeinträchtigungen der Mobilität aufwiesen, verdreifachte sich nach Abschluss der Intervention, bei der Selbstversorgung konnte der Anteil ohne Einschränkungen im Vergleich zum Ausgangswert verdoppelt werden. In der Gruppe der Personen mit Depression konnten die Symptome signifikant verringert werden (Schweregrad von durchschnittlich 10,1 auf 6,3). Keiner der Teilnehmenden ist in ein Pflegeheim umgezogen.

Die Gesamtkosten von CAPABLE beliefen sich auf \$ 3.300 pro Teilnehmenden. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie konnte ein finanzieller Vorteil des Programms in Bezug auf die Gesundheitskosten insgesamt nachgewiesen werden.

Die größte Herausforderung bei der Implementierung des Programms ist die Schulung des Gesundheitspersonals: „Person-directed“ erfordert die Akzeptanz, die von der pflegebedürftigen Person benannten Prioritäten in den Mittelpunkt des Versorgungsprozesses zu stellen, und nicht, wie beim Disease-Management-Ansatz, medizinisch begründete Zielgrößen. Es zeigte sich jedoch, dass die immense Schubkraft, die bei den Klienten mit selbst gesteckten Zielen im Verlauf von fünf Monaten mobilisiert werden konnte, eine hohe Überzeugungswirkung hat.

Auf Basis der Erkenntnisse des Projektes CAPABLE wird zur Stärkung von Prävention im Rahmen der SPV vorgeschlagen, bei ambulanter Versorgung eine Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ einzuführen (in Anlehnung an die Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ gem. § 46 Abs. 2 SGB IX für Kinder mit Behinderung). Diese Komplexleistung soll frühestmöglich nach Erteilung des Pflegegrades erbracht werden. Sie umfasst neben der Bedarfsermittlung durch Gesundheitsfachkräfte auch die Information, Beratung und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten, die es mittels Gesundheitsförderung und Prävention überhaupt gibt. Dabei wird angenommen, dass nach erfolgter Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung eine ganz andere Offenheit für diese Thematik gegeben ist als im Rahmen der Begutachtung.

Die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ beinhaltet ein Fallmanagement und enthält, orientiert am Konzept CAPABLE, folgende Leistungen, die je nach Bedarfslage teilweise oder komplett erbracht werden:

1. umfassende, interdisziplinäre und standardisierte Bedarfsermittlung bezogen auf Gesundheit und Pflege im Rahmen von ein bis zwei Hausbesuchen mit teilnehmender Beobachtung (geschultes Fachpersonal: Ergo- oder Physiotherapeut und Pflegefachkraft)
2. Priorisierung der ermittelten Bedarfe durch den Versicherten, gemeinsame Festlegung von Zielen und Auswahl von passenden Maßnahmen zur Gesundheit und Pflege
3. Schulung und Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahmen im Alltag über einen Zeitraum von sechs Monaten

4. Evaluation der Wirksamkeit im Hinblick auf die individuellen Ziele und ggf. Anpassung der Maßnahmen
5. nach acht bis neun Monaten telefonische Kontaktaufnahme und bei Bedarf erneuter Hausbesuch

Bei Sachleistungsempfängern kann die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ vom ambulanten Pflegedienst, aber auf jeden Fall getrennt vom Erstbesuch, erbracht werden. Bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern – das waren 2021 rund 61 % der ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf – sollte die Pflegekasse mit dem Bescheid zur Erteilung des Pflegegrades auf den Komplexleistungsanspruch hinweisen und, analog zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, einen konkreten Termin anbieten. Eine Beratung gem. § 7a SGB XI könnte zeitlich mit dieser Leistung kombiniert werden, jedoch nur, wenn die Versicherten diese in ihrer Häuslichkeit in Anspruch nehmen möchten.

Durch die im Rahmen von CAPABLE nachgewiesene Verbesserung der Selbständigkeit ist zu erwarten, dass die Maßnahme wirtschaftlich ist, d. h. dass die zusätzlichen Kosten der Komplexleistung durch den Nutzen überkompensiert werden (u. a. längerer Verbleib in der Häuslichkeit, Hinauszögern von Höherstufungen, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten). Dies könnte im Rahmen eines Modellprojektes gem. § 8 Abs. 3a SGB XI überprüft werden.

Aber auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist das derzeitige Versorgungssystem noch viel zu wenig darauf ausgelegt, deren weiterer Verschlechterung vorzubeugen. Angesichts der Zielsetzung häuslicher Pflege – „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 36 Abs. 2 SGB XI) – muss pflegerisches Handeln sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im engeren Sinn (Krankheiten) als auch die funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen in ihrer Gesamtheit betrachten, aber spezifisch mit Blick auf die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit. Das erfordert, wie auch vielfältige internationale Erfahrungen zeigen, insbesondere

- ◆ die Umsetzung eines personen-zentrierten Ansatzes, der auch das familiäre Umfeld einschließt,
- ◆ ein Case Management zur Steuerung und Koordinierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie
- ◆ eine enge Abstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsfachkräften (idealerweise in einem multiprofessionellen Team).

Um aus Sicht der Leistungserbringer diese Punkte umsetzen zu können, bedarf es auch veränderter Rahmenbedingungen – auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI an den

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde bereits hingewiesen (siehe Abschnitt 7.3). Ein weiteres Hauptthema ist die mangelnde Kooperation der Ärzteschaft, deren Leistungserbringung sozial- und vergütungsrechtlich primär krankheitsbezogen ausgerichtet ist. Ebenso hemmen die unselbständige Rolle beruflich Pflegenden sowie der noch kaum ausgeprägte Einsatz hochqualifizierter Pflegefachpersonen diesen Prozess. Mit mehr Eigenverantwortung in Diagnostik und Therapie könnten akademisch ausgebildete Fachpersonen Ärztinnen und Ärzte entlasten sowie Prozesse vereinfachen und beschleunigen. Konkrete Vorschläge zu erweiterten Aufgaben entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen wurden z. B. im Projekt 360°Pflege erarbeitet (vgl. Robert Bosch Stiftung o. J.). Und drittens werden derzeit die Leistungen eines Case Managements (Bedarfsanalyse, Steuerung und Vernetzung) nicht vergütet, wie die vielen Modellprojekte mit diagnose-spezifischen Gesundheitslotsen bundesweit verdeutlichen.²⁹

Exkurs: Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung

2021 wählten 51,5 % der Leistungsempfänger der SPV Pflegegeld, darunter auch 325.000 Personen in den Pflegegraden 4 und 5. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger noch bei 45,6 %.

Personen mit der Hauptleistungsart Pflegegeld werden, wenn sie nicht eine Tagespflege besuchen, regelmäßig ohne professionelle Pflege, von Angehörigen bzw. sonstigen Personen versorgt. Wofür die Pflegehaushalte das Pflegegeld ausgeben, ist weitgehend unbekannt. Wie aus der folgenden Abbildung 39 hervorgeht, verweist der größte Anteil der 2021 im Rahmen einer Studie des Sozialverbands Deutschland (VdK) befragten Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger pauschal auf „laufende Ausgaben“, die eher nicht pflegespezifisch sind. Die pflegebedürftigen Personen selbst nennen mit knapp 60 % am häufigsten die Verwendung des Pflegegeldes als Aufwandsentschädigung für Angehörige bzw. Hauptpflegepersonen. Rund ein Drittel setzt das Geld für Dienstleistungen, die im Leistungskatalog der SPV nicht vorgesehen sind, ein.

²⁹ Siehe dazu die Landkarte der Lotsenprojekte des BMC <https://www.bmcev.de/gesundheitslotsen/>. [Abgerufen am 11.12.2023].

Abbildung 39: Verwendung des Pflegegeldes, 2021 (Mehrfachnennungen)

	Angehörige (n=16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n=3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8%	41,7%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6%	33,7%
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6%	59,2%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6%	25,5%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4%	3,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2%	12,2%
Sonstiges	18,2%	15,7%

Quelle: Büscher et al. (2023)

Wenn steigende fachliche Anforderungen an die pflegerische Versorgung, wie mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff intendiert, einhergehen mit Pflegesettings, die zunehmend ohne professionelle pflegerische Unterstützung agieren, ist das im Hinblick auf die Zielstellung einer „Stabilisierung der Pflegesituation“ problematisch. Der Pflegegeldbezug sollte daher künftig nicht nur an die verpflichtenden Beratungsbesuche (§ 37 Abs. 3 SGB XI) gekoppelt werden, sondern zusätzlich beispielsweise an das Absolvieren einer Beratung (z. B. gem. § 7a SGB XI) und eine Schulung der pflegenden Privatpersonen, insb. bei der Betreuung von Menschen mit Demenz.

7.5 Finanzierungsstrukturen und Effizienzpotenziale in der ambulanten Pflege

Bei den betrieblichen Strukturen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste (Größe der Dienste und Anzahl der versorgten Klienten, der durchschnittliche Anteil des Personals in Pflege und Betreuung variiert auf Länderebene zwischen 69 % und 84 %, viele Dienste sind in Trägerstrukturen eingebunden und teilen sich das Personal), der regionalen Gegebenheiten (Einzugsgebiete, Wegstrecken etc.) und des Leistungsspektrums (SGB V, XI und XII-Leistungen, weitere Leistungen für Privatpayer) zeigt sich eine große Vielfalt.

Ebenso fällt auch die Entwicklung der je Person in Pflege und Betreuung versorgten Anzahl an Klientinnen und Klienten in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen aus (während diese im Zeitraum 2013 bis 2019 in Sachsen um 20 % zunahm, verringerte sich diese Kennzahl gemäß Daten der Pflegestatistik in Hessen um knapp 17 %). Da sowohl die je Klientin/Klient erbrachte Leistungsmenge als auch der Umfang des je Beschäftigten verfügbaren Arbeitszeitvolumens berücksichtigt

werden müssten, lassen sich mit den verfügbaren Daten keine Aussagen zur tatsächlichen Entwicklung der Arbeitsproduktivität ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ableiten.

Der demografisch bedingt wachsende Anteil von pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung und der gleichzeitige Engpass auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte machen es allerdings erforderlich, die vorhandenen (Personal-)Ressourcen optimal in der Versorgung einzusetzen und noch vorhandene Effizienzreserven zu erschließen.

Im Rahmen einer von 2020-2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege wurde eine große Bandbreite an Effizienzpotentialen infolge einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege deutlich (Hahnel et al., 2022). So hat der Einsatz technischer Anwendungen das Potenzial, in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten eine effiziente Touren- und Dienstplanung sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen und dadurch u. a. Wege- und Fahrtzeiten einzusparen und das verfügbare Personal zielgerichteter einzusetzen. Weitere Effizienzpotentiale ergeben sich aus der Veränderung der Arbeitsorganisation bzw. dem Einsatz und der verbindlichen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen.

Im Ergebnis der Studie wurden auf Basis einer breiten empirischen Grundlage identifizierte Handlungsempfehlungen in der ambulanten Pflege insgesamt neun Themenfelder zugeordnet und in einem interaktiven, multimedialen Handlungsleitfaden zusammengefasst.³⁰ Die Empfehlungen haben das Ziel, ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Leistungserbringer), Pflege- und Krankenkassen und weiteren Kostenträgern praktische Ansatzpunkte und Hinweise zu Möglichkeiten der Verbesserung der Koordination in der ambulanten Pflege zu geben.

Die Berücksichtigung dieser Effizienzpotentiale kann die Pflegeeinrichtungen aber auch die Kostenträger unterstützen, die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen effizienter und wirtschaftlicher zu gestalten.

³⁰ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Sonstiges/koordinierung_ambulante_pflege_handlungsleitfaden_bf.pdf [abgerufen am 21.02.2024]

8. Zusammenfassung

Gegenstand dieses Auftrags war die Erstellung szenarienbasierter Modellrechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 auf Basis einer Fortgeltung des aktuellen Rechts. Das Ziel war dabei, die Entwicklung des zur Finanzierung der prognostizierten Ausgaben notwendigen Beitragssatzes aufzuzeigen. Dabei sollten einerseits in den Modellrechnungen auch über geltendes Recht hinaus Varianten möglicher künftiger Regelungen (z. B. eine allgemeine Leistungsdynamisierung ab 2028) einbezogen und andererseits die Ausgabenseite der SPV nach den verschiedenen Ausgabenträgern dargestellt werden. Betrachtet wurden insgesamt neun Szenarien, die hinsichtlich unterschiedlicher Annahmen zur Dynamisierung der Pflegeleistungen, zur Lohnentwicklung und zur Entwicklung der Pflegeprävalenz bzw. der Anzahl der Pflegebedürftigen ausgestaltet wurden. Ein weiteres Ziel des Auftrags lag darin, strukturelle Probleme, Effizienzpotenziale und Fehlanreize im System der sozialen Pflegeversicherung aufzuzeigen.

Im Ergebnis zeigt sich, dass alle drei szenariendefinierenden Merkmale (Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Entwicklung der Pflegeprävalenz) zur Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes beitragen, sodass diese sich aus dem Zusammenwirken aller drei Merkmale ergibt. In der Tendenz bestimmt die Lohnentwicklung im Zusammenwirken mit der Entwicklung der Pflegeprävalenz die Reihenfolge der Szenarien nach der Höhe des Beitragssatzes zu einem wesentlichen Teil. In den Szenarien mit geringer Lohnentwicklung (2,0 % p. a.) und gleichzeitig starker Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (1,9 % p. a.) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz über den längsten betrachteten Zeitraum (15 Jahre) ergibt sich der mit Abstand stärkste Beitragssatzanstieg bis auf 5,5 % bzw. 5,8 % im Jahr 2060 (gegenüber einem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz von 3,2 % im Basisjahr 2022). Hingegen könnte der ausgabendeckende Beitragssatz bei starker Lohnentwicklung (4,0 % p. a.) und gleichzeitig geringem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (+1,0 %) bzw. einem Anstieg der Pflegeprävalenz nur über die kommenden 5 Jahre sogar sinken (auf 2,9 % im Jahr 2060, wenn die Pflegeleistungen in Höhe von 1,5 % p. a. dynamisiert werden).

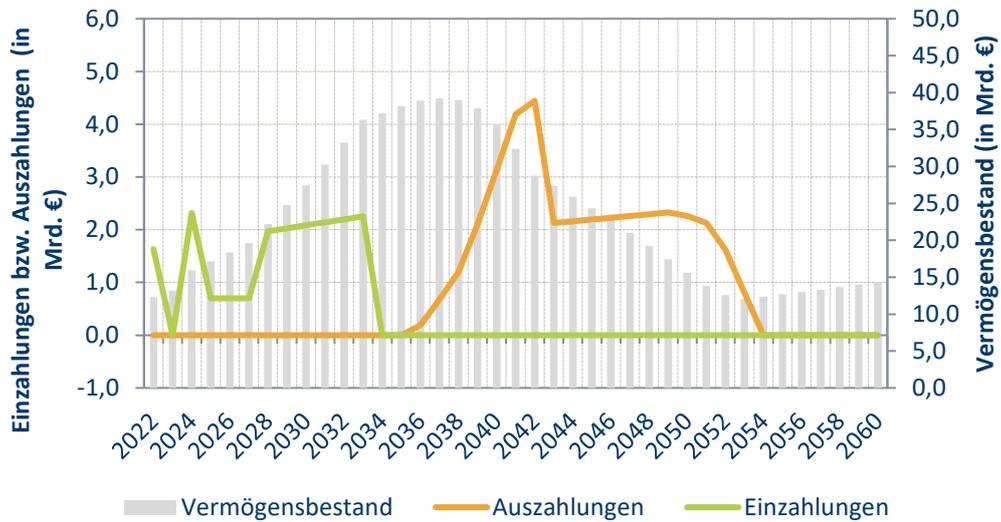
9. Anhang

- A1 Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien**
 - A2 Kontengruppierung PV 45**
 - A3 Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV**
-

A1 Ergebnisdarstellung Pflegevorsorgefonds in allen Szenarien

Szenario 1

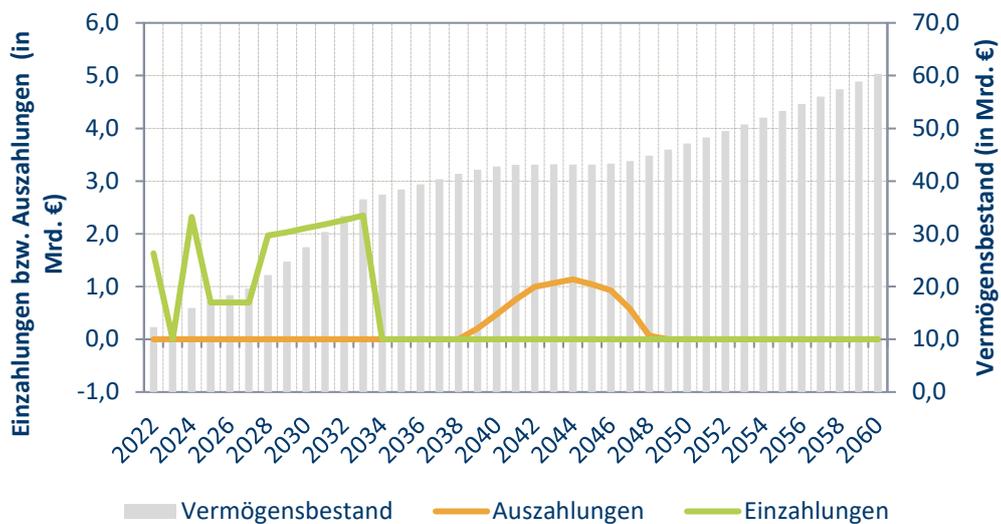
Abbildung 40: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 1) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 2

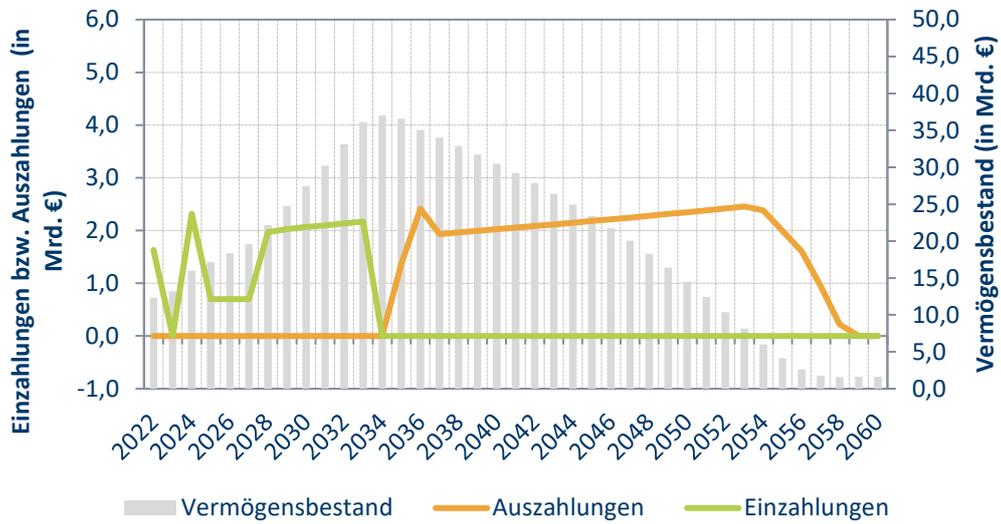
Abbildung 41: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 2) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 3

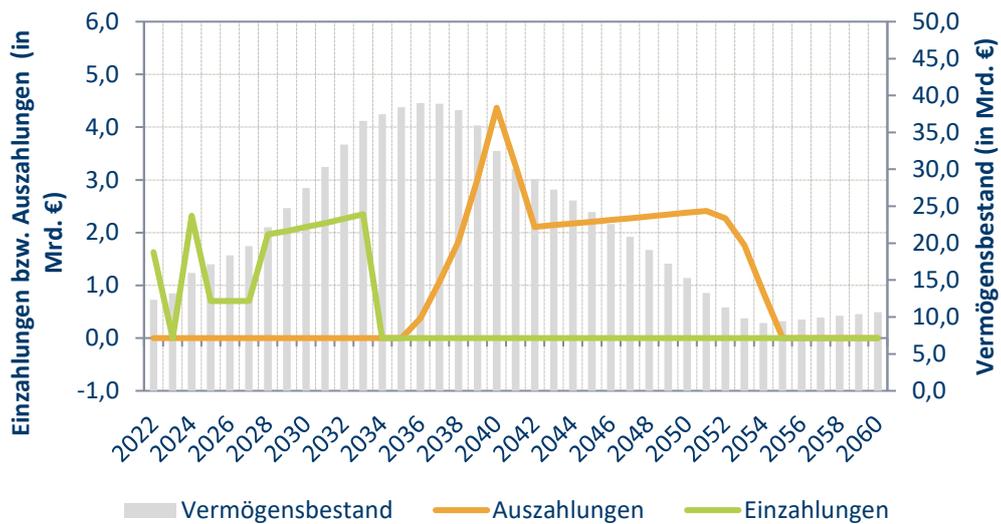
Abbildung 42: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 3) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 5

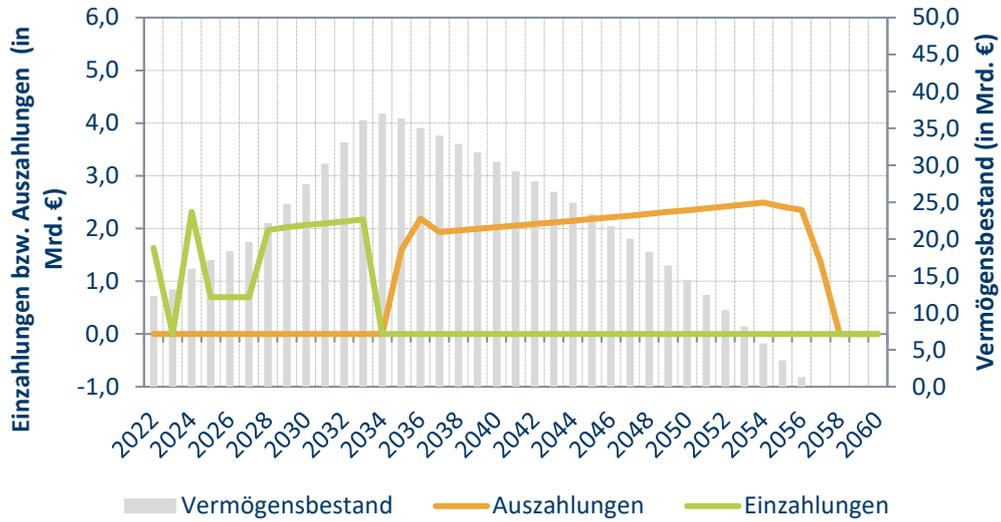
Abbildung 43: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 5) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 6

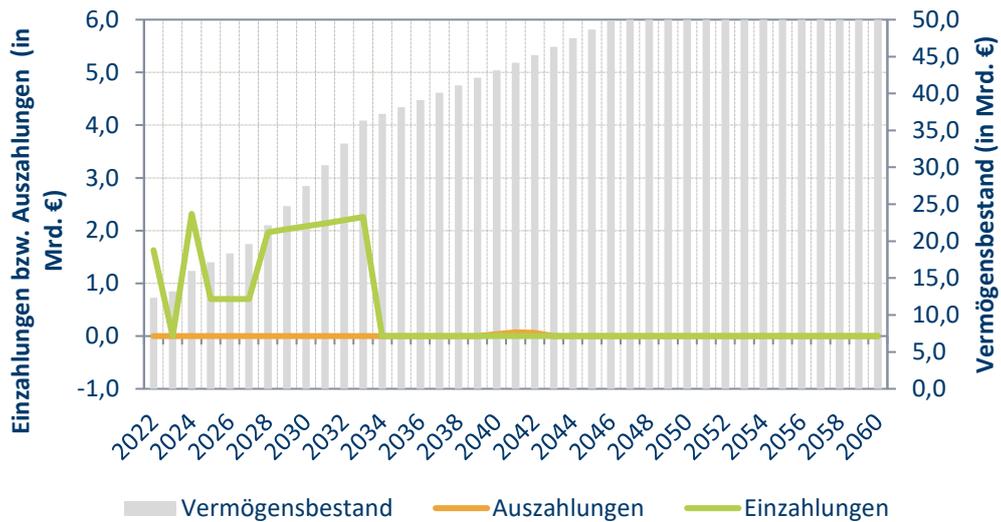
Abbildung 44: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 6) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 7

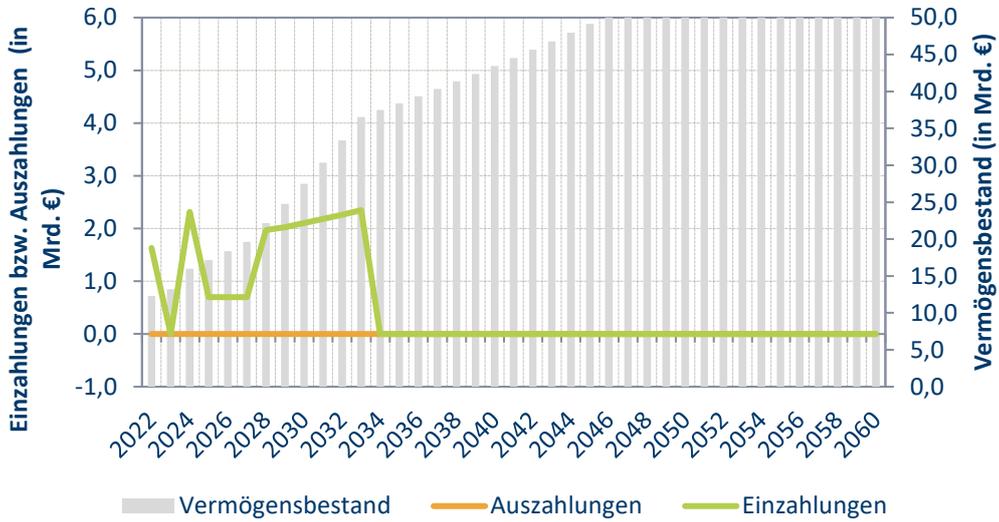
Abbildung 45: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 7) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 8

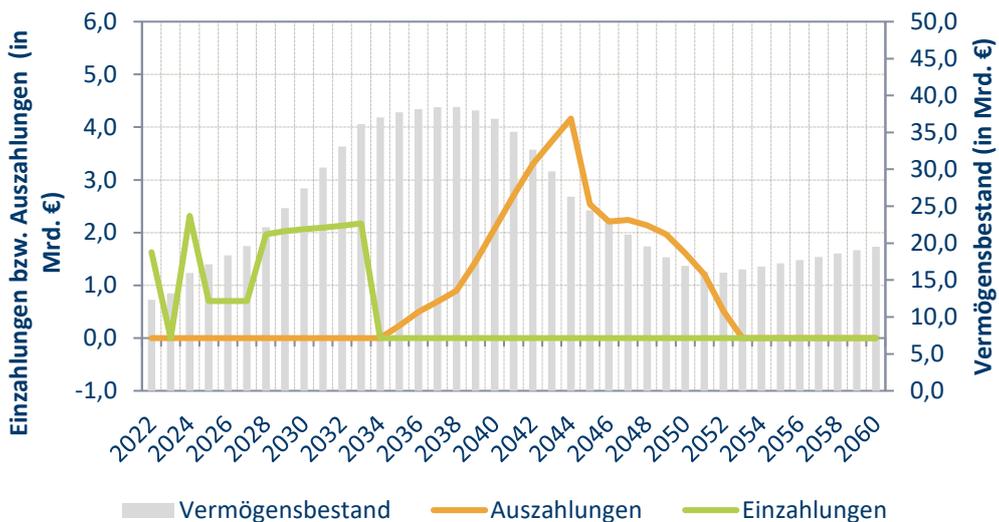
Abbildung 46: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 8) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

Szenario 9

Abbildung 47: Pflegevorsorgefonds: Einzahlungen, Auszahlungen und Vermögensbestand (2022-2060) (Szenario 9) (in Mrd. €)



Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen des Projektionsmodells

A2 Kontengruppierung PV 45

Tabelle 9: Kontengruppierung PV 45

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
01	Beitrag Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch	2000	Beiträge für abhängig Beschäftigte (ohne 208) und Landwirte
01	Beitrag Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch	2011	Beiträge aus sonstigen Entgeltersatzleistungen
02	Beitrag freiwillig Versicherte	2080	Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2020	Beiträge aus Renten
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2022	Beiträge der Rentenantragsteller
03	Beitrag pflichtversicherte Rentner	2027	Beitragserstattungen aus Renten
04	Beitrag ALG I	2012	Beiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III (Ausgleichsfonds und LKK)
04	Beitrag ALG I	2014	Pauschale Kinderlosenzuschläge für versicherte Leistungsempfänger nach SGB III (Ausgleichsfonds und LKK)
05	Beitrag Bürgergeld	2013	Beiträge für versicherte Bürgergeld-Beziehende (Ausgleichsfonds und LKK)
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2028	Beiträge nach § 60 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 255 Abs. 2 Satz 2 SGB V
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2030	Beiträge für Altenteiler
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2040	Beiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2050	Beiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2060	Beiträge für nicht KV-Versicherte
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2061	Beiträge für nicht KV-Versicherte
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2070	Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte der KV mit Rentenbezug
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2071	Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte der KV ohne Rentenbezug
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2090	Beiträge für sonstige versicherungspflichtige Mitglieder
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2100	Beiträge aus der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2110	Beiträge aus der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2120	Beiträge von beigetretenen Mitgliedern
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2300	Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI
06	Beitrag sonstige Pflichtversicherte	2800	Säumniszuschläge auf Beiträge der Pflegeversicherung
07	Einnahmen Bundesmittel	3200	Einnahmen aus Bundesmitteln
09	Einnahmen PPV MBP	3802	Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen
10	Einnahmen GKV MBP	3900	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3804	Finanzierungsanteile der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3910	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen
11	Einnahmen für Pandemieerstattungen	3911	Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Prämien

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
12	Einnahmen für Energiehilfen	3660	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
12	Einnahmen für Energiehilfen	3661	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes für Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
12	Einnahmen für Energiehilfen	3662	Minderung der Verpflichtung aus der Zahlung des Bundes zum Ausgleich erstattungsfähiger Kosten der Energieberatung im Rahmen des Ausgleichs für steigende Energiekosten
13	Übrige Einnahmen	3010	Zinsen aus Geldanlagen
13	Übrige Einnahmen	3090	Sonstige Vermögenserträge
13	Übrige Einnahmen	3400	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
13	Übrige Einnahmen	3500	Bußgelder
13	Übrige Einnahmen	3501	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation
13	Übrige Einnahmen	3600	Gewinne der Aktiva
13	Übrige Einnahmen	3650	Gewinne der Passiva
13	Übrige Einnahmen	3800	Finanzierungsanteile der privaten Pflegepflichtversicherung für Modellprojekte und die Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie des Ehrenamtes und der Selbsthilfe
13	Übrige Einnahmen	3801	Finanzierungsanteil der privaten Pflegeversicherung für Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
13	Übrige Einnahmen	3803	Erstattungsanteile der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 1 PflBG
13	Übrige Einnahmen	3930	Verzugszinsen

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
13	Übrige Einnahmen	3932	Verzugszinsen von Krankenkassen
13	Übrige Einnahmen	3990	Übrige Einnahmen
21	Pflegesachleistung	4002	Pflegesachleistung - Pflegegrad 2 -
21	Pflegesachleistung	4012	Pflegesachleistung - Pflegegrad 3 -
21	Pflegesachleistung	4022	Pflegesachleistung - Pflegegrad 4 -
21	Pflegesachleistung	4032	Pflegesachleistung - Pflegegrad 5 -
22	Pflegegeld	4101	Pflegegeld - Pflegegrad 2 -
22	Pflegegeld	4111	Pflegegeld - Pflegegrad 3 -
22	Pflegegeld	4121	Pflegegeld - Pflegegrad 4 -
22	Pflegegeld	4131	Pflegegeld - Pflegegrad 5 -
23	Verhinderungspflege	4200	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
24	PWDB	4300	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
24	PWDB	4310	Pflegehilfsmittel/Aufwendungen für doppelfunktionale Hilfsmittel - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4311	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4312	Pflegehilfsmittel/Aufwendungen für doppelfunktionale Hilfsmittel - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4313	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung /Mobilität - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4320	Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen - Pflegegrad 2 bis 5 -
24	PWDB	4321	Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen - Pflegegrad 1 -

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
24	PWDB	4330	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4331	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 2 -
24	PWDB	4332	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 3 -
24	PWDB	4333	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 4 -
24	PWDB	4334	Digitale Pflegeanwendungen - Pflegegrad 5 -
24	PWDB	4340	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 1 -
24	PWDB	4341	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 2 -
24	PWDB	4342	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 3 -
24	PWDB	4343	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 4 -
24	PWDB	4344	Ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen - Pflegegrad 5 -
24	PWDB	4602	Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegegrad 2 bis 5
24	PWDB	4603	Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegegrad 1
24	PWDB	4900	Personalkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung
24	PWDB	4901	Personalkosten der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt
24	PWDB	4910	Sachkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung
24	PWDB	4911	Qualifizierung von Pflegeberatern
24	PWDB	4912	Sachkosten und Finanzierungsanteile der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt
24	PWDB	4920	Erstattungen an andere Pflegekassen

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
24	PWDB	4921	Erstattungen von anderen Pflegekassen
24	PWDB	4930	Erstattungen von anderen Pflegekassen
24	PWDB	4940	Erstattung an andere Stellen
24	PWDB	4941	Erstattung von anderen Stellen
24	PWDB	4950	Erstattungen von der privaten Pflegeversicherung
24	PWDB	4960	Finanzielle Beteiligungen an kommunalen Modellvorhaben nach §§ 123 und 124 SGB XI
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4400	Pflegekräfte
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4410	Direktzahlungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 1 PflBG
26	Leistungen Pflegepersonen	4500	Beiträge zur Rentenversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4501	Beiträge zur berufsständischen Versorgungseinrichtungen
26	Leistungen Pflegepersonen	4502	Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4503	Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
26	Leistungen Pflegepersonen	4510	Pflegekurse
26	Leistungen Pflegepersonen	4520	Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4521	Beiträge zur Rentenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4522	Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4523	Beiträge zur Krankenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4524	Beitragszuschuss zur Krankenversicherung an Personen mit Pflegeunterstützungsgeld

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
26	Leistungen Pflegepersonen	4525	Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus Pflegeunterstützungsgeld
26	Leistungen Pflegepersonen	4526	Betriebshilfe
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	4710	Vollstationäre Vergütungszuschläge (§ 43b SGB XI)
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	5300	Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 8 Abs. 6 SGB XI
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	5301	Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 84 Abs. 9 SGB XI
28	Vergütungszuschlag Teilstationär	4711	Teilstationäre Vergütungszuschläge
29	Vergütungszuschlag KZP	4712	Vergütungszuschläge in Kurzzeitpflegeeinrichtungen
30	Entlastungsleistung ambulant	4730	Entlastungsleistungen - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4731	Entlastungsleistungen - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4732	Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag (ohne Pflegegrad 1)
30	Entlastungsleistung ambulant	4740	Entlastungsleistungen Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4741	Entlastungsleistungen Kurzzeitpflege - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4742	Entlastungsleistungen ambulante Pflegedienste - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4743	Entlastungsleistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4744	Entlastungsleistungen für anderweitige Hilfen - Pflegegrad 1 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4750	Entlastungsleistungen Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4751	Entlastungsleistungen Kurzzeitpflege - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4752	Entlastungsleistungen ambulante Pflegedienste - Pflegegrad 2 bis 5 -

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
30	Entlastungsleistung ambulant	4753	Entlastungsleistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag - Pflegegrad 2 bis 5 -
30	Entlastungsleistung ambulant	4754	Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag - Pflegegrad 2 bis 5 -
31	Ausgaben Pandemie	4040	Pandemiebedingte Kostenerstattungen nach § 150 Abs. 5 SGB XI
31	Ausgaben Pandemie	4760	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – ambulante Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4761	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – ambulante Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4762	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4763	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4764	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – vollstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4765	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – vollstationäre Pflegeeinrichtungen –
31	Ausgaben Pandemie	4766	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen – stationäre Hospize –
31	Ausgaben Pandemie	4767	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen – stationäre Hospize –
31	Ausgaben Pandemie	4768	Pandemiebedingte Erstattungen für außerordentliche Aufwendungen - Angebote zur Unterstützung im Alltag -
31	Ausgaben Pandemie	4769	Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen - Angebote zur Unterstützung im Alltag -
31	Ausgaben Pandemie	4770	Besitzstandsschutz ambulant
31	Ausgaben Pandemie	4780	Corona-Prämien in ambulanten Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4781	Corona-Prämien in stationären Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4782	Corona-Prämien von anderen Arbeitgebern in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
31	Ausgaben Pandemie	4783	Corona-Prämien von anderen Arbeitgebern in stationären Pflegeeinrichtungen
31	Ausgaben Pandemie	4784	Sonderleistungen nach § 150c SGB XI
31	Ausgaben Pandemie	4790	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – ambulante Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4791	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – teilstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4792	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – vollstationäre Pflegeeinrichtungen -
31	Ausgaben Pandemie	4793	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – stationäre Hospize -
31	Ausgaben Pandemie	4794	Pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten – Angebote zur Unterstützung im Alltag -
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4800	Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4801	Förderung des Ehrenamtes
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4802	Förderung der Selbsthilfe
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4810	Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4811	Förderung von Modellvorhaben im Bereich des Ehrenamtes
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4812	Förderung von Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4813	Weiterentwicklung neuer Wohnformen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4814	Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4815	Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4816	Pflegekurse und Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI im Rahmen kommunaler Modellvorhaben nach §§ 123 und 124 SGB XI

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4817	Finanzierung der unabhängigen Stelle nach § 113 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4818	Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4819	Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4820	Maßnahmen nach § 8 Abs. 3 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4821	Modellvorhaben nach § 125 SGB XI zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4822	Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3a SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4823	Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3b SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4824	Modellvorhaben nach § 125a SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4825	Modellvorhaben nach § 18e SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4830	Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Abs. 7 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4840	Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4850	Wohngruppenschlag
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4860	Förderung digitaler Anwendungen in Pflegeeinrichtungen nach § 8 Abs. 8 SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4861	Zahlungen an den GKV-SV für Erstattungen nach § 106b SGB XI
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4862	Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4870	Gemeinsame Modellvorhaben nach §§ 123, 124 SGB XI
33	Teilstationäre Pflege	5001	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 2 -
33	Teilstationäre Pflege	5011	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 3 -

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
33	Teilstationäre Pflege	5021	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 4 -
33	Teilstationäre Pflege	5031	Tages- und Nachtpflege - Pflegegrad 5 -
34	KZP	5100	Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen
34	KZP	5101	Kurzzeitpflege in sonstigen Einrichtungen
34	KZP	5102	Kurzzeitpflege in Reha-Einrichtungen
34	KZP	5103	Kurzzeitpflege in Einrichtungen nach § 149 SGB XI
34	KZP	5104	Anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung in Einrichtungen nach § 149 SGB XI
34	KZP	5105	Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V und § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX
35	Vollstationäre Pflege	5201	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 1 -
35	Vollstationäre Pflege	5202	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 2 -
35	Vollstationäre Pflege	5211	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 3 -
35	Vollstationäre Pflege	5221	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 4 -
35	Vollstationäre Pflege	5231	Vollstationäre Pflege - Pflegegrad 5 -
35	Vollstationäre Pflege	5240	Bonuszahlungen nach § 87a Abs. 4 SGB XI bei Rückstufung
35	Vollstationäre Pflege	5250	Besitzstandsschutz vollstationär
36	Eigenanteilsbegrenzung	5260	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern bis zu 12 Monaten
36	Eigenanteilsbegrenzung	5261	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von über 12 bis 24 Monaten
36	Eigenanteilsbegrenzung	5262	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von über 24 bis 36 Monaten

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
36	Eigenanteilsbegrenzung	5263	Leistungszuschläge für vollstationäre Eigenanteile bei Verweildauern von mehr als 36 Monaten
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5401	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 2 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5411	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 3 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5421	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 4 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5431	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 5 -
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5440	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege - Pflegegrad 1 -
38	Vollstationäre Pflege Behindertenhilfe	5500	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
39	Zuführung Vorsorgefonds	6100	Zuführung zum Pflegevorsorgefonds
40	Verwaltung	7000	Verwaltungskostenpauschale - Abschläge -
40	Verwaltung	7010	Verwaltungskostenpauschale - Spitzabrechnung -
40	Verwaltung	7020	Verwaltungskosten des Ausgleichsfonds
41	Begutachtung	7500	Medizinischer Dienst
41	Begutachtung	7501	Externe Gutachter
42	Energiehilfen	5270	Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Erdgas- und Wärmekosten
42	Energiehilfen	5271	Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten
42	Energiehilfen	5272	Energieberatung nach § 154 Abs. 6 SGB XI
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4720	Leistungen zur Prävention nach § 5 SGB XI
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4721	Mittel nach § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI

Nr.	Position	Konto	Kontobezeichnung
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5600	Persönliches Budget nach § 29 SGB IX
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5700	Ausgaben nach dem bis zum 31.12.2021 geltenden Recht
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5800	Pauschalbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	5900	Gebärdensprachdolmetscher
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6010	Schuldzinsen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6090	Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66)
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6600	Verluste der Aktiva
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6650	Verluste der Passiva
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6920	Zahlung bei Überschreitung der Begutachtungsfristen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6930	Verzugszinsen
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	6990	Übrige Aufwendungen

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkung: PWDB = Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung; KZP = Kurzzeitpflege

A3 Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV

Tabelle 10: Bezugspopulation der Konten der Ausgabenseite der SPV

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation		
			Leistungssektor	Leistungsart	Pflegegrad
21	Pflegesachleistung	4002	Ambulant	Ambulante Sachleistung	2
21	Pflegesachleistung	4012	Ambulant	Ambulante Sachleistung	3
21	Pflegesachleistung	4022	Ambulant	Ambulante Sachleistung	4
21	Pflegesachleistung	4032	Ambulant	Ambulante Sachleistung	5
22	Pflegegeld	4101	Ambulant	Pflegegeld	2
22	Pflegegeld	4111	Ambulant	Pflegegeld	3
22	Pflegegeld	4121	Ambulant	Pflegegeld	4
22	Pflegegeld	4131	Ambulant	Pflegegeld	5
23	Verhinderungspflege	4200	Ambulant	Verhinderungspflege	alle PG
24	PWDB	4312, 4313, 4321, 4603	Ambulant	alle Leistungsarten	1
24	PWDB	4310, 4311, 4320, 4602	Ambulant	alle Leistungsarten	PG 2 bis 5
24	PWDB	4300, 4330, 4331, 4332, 4333, 4334, 4340, 4341, 4342, 4343, 4344, 4900, 4901, 4910, 4911, 4912, 4920, 4921, 4930, 4940, 4941, 4950, 4960	Ambulant	alle Leistungsarten	alle PG
25	Pflegekräfte, Ausbildung	4400, 4410	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation		
			Leistungssektor	Leistungsart	Pflegegrad
26	Leistungen Pflegepersonen	4500, 4501, 4502, 4503, 4510, 4520, 4521, 4522, 4523, 4524, 4525, 4526	Ambulant	Pflegegeld	alle PG
27	Vergütungszuschlag Vollstationär	4710, 5300, 5301	Stationär	Vollstationäre Pflege	alle PG
28	Vergütungszuschlag Teilstationär	4711	Ambulant	Teilstationäre Pflege	alle PG
29	Vergütungszuschlag KZP	4712	Ambulant	KZP	alle PG
30	Entlastungsleistung ambulant	4730, 4740, 4741, 4742, 4743, 4744	Ambulant	alle Leistungsarten	1
30	Entlastungsleistung ambulant	4731, 4732, 4750, 4751, 4752, 4753, 4754	Ambulant	alle Leistungsarten	PG 2 bis 5
32	Weiterentwicklung Versorgungsstruktur	4800, 4801, 4802, 4810, 4811, 4812, 4813, 4814, 4815, 4816, 4817, 4818, 4819, 4820, 4821, 4822, 4823, 4824, 4825, 4830, 4840, 4850, 4860, 4861, 4862, 4870	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG
33	Teilstationäre Pflege	5001	Ambulant	Teilstationäre Pflege	2
33	Teilstationäre Pflege	5011	Ambulant	Teilstationäre Pflege	3
33	Teilstationäre Pflege	5021	Ambulant	Teilstationäre Pflege	4
33	Teilstationäre Pflege	5031	Ambulant	Teilstationäre Pflege	5
34	KZP	5100, 5101, 5102, 5103, 5104, 5105	Ambulant	KZP	alle PG
35	Vollstationäre Pflege	5201	Stationär	Vollstationäre Pflege	1
35	Vollstationäre Pflege	5202	Stationär	Vollstationäre Pflege	2
35	Vollstationäre Pflege	5211	Stationär	Vollstationäre Pflege	3

Nr.	Position	Konto	Bezugspopulation		
			Leistungssektor	Leistungsart	Pflegegrad
35	Vollstationäre Pflege	5221	Stationär	Vollstationäre Pflege	4
35	Vollstationäre Pflege	5231	Stationär	Vollstationäre Pflege	5
35	Vollstationäre Pflege	5240, 5250	Stationär	Vollstationäre Pflege	alle PG
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5440	Stationär	Vollstationäre Pflege	1
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5401	Stationär	Vollstationäre Pflege	2
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5411	Stationär	Vollstationäre Pflege	3
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5421	Stationär	Vollstationäre Pflege	4
37	Teilkostenerstattung Vollstationär	5431	Stationär	Vollstationäre Pflege	5
38	Vollstationäre Pflege Behindertenhilfe	5500	Behindertenhilfe	Vollstationäre Pflege	alle PG
41	Begutachtung	7500, 7501	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG
43	Sonstige Leistungen/Ausgaben	4720, 4721, 5600, 5700, 5800, 5900, 6010, 6090, 6600, 6650, 6920, 6930, 6990	alle Sektoren	alle Leistungsarten	alle PG

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Anmerkung: PWDB = Pflegehilfsmittel, Wohnraumverbesserung, Digitales, Beratung; KZP = Kurzzeitpflege; PG = Pflegegrad;
 Ohne die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds (Konto 6100) und ohne die Konten der Eigenanteilsbegrenzung (Konto 5260, 5261, 5262, 5263),
 der pandemiebedingten Ausgaben (Konto 4040, 4760, 4761, 4762, 4763, 4764, 4765, 4766, 4767, 4768, 4769, 4770, 4780, 4781, 4782, 4783, 4784,
 4790, 4791, 4792, 4793, 4794) und Energiehilfen (Konto 5270, 5271, 5272);

Literaturverzeichnis

- Brucksch S & F Schultz (2018): Ageing in Japan. Domestic Healthcare Technologies. A Qualitative Interview Study on Care Robots, Monitoring Sensor Systems, and ICT-based Telehealth Systems. May 2018. Tokyo: Deutsches Institut für Japanstudien
- Bundesagentur für Arbeit [BA] (2023): Strukturen der Grundsicherung SGB II (Zeitreihe Monats- und Jahreszahlen ab 2005); Stand Februar 2023
- Bundesministerium der Finanzen [BMF] (2023): Entwurf des Bundeshaushaltes 2024, Kabinettsache Datenblatt-Nr.: 20/08088, S. 14
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Siebter Pflegebericht - Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2016-2019. Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (Hrsg.) (2022): Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin: 2022
- Büscher A, Peters L, Stelzig S, Lübben A & I Yalymova (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Osnabrück Februar 2023
- Destatis (2023): Qualitätsbericht Gesundheitsausgabenrechnung 2021
- Deutsches Zentrum für Altersfragen [DZA] (2013): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS): Älterwerden und der Einfluss von Kontexten. (4). Veränderungen der Gesundheit im Alter. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegeverständnisses (2021): Erläuterungen zur Entwurfsempfehlung zur konzeptionellen Ausrichtung von Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege auf der Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2021
- Güthlin C, Köhler S & M Dieckelmann (2020): Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main
- Hahnel E, Pörschmann-Schreiber U, Braeseke G, Lingott N & I Oehse (2022): Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. IGES Institut
- Hellwagner T, Söhnlein D & E Weber (2023): Modeling Migration Dynamics in Stochastic Labor Supply Forecasting. IAB-Discussion Paper 5/2023. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
-

- Igl G (2015): Japanische und deutsche Altenpflege im Vergleich. Teil A: Vergleich hinsichtlich allgemeiner struktureller Merkmale. August 2015. Hamburg
- Jäggi J & K Künzi (2015): Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Februar 2015. Bern: Bass AG [Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien]
- Nolting H-D, Beikirch E, Braeseke G & S Rieckhoff (2019): Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis. (Projekt TRANSFORM) Berlin 2019. In Internet unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [abgerufen am 11.12.2023]
- Ochmann R & G Braeseke (2021, 2022, 2023): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen
- Organization for Cooperation and Development [OECD] (2022): Health at a Glance 2021
- Robert Bosch Stiftung (o. J.): 360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten - in der Praxis, <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-den-patienten-der-praxis> und <https://www.qualifikationsmix-pflege.de/> [Abruf am 11.12.2023]
- Robertson MC & AJ Campbell (2013): Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme, <https://www.livestronger.org.nz/assets/Uploads/acc1162-otago-exercise-manual.pdf> [abgerufen am 11.12.2023]
- Schwinger A & C Tsiasioti (2020): Zur Organisations- und Finanzierungszuständigkeit von häuslicher Krankenpflege (SGB V) und medizinischer Behandlungspflege (SGB XI). In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer, Berlin
- Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd CM, Xue QL, Guralnik J, Bishai D & LN Gitlin (2015): Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a center for medicare and medicaid services innovation project. In: Journal of the American Geriatrics Society 63, S. 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245
- Szanton SL & LN Gitlin (2016): Meeting the healthcare financing imperative through focusing on function: The CAPABLE Studies, Public Policy & Aging Report, 2016, Vol. 26, No. 3, 106 – 110
- Theobald H (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? August 2018. 383. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
-

- Wingenfeld K & A Büscher (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Bielefeld/Osnabrück, November 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf [abgerufen am 19.01.2024]
- World Health Organisation [WHO] (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. [Übersetzung] 8. Mai 2014. (0.810.1). Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948
- World Health Organisation [WHO] (2015): World Report on Ageing and Health. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=44BAC23C4C85B39C33C8AF3A931D04C9?sequence=1 [abgerufen am 11.12.2023]
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

