

Originalarbeit

Die Finanzierung des Pflegesystems

Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen

Autorin

Lisa Schmiedel

Eingereicht am

10.09.2022

Zitiervorschlag

Schmiedel, L. (2022). Die Finanzierung des Pflegesystems. Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Abstract

In Deutschland sind unterschiedliche Ausgabenträger für die Finanzierung von Pflegeleistungen zuständig, wobei die gesetzliche Pflegeversicherung den größten Ausgabenanteil übernimmt. Allerdings gibt es Herausforderungen, wie die steigende Zahl pflegebedürftiger Personen, u. a. bedingt durch den demografischen Wandel, und soziokulturelle Trends in der Gesellschaft, die zu einer stärkeren Nachfrage in Richtung vollstationärer und professioneller Pflege führen. Nicht nur diese Umstände sorgen für höhere Ausgaben, sondern auch die Notwendigkeit einer höheren Pflegepersonalausstattung. Aus diesem Grund sind eine Erhöhung der Beiträge der gesetzlichen Pflegeversicherung und/oder die Einschränkung von Pflegeleistung, wodurch der zu finanzierende Eigenanteil steigen würde, unumgänglich. Fraglich ist somit, inwieweit die Zukunftstauglichkeit des Finanzierungssystems der Pflege gewährleistet ist. Die vorliegende Arbeit geht daher sowohl auf die vergangene als auch prognostizierte Entwicklung der Finanzsituation sowie der Zahl der Pflegebedürftigen ein. Angesichts der langfristigen Tragfähigkeit der Finanzierung des Pflegesystems und der Verhinderung des Absinkens des realen Pflegeversicherungsleistungsniveaus sowie starker Beitragssatz- bzw. Prämienanstiege scheint eine Reform schließlich unausweichlich.

Keywords

Gesundheitsökonomie, Pflegesystem, Reformoptionen, Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherung, Finanzierungssystem, Pflegeleistungen, Pflegebürgerversicherung, Beitragssatz



Lisa Schmiedel
Junior Wissenschaftliche
Mitarbeiterin

Gliederung

1	Einleitung	29
1.1	Hintergrund	29
1.2	Datengrundlage und Vorgehen	30
2	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen	32
3	Ausgaben für pflegerische Leistungen nach Ausgabenträger	36
3.1	Überblick der Lastenverteilung 2020	36
3.2	Entwicklung der Lastenverteilung der Ausgabenträger	37
4	Finanzentwicklung einzelner Ausgabenträger	43
4.1	Soziale Pflegeversicherung	43
4.2	Private Pflege-Pflichtversicherung	47
4.3	Durchschnittliche finanzielle Belastung der Versicherten in stationärer Pflege	50
4.4	Hilfe zur Pflege	51
5	Die prognostizierte Zukunft des sozialen Pflegeversicherungssystems	53
5.1	Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen	53
5.2	Prognosen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	54
6	Ansatzpunkte und Reformoptionen für ein nachhaltiges Finanzierungssystem	56
7	Fazit	62
	Literaturverzeichnis	64
	Forschungsliteratur und Quellen	64
	Rechtsquellen	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)	35
Abbildung 2: Zweijährliche Änderung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)	35
Abbildung 3: Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 2020 nach Ausgabenträgern	37
Abbildung 4: Entwicklung der Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen	40
Abbildung 5: Änderungen der (prozentualen) Anteile der Ausgabenträger (in Prozentpunkten) zum Vorjahr	41
Abbildung 6: Änderung der Ausgaben für pflegerische Leistungen zum Vorjahr (in %)	42
Abbildung 7: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. EUR	46
Abbildung 8: Entwicklung des Beitragssatzes und Beitragszuschlages für Kinderlose der SPV	47
Abbildung 9: Finanzentwicklung der PPV in Mrd. EUR	49
Abbildung 10: Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR pro Monat	50
Abbildung 11: Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege	52
Abbildung 12: Überblick der Reformoptionen	57

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSAG	Pflegeversicherungs-Beitragssatzanpassungsgesetz
Destatis	Statistisches Bundesamt
DiPAs	Digitale Pflegeanwendungen
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
PBeaKK	Postbeamtenkrankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PKEV	Pandemiekosten-Erstattungsverordnung
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
SGB XI	Elftes Buch des Sozialgesetzbuches
SGB XII	Zwölftes Buch des Sozialgesetzbuches
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TK	Techniker Krankenkasse
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Finanzierung der Ausgaben für pflegerische Leistungen erfolgt in Deutschland durch unterschiedliche Ausgabenträger, wobei die gesetzliche Pflegeversicherung den größten Anteil der Ausgaben trägt. Die Pflegeversicherung ist die jüngste von insgesamt fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems. Nach zwei Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat wurde das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) im Jahr 1994 verabschiedet. Daraufhin wurde zum 01.01.1995 die gesetzliche Pflegeversicherung mit dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Dem Gesetzesbeschluss ging ein langjähriger Diskussionsprozess voraus, der sich in der kontinuierlichen Weiterentwicklung des SGB XI fortsetzt. Mit der Einführung der Versicherungspflicht gegen das Pflegebedürftigkeitsrisiko wurde das Ziel verfolgt, die Situation Pflegebedürftiger und deren Angehörigen nachhaltig zu verbessern, die pflegerische Versorgung auszubauen und die finanziellen sowie sozialen Auswirkungen des Pflegerisikos abzumildern (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021c, S. 10). Hinsichtlich der Ausgabenträger wurden eine Reduktion der finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* angestrebt. Zudem sollten eine Verringerung der Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege und damit der Sozialhilfeausgaben erzielt werden, um die *öffentlichen Haushalte* finanziell zu entlasten (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8–9.; Gaertner, 2020, S. 62). Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt sich aus der *sozialen Pflegeversicherung (SPV)* und der *privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)* zusammen (Bundesverfassungsgericht, 2001, Rn. 2). Dabei basiert die *SPV* auf einkommensbezogenen Beiträgen und dem Umlageverfahren, während die *PPV* überwiegend durch altersabhängige Prämien und nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren finanziert wird (Greß, Haun & Jacobs, 2020, S. 245).

Die gesetzliche Pflegeversicherung: *SPV* und *PPV*

Die Bedeutung der Pflege wurde durch die Coronapandemie noch stärker in den politischen sowie gesellschaftlichen Fokus gebracht (Schuppan, Militzer-Horstmann, Stutzer, Müller & Schmiedel, 2022, S. 27). Die demografische Entwicklung, die steigenden Eigenanteile und die angestrebte Verbesserung der Pflegepersonalsituation stellen die Finanzierung im Pflegebereich vor große Herausforderungen. Durch den demografischen Wandel ist sowohl von einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger als auch von einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial auszugehen (Bahnsen & Wild, 2021, S. 1, 2; Kochskämper, 2021, S. 8–10). Entsprechend sind *ceteris paribus* zunehmende Ausgaben und niedrigere Beitragseinnahmen zu erwarten. Zudem wurden im Jahr 2019 fast ein Fünftel der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen versorgt. Bei rund einem Drittel der im häuslichen Umfeld versorgten Pflegebedürftigen erfolgte professionelle Pflege (Destatis – Statistisches Bundesamt, 2020b, S. 9, 46). Sofern diese Anteile nicht entsprechend sinken und die Personalausstattung je Fall mindestens erhalten bleiben soll, führt eine zunehmende Anzahl Pflegebedürftiger zu einem Anstieg des Arbeitskräftebedarfs in der professionellen Pflege (Kochskämper, 2021, S. 8). Die Forderungen nach einer höheren Personalausstattung und einer besseren Bezahlung der Pfle-

Herausforderungen für die Finanzierung des Pflegesystems

gekräftete verfestigen den Trend zu steigenden Ausgaben. Infolgedessen müssten entweder die Beiträge bzw. Prämien der gesetzlichen Pflegeversicherung erhöht und/oder die gesetzlichen Pflegeleistungen eingeschränkt und damit die Eigenanteile angehoben werden. Steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen werden jedoch seit längerem öffentlich kritisiert und würden die Pflegeversicherung in ihrer Zielsetzung schwächen (Donges, Eekhoff, Franz, Fuest, Möschel & Neumann, 2005, S. 56; Kochskämper, 2021, S. 5). Auch Beitragssatzerhöhungen seien auf Dauer keine tragfähige Lösung (Deutscher Bundestag, 2019).

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), dessen wesentliche Teile am 20.07.2021 in Kraft traten, sollen die Strukturen in der Pflege angepasst werden, um die Situation in der Pflege zu verbessern und eine zukunftsfeste Grundlage zu schaffen (Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung, 2021, S. 1, 62). So wurden bspw. die Tarifbezahlung für Pflegekräfte und die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege gesetzlich festgeschrieben (BMG, 2021b). Vor der Verabschiedung des Gesetzes rief das Reformvorhaben zahlreiche kritische Reaktionen hervor. Eine Analyse ausgewählter Maßnahmen durch das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) kommt zu dem Ergebnis, dass eine Umsetzung der Eckpunkte weniger zu einer gesteigerten Nachhaltigkeit sowie Demografiefestigkeit beiträgt als vielmehr zu deutlichen Umverteilungseffekten führen würde (Kochskämper, 2021, S. 4, 35). Zudem schätzen Bahnsen und Wild (2021, S. 1) vor allem die angekündigten Mehrausgaben vor dem Hintergrund der demografischen Alterung als eine zusätzliche Herausforderung für die SPV ein.

Das GVWG adressiert die Anpassung der Pflegestrukturen, um eine Verbesserung der Pflegesituation zu erreichen.

1.2 Datengrundlage und Vorgehen

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) folgt dem internationalen Referenzsystem des System of Health Accounts, das eine einheitliche, international vergleichbare Systematik der Ausgabenerfassung im Gesundheitswesen anstrebt (Destatis, 2019b, S. 3; 2022c, S. 3, 6). In der GAR bestehen die Gesundheitsausgaben definitorisch aus den laufenden Gesundheitsausgaben und den Investitionen. Dabei zählen zu den laufenden Gesundheitsausgaben Verwaltungsausgaben des Gesundheitssystems und Leistungen sowie Güter, die das Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation sowie Pflege verfolgen. Dagegen werden Aufwendungen für Forschung und Ausbildung, Ausgaben für den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, wie Leistungen zur Eingliederungshilfe, und Einkommensleistungen, wie Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall, nicht berücksichtigt. Diese Ausgaben bilden mit den Investitionen den erweiterten Leistungsbereich. Ausgaben für Leistungen und Güter, die die Gesundheit nicht oder nur im weitesten Sinn fördern, werden weder den laufenden Gesundheitsausgaben noch dem erweiterten Leistungsbereich zugerechnet. Zudem werden in der GAR nur die Ausgaben für die letzte Verwendung von Dienstleistungen, Gütern und Investitionen betrachtet, d. h. die gesundheitsrelevanten Transaktionen müssen für gewöhnlich eine direkte Beteiligung der Patient:innen bzw. der Bevölkerung aufweisen. Somit werden Vorleistungskäufe nicht berücksichtigt (Destatis, 2019b, S. 3, 2020a, S. 3, 4, 13).

**Datengrundlagen
GAR und Ausgabennachweise der
einzelnen Sozialversicherungsträger**

In der GAR wird insgesamt zwischen acht verschiedenen Ausgabenträgern für Gesundheitsausgaben unterschieden:

- die *öffentlichen Haushalte*,
- die *GKV*,
- die *SPV*,
- die *gesetzliche Rentenversicherung*,
- die *gesetzliche Unfallversicherung*,
- die *private Krankenversicherung (PKV) inkl. PPV*,
- die *Arbeitgeber:innen* und
- die *privaten Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, wie die Diakonie, Malteser oder Caritas (Destatis, 2019b, S. 4, 2020a, S. 21, 22).

Die Ergebnisse der Ausgabennachweise der einzelnen Sozialversicherungsträger weichen von denen der GAR ab, da alle Bestandteile des erweiterten Leistungsbereiches in den Ausgabennachweisen enthalten sind (Destatis, 2019b, S. 3, 2020a, S. 4).

Vor dem Hintergrund der Zukunftsfähigkeit des Finanzierungssystems der Pflege geht diese Arbeit sowohl auf die vergangene als auch auf die prognostizierte zukünftige Entwicklung der Finanzsituation sowie der Zahl der Pflegebedürftigen ein. Damit sollen die Notwendigkeit von Veränderungen des Finanzierungssystems der Pflege aufgezeigt und auf dessen Basis ein Überblick über mögliche Verbesserungsansätze gegeben werden. Nach der Darstellung der vergangenen Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in Kapitel 2 werden im 3. Kapitel die Gesundheitsausgaben der Ausgabenträger entsprechend der GAR des Destatis aufgezeigt. Darauf folgt die Beschreibung der Finanzentwicklung von einzelnen Ausgabenträgern: Für die Finanzentwicklung der *SPV* wird auf Daten des BMG zurückgegriffen, die auf der Geschäftsstatistik der Pflegekassen basieren. Für die *PPV* werden Daten des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) verwendet. Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Rechnungsabgrenzungen weichen die Ausgaben der beiden Zweige der Pflegeversicherung in Kapitel 4 von denen in Kapitel 3 ab. Zusätzlich wird auf die Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen einer/:/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege eingegangen. Diese stellen einen Teil der Ausgaben des Ausgabenträgers *private Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* dar. Die Hilfe zur Pflege, deren Entwicklung hinsichtlich der Empfänger:innen und der Nettoausgaben aufgezeigt wird, zählt zum Ausgabenträger *öffentliche Haushalte*. Im 5. Kapitel werden anhand verschiedener Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen und der Finanzentwicklung der *SPV* zukünftige Entwicklungstendenzen in der Pflegeversicherung betrachtet. Darauf aufbauend zeigt Kapitel 6 Chancen und Grenzen von Ansatzpunkten auf, mit denen auf die Finanzentwicklung insbesondere der *SPV*, eingewirkt werden kann. Schließlich gibt das Fazit eine Zusammenfassung.

**Ziele und Aufbau
der Arbeit**

2 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Definition Pflegebedürftigkeit und Pflegequote

In der Pflegestatistik des Destatis werden Personen als Pflegebedürftige erfasst, wenn sie Leistungen nach dem SGB XI erhalten und somit bis zum Erhebungsjahr 2015 eine Pflegestufe (I bis III) bzw. ab 2017 einen Pflegegrad (1 bis 5) besitzen (Destatis, 2022e). Im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ pflegebedürftig. „Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Personen, die keine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit beantragt, aber gleichartige körperliche und geistige Beschränkungen wie Leistungsbezieher:innen haben, werden nicht zu den Pflegebedürftigen gezählt. Die Pflegequote gibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung an (Destatis, 2022e).

Als Pflegebedürftige werden Personen definiert, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Die Pflegequote bezeichnet den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung.

Wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen, stieg die Zahl der Pflegebedürftigen über den gesamten Betrachtungszeitraum stetig. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird durch die gesetzliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten sowie die Altersstruktur der Bevölkerung geprägt (Rothgang & Schmähl, 1995, S. 156). Bei den Auswertungen ist zu beachten, dass die tatsächliche Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen über den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Zahlen liegen kann. Eine Schätzung für das Jahr 2011 geht zusätzlich zu den 2,5 Mio. Leistungsempfänger:innen von ca. 5,4 Mio. Personen mit Pflege- und Hilfebedarf aus, die nicht die Kriterien der Pflegeversicherung erfüllen und meist auf informelle Pflege¹ angewiesen sind (Greyer & Schulz, 2014, S. 295). Zudem verdeutlicht die Studie von Unger, Giersiepen und Windzio (2015) mit Daten von 2001 bis 2012, dass die Pflege vor allem von Männern oft im familialen Umfeld ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegeleistungen nach SGB XI erfolgt. Mit dem Erodieren der familialen Versorgungsstrukturen und dem dadurch sinkenden Potenzial informell pflegender Angehöriger geht einher, dass die steigende Anzahl der Leistungsbeziehenden nach SGB XI auch teilweise den veränderten Familienstrukturen zugeschrieben werden kann (Unger et al., 2015, S. 212f.).

Zeitraum von 1999 bis 2016

Von 1999 bis 2007 ist ein moderater Anstieg der Anzahl um 11,5 % von 2,0 Mio. auf 2,2 Mio. zu verzeichnen. Die Pflegequote stieg, nachdem sie von 1991 bis 2003 konstant bei 2,5 % geblieben war, bis 2007 auf 2,7 %. In diesem Zeitraum sind weitgehend konstante Leistungsansprüche beobachtbar, sodass der Anstieg fast ausschließlich durch die demografische Alterung erklärt werden kann (Rothgang, Müller & Preuß, 2020, S. 58, 72, 88).

Von 1999 bis 2007

¹ Die informelle Pflege bezeichnet die i. d. R. von Angehörigen erbrachte Pflege, welche sowohl in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen als auch außerhalb seiner häuslichen Umgebung wohnen können (Schupmann et al., 2022, S. 16).

Von 2007 bis 2015

Anschließend hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2007 bis 2015 um 27,3 % auf 2,9 Mio. erhöht. Gleichzeitig lag die zweijährliche Änderungsrate der Pflegequote konstant bei 0,2 Prozentpunkten, sodass die Quote auf 3,5 % anstieg. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 führte zu einem Anstieg des höchstmöglichen Gesamtanspruches aus der Kombination von ambulanten Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege. Bei der Betrachtung der Entwicklung ist zu beachten, dass ab der Erhebung 2009 die teilstationär in Heimen versorgten Pflegebedürftigen nicht mehr zusätzlich addiert wurden, da diese in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Pflegesachleistungen erhalten und dadurch in der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen inbegriffen sind. Vor der Reform galt das Pflegegeld oder die ambulante Pflegesachleistung als Leistungsobergrenze, sodass bis 2008 Doppelerfassungen bei der Anzahl der Pflegebedürftigen bestehen können, wenn zusätzlich zur Tages- bzw. Nachtpflege ambulante Pflege oder Pflegegeld in Anspruch genommen wurden. Infolgedessen entsteht ein Dämpfungseffekt für die Veränderungsrate bei der Erhebung 2009, der im bundesweiten Mittel auf rund einen Prozentpunkt geschätzt wird (Destatis, 2022e).

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2007 und 2015 kann teilweise auf Ausweitungen des Leistungsumfanges sowie der Leistungsberechtigung der Pflegeversicherung und damit verbundene Änderungen des Antragstellungsverhaltens zurückgeführt werden (Rothgang et al., 2020, S. 58). Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das 2012 beschlossen wurde, konnten Leistungen insbesondere für demenziell Erkrankte ausgeweitet werden (BMG, 2016). Für pflegebedürftige Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflegestufen I und II wurden die Leistungssätze für Pflegegeld und Pflegesachleistungen erhöht (Schneekloth, Geiss, Pupeter, Rothgang, Kalwitzki & Müller, 2017, S. 24). Zudem erfolgten 2015 im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) reale Leistungsausweitungen, sodass bisherige Leistungsempfänger:innen zusätzliche Leistungen beanspruchen konnten (Schneekloth et al., 2017, S. 25). Die Veränderungen von 2012 zu 2013 und von 2014 zu 2015 können teilweise als Einflüsse des PNG und PSG I interpretiert werden (Schneekloth et al., 2017, S. 38). Insgesamt fielen beim Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen von 2013 zu 2015 die demografischen Effekte fast gleich hoch wie die demografieunabhängigen Einflüsse durch z. B. Gesetzesreformen und nachfolgende Einführungseffekte aus. Dagegen war bei der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen von 2015 zu 2017 ein deutlich höherer demografieunabhängiger Effekt im Vergleich zum demografischen Effekt zu verzeichnen (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–147).

Der Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger kann in diesem Zeitraum u. a. durch die Erweiterungen des Leistungsspektrums erklärt werden.

Zeitraum von 2017 bis 2019

Ab dem Jahr 2017 waren vergleichsweise hohe Anstiege der Anzahl der Pflegebedürftigen sowie der Pflegequote und tendenziell steigende Änderungsraten zu verzeichnen. Infolgedessen galten im Jahr 2019 5,0 % der deutschen Bevölkerung als pflegebedürftig. Teilweise ist der Anstieg der Pflegequote in der Gesamtpopulation auf die Alterung der Bevölkerung, d. h. den Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung in der Gesamtpopulation, zurückzuführen, da die Pflegequote innerhalb der Altersklassen im Zeitlauf nur gering zugenommen hat (Rothgang et al., 2020, S. 70). Allerdings sind rund 80 % des Anstiegs der Zahl

der Pflegebedürftigen von 2017 zu 2019 auf demografieunabhängige Einflüsse zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–147). Diese Einflüsse wurden u. a. durch die Leistungsausweitung des Pflegeversicherungssystems verursacht (Rothgang et al., 2020, S. 70).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erfolgte zum 01.01.2017 die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie der Wechsel von Pflegestufen zu Pflegegraden. Die dadurch geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit von verrichtungsbezogener Hilfebedürftigkeit auf „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI) führte zu einer inhaltlichen Berücksichtigung von insbesondere langfristigen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, worauf bereits ab 2002 mit der Einführung und Ausweitung von Leistungen hingewirkt wurde (Rothgang & Müller, 2019, S. 8, 25). Dabei bestand das Ziel, für alle Pflegebedürftigen unabhängig davon, ob sie körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, einen gleichberechtigten Zugang zu den Pflegeversicherungsleistungen zu schaffen. Infolgedessen erfolgte eine deutliche Ausweitung der Zahl der Leistungsberechtigten (BMG, 2021c, S. 10). Neben dem Anstieg der Zahl der Eintritte in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017 bei den Pflegegraden 2 bis 5 nahmen die Personen mit Pflegegrad 1 besonders stark zu. Dies deutet darauf hin, dass nach der Reform Leistungen auch von Pflegebedürftigen mit geringeren Einschränkungen bezogen werden konnten (Rothgang et al., 2020, S. 62, 75, 78). Bis 2019 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen auf rund 4,1 Mio. stark an.

Mit der Einführung des PSG II stieg die Anzahl Pflegebedürftiger erneut an. Grund dafür war u. a. die neu hinzukommende Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen.

Gesamter Betrachtungszeitraum

Insgesamt haben sich im gesamten Zeitraum auch die festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit in der Erstbegutachtung verändert. Wenn die Pflegestufenverteilung entsprechend der Überleitungsvorschrift in eine Pflegegradverteilung umgerechnet wird, ist bei den Pflegegraden 1 und 2 eine Zunahme der in der Erstbegutachtung festgestellten Pflegebedürftigkeit beobachtbar, während die Fallzahlen bei den Pflegegraden 3 bis 5 relativ konstant blieben (Rothgang et al., 2020, S. 76).

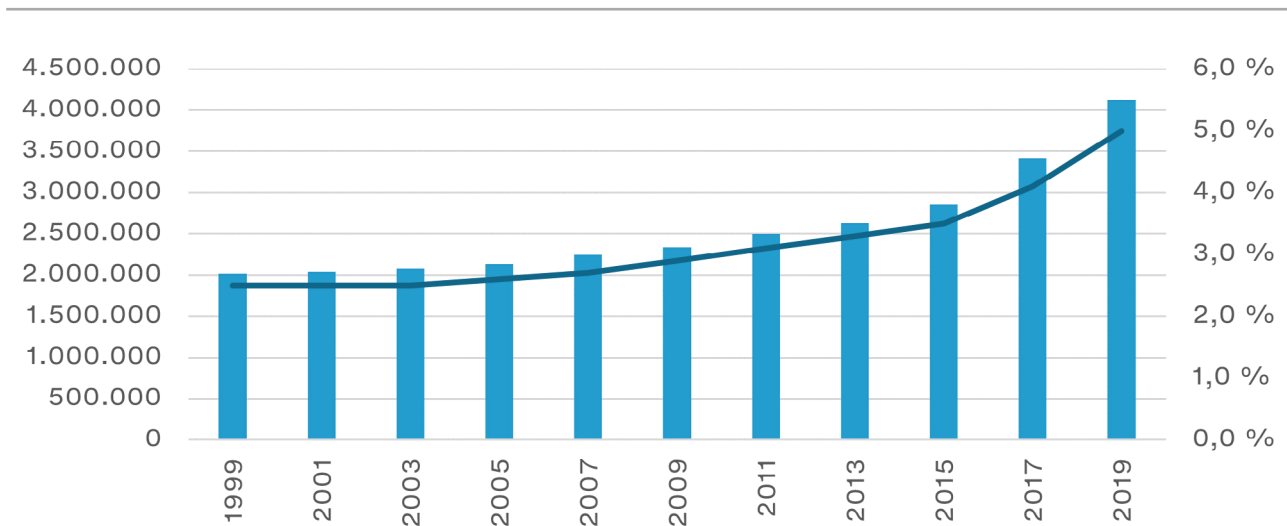


Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022e)

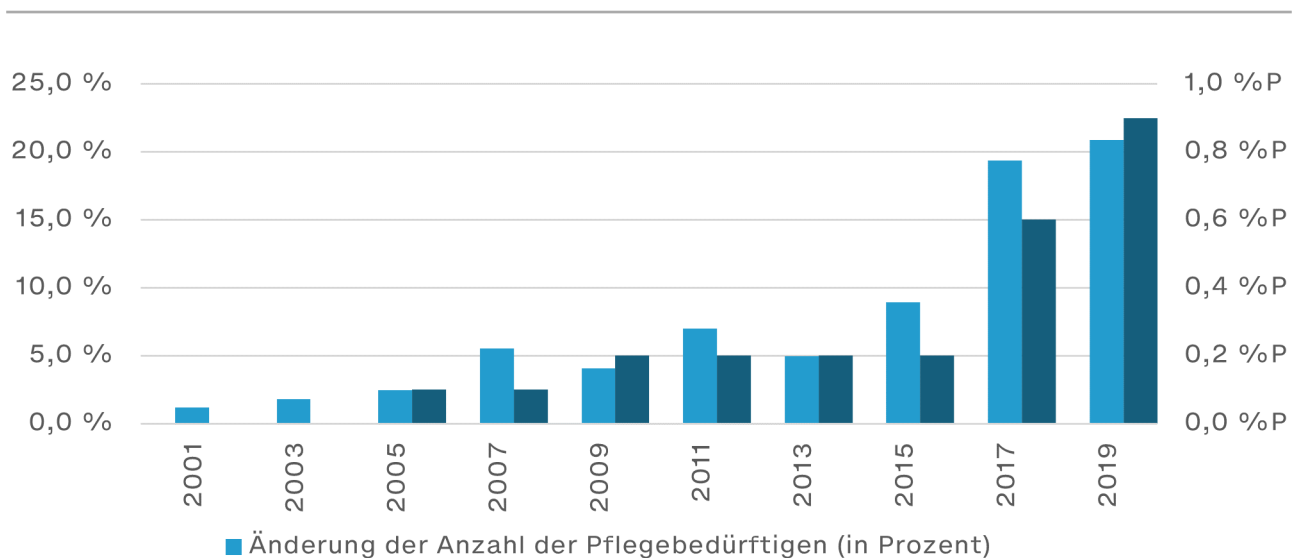


Abbildung 2: Zweijährliche Änderung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022e)

3 Ausgaben für pflegerische Leistungen nach Ausgabenträger

3.1 Überblick der Lastenverteilung 2020

Im Rahmen der GAR des Destatis werden unter den Gesundheitsausgaben der pflegerischen Leistungen alle Leistungen der Grund-, Behandlungs- sowie Intensivpflege einschließlich Maßnahmen wie Verbände, Medikamentengabe und Infusionen von stationären und ambulanten Institutionen des Gesundheitswesens erfasst. Ebenso wird die hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Pflege als pflegerische Leistung angesehen (Destatis, 2020a, S. 15).

Gesundheitsausgaben in der GAR

Die *SPV* wird von den organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Pflegekassen getragen. Ihre Leistungen, die hauptsächlich die hauswirtschaftliche Versorgung, Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen umfassen, sind im vierten Kapitel des SGB XI festgelegt (Destatis, 2020a, S. 22). Dabei wird die Leistungshöhe von dem derzeitigen Pflegegrad bestimmt. Die Leistungen der *GKV* beinhalten sowohl die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten als auch Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen (Destatis, 2020a, S. 21). Die *privaten Haushalte* tragen Zuzahlungen zu Leistungen der verschiedenen Versicherungssysteme oder Zahlungen auf Eigeninitiative ohne Beteiligung anderer Ausgabenträger (Destatis, 2020a, S. 22, 26). Zusammen mit den *privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, die den *privaten Haushalten* ihre Leistungen in der stationären oder ambulanten Pflege unentgeltlich oder zu nicht kostendeckenden Preisen zur Verfügung stellen, werden sie unter einem Ausgabenträger erfasst (Destatis, 2020a, S. 132–133). Die *öffentlichen Haushalte* tragen u. a. die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (§§ 61–66 SGB XII) und die Kriegsopferfürsorge (Destatis, 2020a, S. 23–33). Der Ausgabenträger *PKV inkl. PPV* umfasst neben den Ausgaben der im PKV-Verband organisierten privaten Versicherungsunternehmen, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) auch die Ausgaben der *PPV* (Destatis, 2020a, S. 22, 107). Die *PPV* für die Mitglieder der PBeaKK und der KVB erfolgt über die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) (PKV-Verband, 2022b). Zu dem Ausgabenträger *Arbeitgeber:innen* zählen u. a. Beihilfeausgaben der öffentlichen sowie privaten Arbeitgeber:innen (Destatis, 2020a, S. 116–122). Unter dem Ausgabenträger *gesetzliche Unfallversicherung* werden die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen erfasst, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit notwendig sind (Destatis, 2020a, S. 22). Die Leistungen der *gesetzlichen Rentenversicherung* beziehen sich insbesondere auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Destatis, 2020a, S. 22). In bestimmten Pflegesettings ist es möglich, dass die Ausgaben von verschiedenen Ausgabenträgern gemeinsam getragen werden. Beispielsweise ist bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen, zusätzlich zu den Leistungen der *SPV* bzw. *PPV*, ein Eigenanteil von den Pflegebedürftigen zu erbringen (Rothgang & Müller, 2021, S. 108–111).

Lastenverteilung der Ausgabenträger

Wie in Abbildung 3 dargestellt, trug die *SPV* im Jahr 2020 mit 42,6 Mrd. EUR (41,7 %) den größten Anteil der Gesamtkosten in Höhe von 102,1 Mrd. EUR. Zusammen mit der *GKV*, die pflegerische Leistungen in Höhe von 32,7 Mrd. EUR (32,1 %) erbrachte, wurden 73,8 % der Gesamtausgaben abgedeckt. Danach

Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen

folgten die *privaten Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* mit 11,9 Mrd. EUR (11,7 %) und die *öffentlichen Haushalte* mit 7,2 Mrd. EUR (7,1 %). Die *PKV inkl. der PPV* trug 3,6 Mrd. EUR (3,6 %) zur Finanzierung der Pflege bei. Die übrigen, zusammengenommen etwa 3,9 % der Ausgaben für pflegerische Leistungen wurden durch die *Arbeitgeber:innen*, die *gesetzliche Unfallversicherung* und die *gesetzliche Rentenversicherung* getragen (Destatis, 2022c).

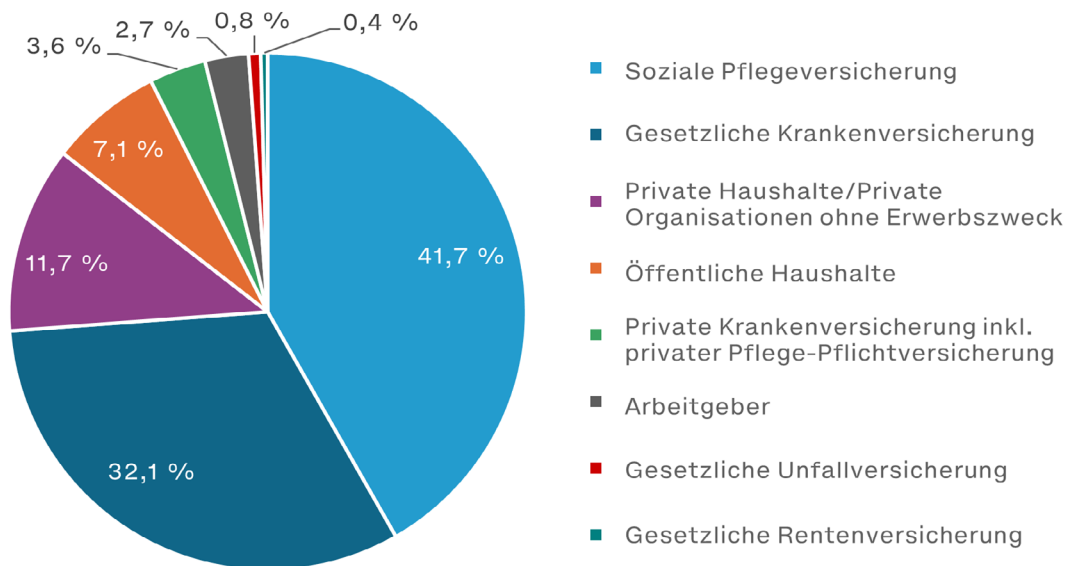


Abbildung 3: Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 2020 nach Ausgabenträgern
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

3.2 Entwicklung der Lastenverteilung der Ausgabenträger

Entwicklung der Gesamtausgaben

Neben Gesetzesänderungen stellen die Entwicklung der Anzahl der Pflegbedürftigen, das Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit und die individuelle Inanspruchnahme der Pflegeleistungen die zentralen Faktoren für die Höhe und Entwicklung der Leistungsausgaben dar (BMG, 2021c). Dementsprechend variieren die Anteile der Ausgabenträger an den Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen im Zeitverlauf (Abbildung 4). Abbildung 5 zeigt die Änderungen der Anteile der Ausgabenträger im Vergleich zum Vorjahr in Prozentpunkten. Negative Werte bedeuten eine anteilige Entlastung, d. h. der Anteil des Ausgabenträgers an den Gesamtausgaben verringerte sich. Positive Werte verdeutlichen eine anteilige Belastung.

Die Ausgaben für pflegerische Leistungen aller Ausgabenträger haben sich von 1992 bis 2020 in der Summe auf rund 102 Mrd. EUR fast vervierfacht (Destatis, 2022c). Wie Abbildung 6 zeigt, weisen die Gesamtausgaben durchweg positive Änderungsraten und damit einen kontinuierlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr auf. Dementsprechend deutet eine anteilige Belastung auch auf einen Anstieg der Ausgaben des Ausgabenträgers hin. Dagegen kann eine anteilige Entlastung

Die Ausgaben für Pflege steigen seit 1992 kontinuierlich an.

mit einer Zunahme der absoluten Belastung verbunden sein (Abbildung 6). Die Entwicklung der Gesamtausgaben ist durch einige starke Ausgabenanstiege im Zeitverlauf geprägt.

Zeitraum von 1995 bis 2016

Im Jahr 1995 nahmen die Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen um 13,2 % im Vergleich zum Vorjahr zu. Dabei belief sich im Jahr der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung der Anteil der *SPV* an den Gesamtausgaben auf rund 12,7 %. Gleichzeitig stieg im Jahr 1995 die finanzielle Belastung sowohl für die *PKV inkl. PPV* als auch für die *Arbeitgeber:innen* gegenüber dem Vorjahr. Der Ausgabenanstieg der *Arbeitgeber:innen* um 58,7 % gegenüber 1994 ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die *Arbeitgeber:innen* die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur *SPV* zur Hälfte tragen. Zum Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft, die mit den Arbeitgeber:innenbeiträgen verbunden sind, haben die Länder, außer Sachsen, einen gesetzlichen landesweiten Feiertag aufgehoben (§ 58 SGB XI). Die Finanzierungsanteile sowie die Ausgaben der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, der *öffentlichen Haushalte* und der *GKV* nahmen dagegen ab.

Im Jahr 1995

Bis 1997 stieg der Anteil der *SPV* an den Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen auf rund 36 % und blieb bis 2016 weitgehend konstant. Absolut betrachtet haben sich die Ausgaben der *SPV* zwischen 1995 und 2016 mehr als verfünffacht. Ebenso nahm der Finanzierungsanteil der *PKV inkl. PPV* an den gesamten Pflegeausgaben bis 1997 auf rund 3,5 % zu und blieb auf diesem Niveau. Dabei stiegen die Ausgaben der *PKV inkl. PPV* bis 2016 fast auf das 2,7-fache Niveau von 1995. Die *Arbeitgeber:innen* wiesen im Zeitraum von 1995 bis 2016 eine Verdoppelung der Ausgaben auf, jedoch war der konstante Finanzierungsanteil an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen von unter 3 % relativ gering. Bei den *privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* sanken die absoluten Ausgaben für pflegerische Leistungen bis 1997 auf fast die Hälfte des Wertes im Jahr 1995 und der Anteil an den Gesamtausgaben von 15,3 % auf 6,2 %. Diese Entwicklung geht mit dem Ziel einher, nach dem die Pflegeversicherung zur Milderung finanzieller Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen beitragen soll (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8). Jedoch nahmen die Ausgaben der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* anschließend bei einem steigenden Finanzierungsanteil bis 2016 auf fast das doppelte Niveau von 1994 zu. Die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* für pflegerische Leistungen sanken bis 2000 auf fast ein Drittel der Ausgaben im Jahr 1994. Dies spiegelt das Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung wider, die Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege und damit die Ausgaben der Sozialhilfeträger zu reduzieren (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Allerdings nahmen die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* für Pflegeleistungen bei einem relativ konstanten Finanzierungsanteil bis 2016 tendenziell zu. Der Finanzierungsanteil der *GKV* an den gesamten Pflegeausgaben sank von 1994 mit 54,1 % bis 2016 auf 37,3 % fast kontinuierlich. Jedoch stiegen die Ausgaben der *GKV* durchweg gering an, obwohl angestrebt wurde, die *GKV* u. a. durch Ausgliederung der Er-

Von 1995 bis 2016

messens- oder Schwerpflege finanziell zu entlasten (Gaertner, 2020, S. 62). Die *gesetzliche Rentenversicherung* und die *gesetzliche Unfallversicherung* wiesen zusammen einen konstanten Anteil von unter 2 % auf.

Zeitraum von 2017 bis 2022

Ein weiterer auffälliger Anstieg der Ausgaben für pflegerische Leistung ist mit 13,6 % im Jahr 2017 vorzufinden. Dies kann vor allem auf das PSG II zurückgeführt werden. Dabei wurden gegenüber dem Vorjahr insbesondere die *SPV*, die *PKV inkl. der PPV* und die *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* stärker belastet. Die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* sanken im Jahr 2017 um fast 10 % im Vergleich zum Vorjahr. Der Finanzierungsanteil der *GKV* nahm um 3,1 Prozentpunkte ab, während ihre Ausgaben um rund 1 Mrd. EUR stiegen.

Im Jahr 2020 stiegen die Pflegeausgaben insgesamt um rund 10,5 %. Es ist zu beachten, dass in der GAR des Berichtsjahres 2020 die pandemiebedingten Ausgaben des Gesundheitsfonds dem Ausgabenträger *öffentliche Haushalte* zugeordnet wurden. Dabei erfolgte die Zuordnung zu den Leistungsarten und Einrichtungen über Verteilungsschlüssel. Neben den tatsächlich angefallenen Ausgaben wurden auch die Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle im Rahmen der Leistungserbringung erfasst (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022; Destatis, 2022c). Sonstige coronabedingte Ausgaben wurden dem jeweiligen Ausgabenträger zugerechnet (Destatis, 2022c). So wurde z. B. im März 2020 beschlossen, dass Pflegeeinrichtungen die durch die Pandemie bedingten außerordentlichen Aufwendungen oder Mindereinnahmen, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet bekommen. Die Erstattungen werden bei ambulanten Pflegeeinrichtungen von der *GKV*, der *SPV* und von der *PPV* getragen (§ 150 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz). Die *SPV* erhielt erstmalig einen Steuerzuschuss von 1,8 Mrd. EUR (Neusius, 2021, S. 895). Somit trugen pandemiebedingte Ausgaben wesentlich dazu bei, dass im Jahr 2020 die Ausgaben für pflegerische Leistungen der *öffentlichen Haushalte* um ca. 87,6 % im Vergleich zum Vorjahr anstiegen. Der Anteil der *öffentlichen Haushalte* an den Pflegeausgaben belief sich auf rund 7,1 %, während dieser im Jahr 2019 noch bei ca. 4,2 % lag. Für die Ausgaben der *SPV* ist ein Anstieg um fast 10 % zu verzeichnen.

Auch in den Jahren 2021 und 2022 kam es zu Mehrausgaben durch die COVID-19-Pandemie, sodass die *SPV* u. a. im Jahr 2021 aufgrund der pandemiebedingten Mehrausgaben einen Bundeszuschuss von 1,0 Mrd. EUR an den Ausgleichsfonds erhielt, um das Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagensolls der Pflegekassen zu vermeiden (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV). Im April 2022 erfolgte eine Zahlung in Höhe von 1,2 Mrd. EUR (PKEV 2022). Zusätzlich wurde im Rahmen des GVWG beschlossen, dass der Bund zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der *SPV* ab dem Jahr 2022 einen Bundeszuschuss in Höhe von 1 Mrd. EUR pro Jahr an den Ausgleichsfonds leistet (§ 61a SGB XI).

Das PSG II führte nicht nur zu einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen, sondern auch zu höheren Ausgaben.

In den Jahren 2020 bis 2022 kam es zu Mehrausgaben durch die Coronapandemie.

Gesamter Betrachtungszeitraum

Bei der Betrachtung des Zeitraums von 1995 bis 2020 zeigt die *SPV* unter allen Ausgabenträgern den stärksten Ausgabenanstieg. Danach folgt die *PKV inkl. der PPV*, deren Ausgaben für Pflegeleistungen auf das 3,7-fache stiegen. Sowohl die Ausgaben der *Arbeitgeber:innen* als auch der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* haben sich ungefähr verdreifacht. Die Pflegeausgaben der *gesetzlichen Rentenversicherung*, der *GKV* und der *gesetzlichen Unfallversicherung* haben sich weniger als verdoppelt. Lediglich die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* nahmen um 2,3 % ab, wobei die COVID-19-Pandemie zu einem deutlichen Ausgabenanstieg im Jahr 2020 führte. Im Jahr 2019 beliefen sich die Pflegeausgaben der *öffentlichen Haushalte* ungefähr auf die Hälfte des Niveaus des Jahres 1995.

In den Jahren 1995 bis 2020 verzeichnete die *SPV* den stärksten Ausgabenanstieg unter allen Ausgabenträgern.

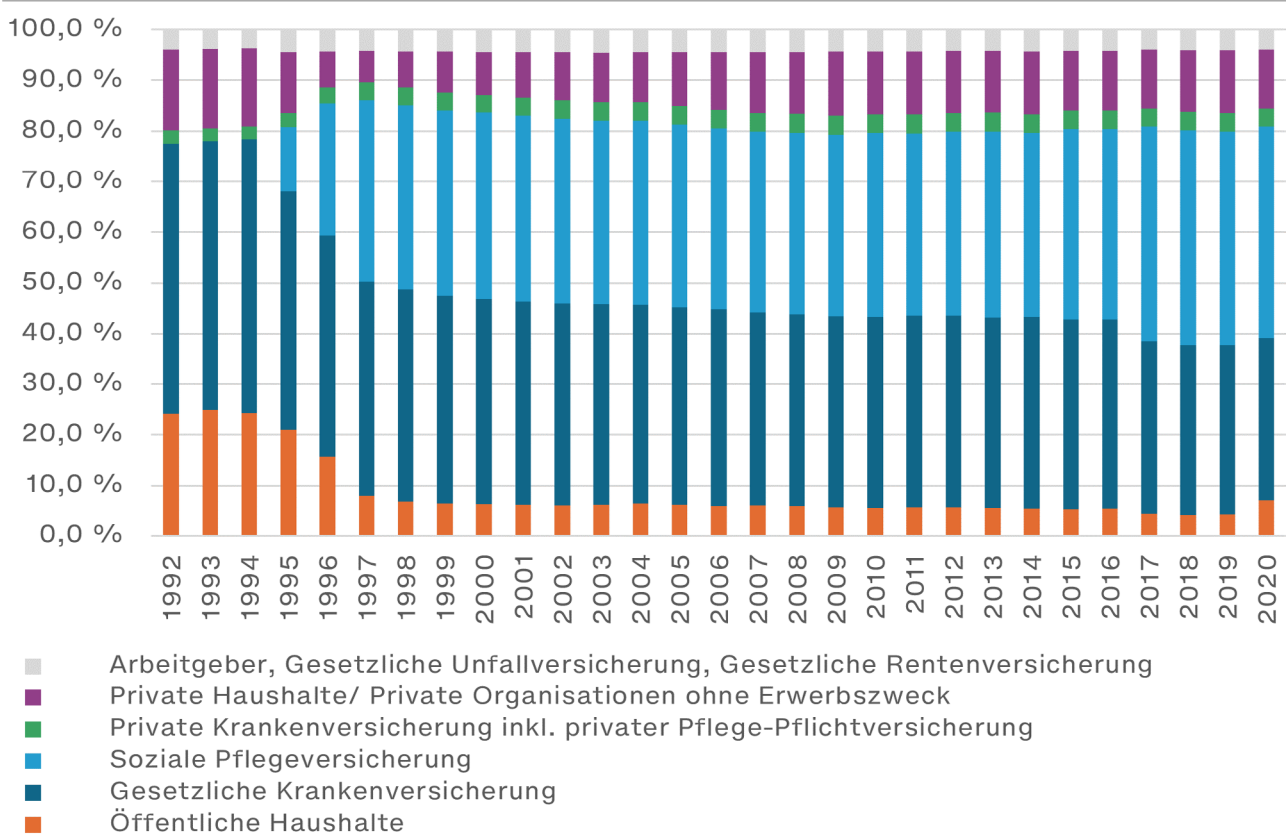


Abbildung 4: Entwicklung der Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

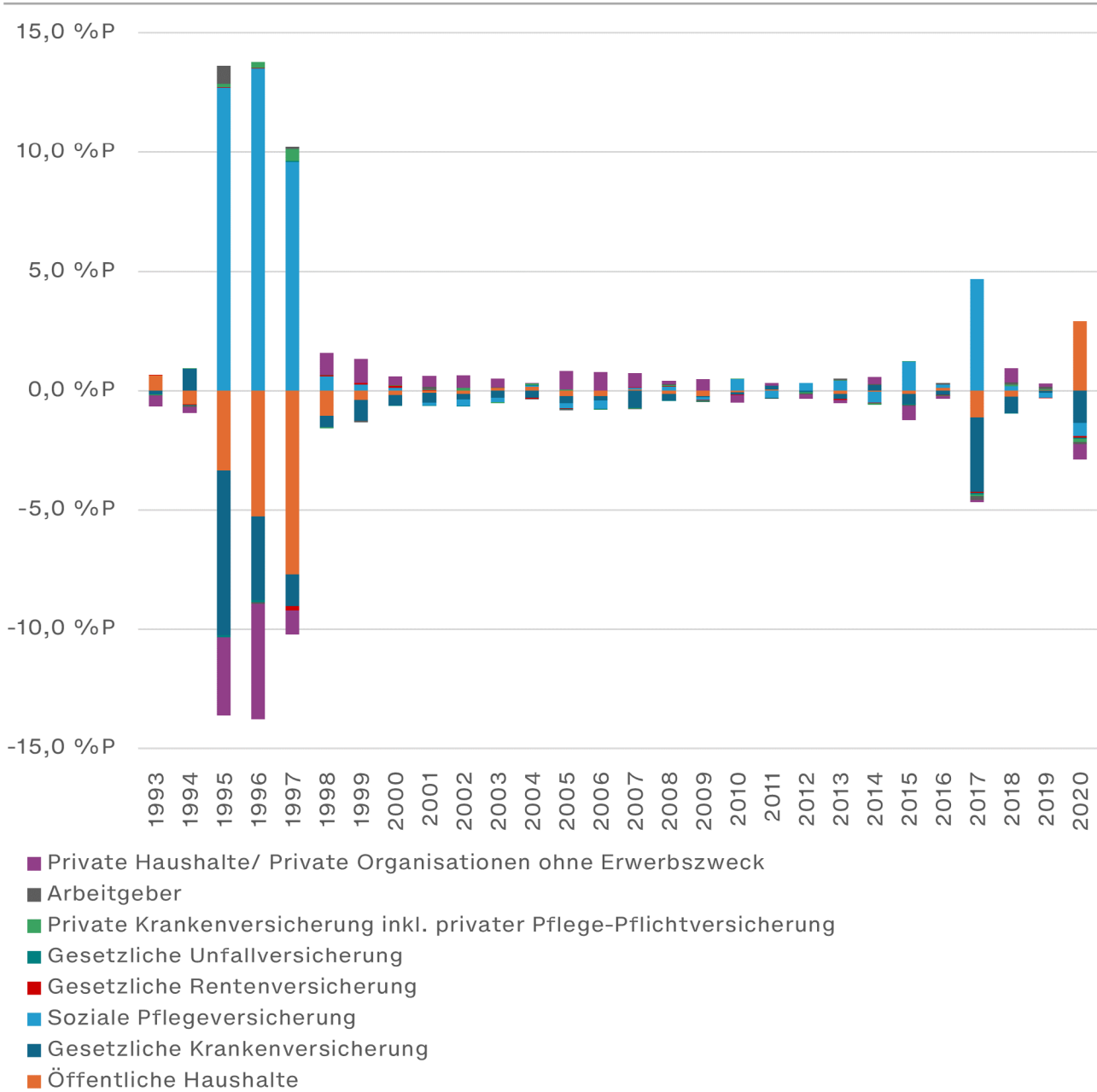


Abbildung 5: Änderungen der (prozentualen) Anteile der Ausgabenträger (in Prozentpunkten) zum Vorjahr

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

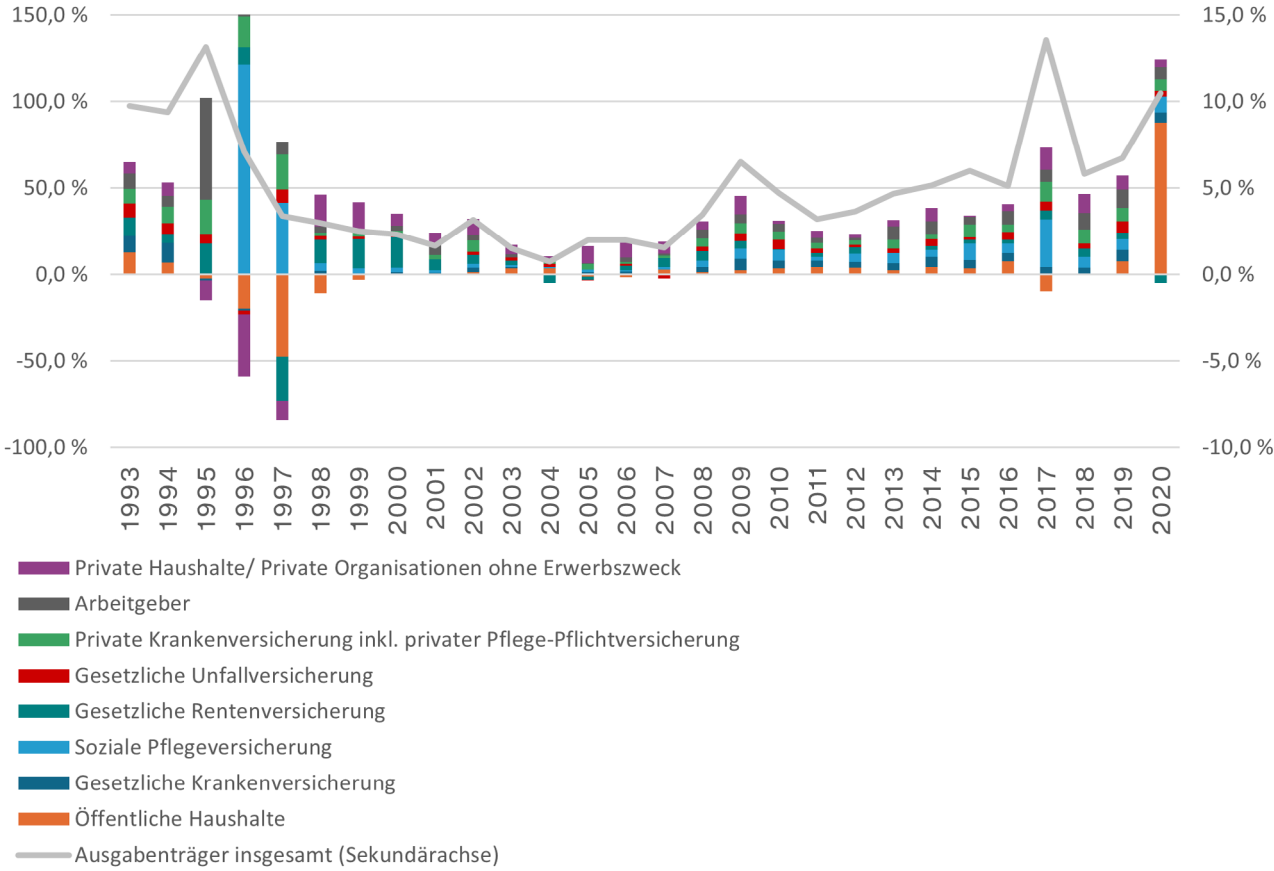


Abbildung 6: Änderung der Ausgaben für pflegerische Leistungen zum Vorjahr (in %)
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

4 Finanzentwicklung einzelner Ausgabenträger

4.1 Soziale Pflegeversicherung

Finanzierungsgrundlagen

Jedes Pflichtmitglied der *GKV* ist in der *SPV* pflichtversichert (§ 20 SGB XI). Ebenso sind freiwillige Mitglieder der *GKV* in der *SPV* versicherungspflichtig (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Allerdings können sich freiwillige Mitglieder der *GKV* durch einen Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung von der Versicherungspflicht in der *SPV* befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen mit einer *PPV* versichert sind (§ 22 SGB XI). Zudem besteht für bestimmte Personengruppen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, wie Soldat:innen auf Zeit, Bezieher:innen einer Kriegsschadenrente oder laufender Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz, eine Versicherungspflicht in der *SPV* (§ 21 SGB XI). Der *SPV* liegt das Umlageverfahren auf Basis eines Generationenvertrags zugrunde. Dabei werden „die laufenden Pflegeversicherungsleistungen durch die laufenden Beitragseinnahmen finanziert“ (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber & Schwinger, 2020, S. 685), sodass grundsätzlich keine Bildung eines Kapitalstocks oder eine Vermögensakkumulation stattfindet (Wagner, 2017, S. 940).

Personenkreis und
Finanzierung der
SPV

Die Einnahmen der *SPV* setzen sich aus Beiträgen der Mitglieder und sonstigen Einnahmen zusammen (§ 54 Abs. 1, 2 SGB XI). Dabei bilden die sonstigen Einnahmen, zu denen auch die Bundeszuschüsse zählen, im Zeitraum von 1995 bis 2020 einen geringen Anteil von unter 6 %. Die Arbeitnehmer:innen und *Arbeitgeber:innen* tragen den Beitrag grundsätzlich zur Hälfte (§ 58 Abs. 1 SGB XI). Im Bundesland Sachsen, in dem die am 31.12.1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen Feiertage nicht um einen Feiertag vermindert worden ist, haben die Arbeitnehmer:innen einen Beitragsanteil in Höhe von 1,0 Beitragssatzpunkten allein zu tragen (§ 58 Abs. 3 SGB XI). Damit ist in Sachsen der Beitrag für Arbeitnehmer:innen um 0,5 Beitragssatzpunkte höher und für *Arbeitgeber:innen* um 0,5 Beitragssatzpunkte niedriger als in den restlichen Bundesländern. Der gesetzlich festgelegte Beitragssatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen, wenn sie über der Geringfügigkeitsgrenze von derzeit noch 450 EUR liegen (BMG, 2022a), bis zur Beitragsbemessungsgrenze² erhoben. Dabei gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die *GKV* (§§ 55, 57 SGB XI). Bezieher:innen einer Rente der *gesetzlichen Rentenversicherung* tragen die Beiträge zur *SPV* allein (§ 59 Abs. 1 SGB XI). Für Personengruppen, die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit beziehen und keine Beiträge tragen, zahlt die Bundesagentur für Arbeit die Beitragszuschläge von insgesamt 20 Mio. EUR pro Jahr pauschal an den Ausgleichsfonds der *SPV* (§ 60 Abs. 7 SGB XI). Bei Bezieher:innen von Krankengeld entrichtet die Krankenkasse die Hälfte des Beitrags (§ 59 Abs. 2 SGB XI). Durch die gesetzliche Fixierung der Beitragssätze, der Beitragsbemessungsgrenze und der Bemessungsgrundlage hängt die Einnahmeentwicklung im Wesentlichen von der Höhe der Steuerzuschüsse, der Zahl der beitragspflichtigen Versicherten und deren Einkommen ab, sodass ein

Einnahmen der *SPV*

² Im Jahr 2022 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 58.050 EUR (§ 4 Abs. 2 Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022).

deutlicher Einfluss durch die Bewegungen auf dem Arbeitsmarkt, die Wachstums- sowie Einkommensdynamik besteht. Somit steigen die Einnahmen, wenn *ceteris paribus* der jährliche Steuerzuschuss steigt und/oder sich die versicherungspflichtige Beschäftigung erhöht und/oder die beitragspflichtigen Einkommen zunehmen (IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2021b). Folglich betrifft die Bevölkerungsalterung auch die Einnahmenseite aufgrund des veränderten Verhältnisses zwischen beitragspflichtigen Versicherten im Erwerbsalter und beitragspflichtigen Rentner:innen. Da Rentner:innen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen als erwerbstätige Versicherte aufweisen, sinken durch den demografischen Wandel die beitragspflichtigen Einkommen (Kochskämper, 2017, S. 16, 17, 20).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich festgelegt (§§ 28ff. SGB XI), wobei deren Höhe vom festgelegten Pflegegrad abhängt. Zu den Gesamtausgaben werden neben den Leistungsausgaben u. a. die Verwaltungsausgaben und die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds gezählt. Dabei lag der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, zwischen 1996 und 2020 bei unter 10 %. Da die (maximale) Höhe der Sach- und Geldleistungen vorgegeben ist, ist die Ausgabenentwicklung von der Zahl der Pflegebedürftigen, ihren zugeordneten Pflegegraden und der in Anspruch genommenen Versorgungs- sowie Leistungsformen abhängig. Dementsprechend gilt, je mehr Pflegebedürftige existieren, je mehr sich diese auf höhere Pflegegrade verteilen und je mehr stationäre Leistungen beansprucht werden, desto höher sind die Ausgaben (IAQ, 2021b). Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt zum einen die Anzahl älterer Personen und damit die Zahl von Pflegebedürftigen zu. Zum anderen verändern sich Haushalts- und Familienstrukturen, die Verschiebungen in Pflegearrangements und der Form der Versorgung hin zu formeller bzw. professioneller Pflege bewirken (Greiner & Bowles, 2007, S. 339).

Die Gesamtausgaben und -einnahmen der SPV sind seit der Einführung des fünften Zweiges der Sozialversicherung im Jahr 1995 kontinuierlich und fast gleichgerichtet gestiegen. Die Abbildung 7 zeigt, dass sich die Einnahmen der SPV seit der Einführung 1995 von 8,4 Mrd. EUR auf 50,6 Mrd. EUR im Jahr 2020 mehr als versechsfacht haben, obwohl die Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied deutlich hinter dem Anstieg des Bruttoinlandsproduktes (BIP) zurückblieben. Der geringe Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen wird vor allem auf den zunehmenden Anteil von Rentner:innen im Versichertenbestand, das Absinken des Anteils der Löhne am Volkseinkommen und die schwache Erhöhung der Renten verursacht (IAQ, 2022; Kochskämper, 2017, S. 20). Der trotzdem resultierende hohe Einnahmestieg der SPV kann primär auf die Anhebungen des Beitragssatzes zur SPV zurückgeführt werden (Rothgang et al., 2020, S. 115). Zudem hat die gute Entwicklung der versicherungspflichtigen Beschäftigung maßgeblich zu einer günstigen Finanzentwicklung beigetragen (IAQ, 2021b). Die Einnahmenentwicklung wird auch von der Beitragsbemessungsgrenze beeinflusst, die seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 aufgrund der Anpassungen an die wirtschaftliche Entwicklung gestiegen ist (BMG, 2017a; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022). Darüber hinaus führt der Steuerzuschuss, den die SPV im Jahr 2020 erstmalig in Höhe von 1,8 Mrd. EUR erhielt, zu zusätzlichen Einnahmen (Neusius, 2021, S. 895).

Ausgaben der SPV

Gesamtentwicklung der Einnahmen der SPV und Einflussfaktoren

Zeitraum von 1995 bis 2016

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wurde der Beitragssatz zur Einführung der Pflegeversicherung auf 1,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Rahmen des PflegeVG festgesetzt. Die erste Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,7 % erfolgte im Juli 1996. Die Einnahmen stiegen damit auf 12,1 Mrd. EUR an. Diese Anhebung wurde bereits bei der Einführung der SPV geplant, um die dann eingeführten Leistungen bei stationärer Pflege zu finanzieren (Rothgang et al., 2020, S. 115). Zwischen 1998 und 2004 lagen die Gesamteinnahmen relativ konstant bei rund 16 Mrd. EUR. Dies ist vor allem auf den unveränderten Beitragssatz und die moderate Lohnentwicklung mit einem geringen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV in diesem Zeitraum zurückzuführen (Deutsche Bundesbank, 2007, S. 32). Die Ausgaben stiegen von 1995 bis 2004 gering an, sodass, nachdem die Liquiditätsüberschüsse der SPV von 1995 bis 1998 abnahmen, bis 2004 durchgängig geringe Defizite entstanden. Zwischen 1997 und 2004 ist eine Verschiebung von der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der informellen Pflege hin zu mehr formeller Pflege zu verzeichnen. Zudem stieg der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger. Insbesondere demografische und sozialstrukturell bedingte Trends führen dazu, dass die rein familiäre Pflege abnimmt (Döhner & Rothgang, 2006, S. 587; Rothgang & Preuss, 2007, S. 21). Mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) wurde ein Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ab dem 01.01.2005 eingeführt. Dieser Zuschlag fällt für Mitglieder nach Vollendung des 23. Lebensjahres an und ist von den Versicherten zu tragen (§ 55 Abs. 3 SGB XI).

Von 1995 bis 2005

Im Zeitraum zwischen 2006 und 2014 sind Einnahmen- sowie Ausgabensteigerungen und, außer 2007, Einnahmenüberschüsse zu erkennen. Im Rahmen des PfwG 2008 wurde neben der erstmaligen Leistungsanhebung auch der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert. Personen, die einen Hilfebedarf in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, aber nicht das Ausmaß der Pflegestufe I aufwiesen, konnten entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen (Paquet, 2020, S. 11; Schneekloth et al., 2017, S. 36, 37). Um die Maßnahmen zu finanzieren, wurde der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte erhöht, sodass der Beitragssatz zum 01.07.2008 1,95 % betrug (Art. 1 PfwG). Mit dem PNG hat der erweiterte Personenkreis seit 2013 einen Leistungsanspruch zur Deckung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III führte die Anerkennung der eingeschränkten Alltagskompetenz zu einem höheren Leistungsanspruch (Schneekloth et al., 2017, S. 24, 36, 37). Gleichzeitig wurden die Beitragssätze zum 01.01.2013 auf 2,1 % und für Kinderlose auf 2,3 % angehoben, sodass weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt werden konnten.

Von 2006 bis 2014

Ab 2015 kam es teilweise zu deutlichen Einnahme- und Ausgabeschüben. Mit dem PSG I wurden 2015 die Leistungen zum Werterhalt der Pflegeversicherung erhöht und zusätzlich ausgeweitet (Schneekloth et al., 2017, S. 25). Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingeführt, in dem erstmals 1,1 Mrd. EUR angelegt wurden. In diesem Pflegevorsorgefonds soll über 20 Jahre ein Anteil der Pflegeversicherungsbeiträge angespart werden, um die zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen nach 2034 abzumildern (BMG, 2017b). Insbesondere die zeitgleiche Beitragssatzerhöhung um 0,3 Prozentpunkte ließ die Einnahmen auf 30,7 Mrd. EUR steigen, sodass sich die Finanzlage relativ stabil zeigt.

Von 2015 bis 2016

Zeitraum von 2017 bis 2022

Die sprunghafte Erhöhung der Ausgaben 2017 um 24,3 % ist im Wesentlichen auf das PSG II zurückzuführen. Trotz der Beitragssatzerhöhung um 0,2 Prozentpunkte zum 01.01.2017 und der guten Beschäftigungslage wurde ein Defizit von 2,4 Mrd. EUR erfasst, welches sich im Jahr 2018 auf 3,6 Mrd. EUR erhöhte, sodass auf Rücklagen zurückgegriffen werden musste (IAQ, 2021b). Vor allem durch die Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte im Januar 2019 im Rahmen des Pflegeversicherungs-Beitragssatzanpassungsgesetzes (BSAG) war ein deutlicher Anstieg der Einnahmen um 25,2 % zum Vorjahr zu erkennen, sodass ein Überschuss von 3,3 Mrd. EUR erzielt wurde und ein weiteres Defizit vermieden werden konnte. Das GVWG sah eine Anhebung des Beitragszuschlages für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte zum 01.01.2022 vor.

Die Einführung des PSG II verursachte ab 2017 stärkere Bewegungen in der Finanzentwicklung der **SPV**.

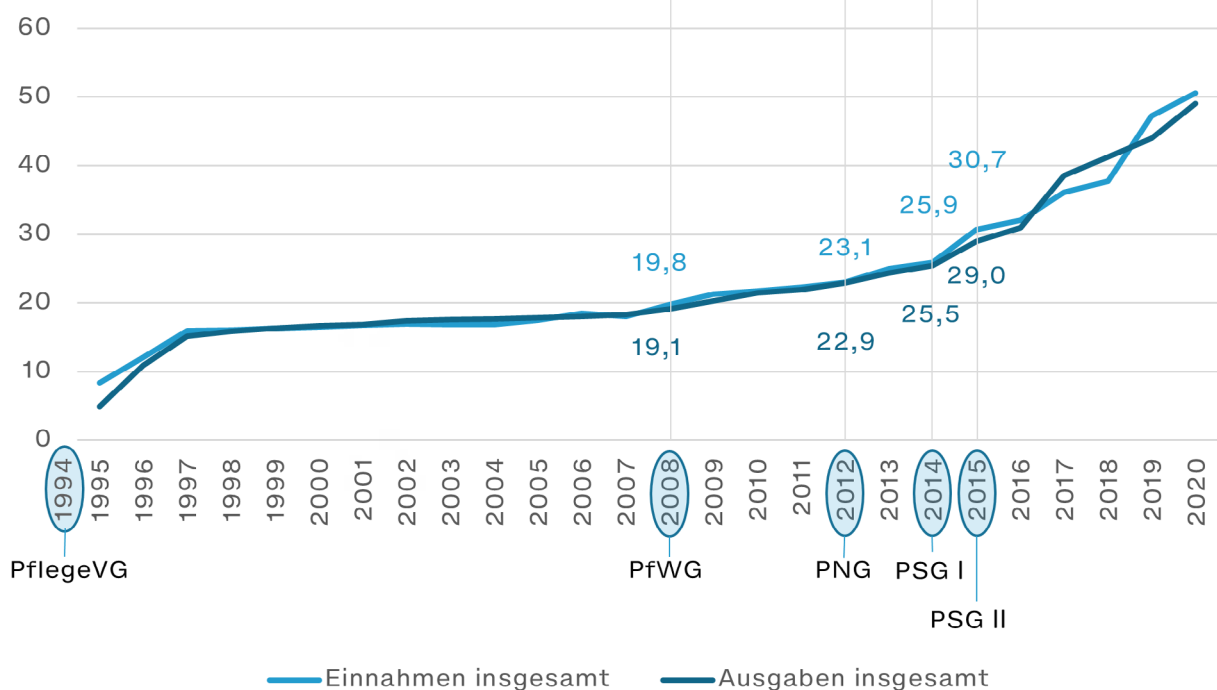


Abbildung 7: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. EUR

Gesetzesänderungen nach Beschlussdatum

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2021a)

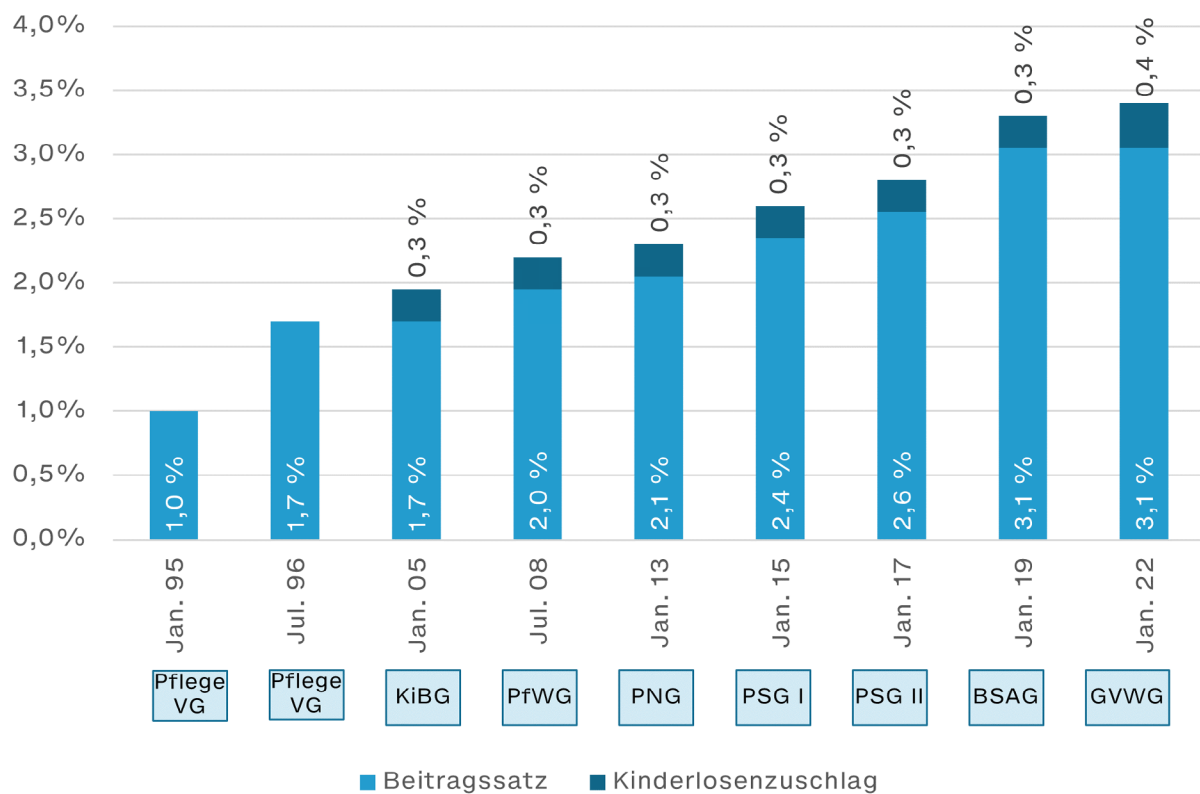


Abbildung 8: Entwicklung des Beitragssatzes und Beitragszuschlages für Kinderlose der SPV
Gesetzesänderungen mit Datum des Inkrafttretens des Beitragssatzes
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2022)

4.2 Private Pflege-Pflichtversicherung

Finanzierungsgrundlagen

Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, eine *PPV* abzuschließen (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Des Weiteren sind Beamte, Personen mit Anspruch auf Beihilfe, Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der *SPV* versicherungspflichtig sind, Mitglieder der PBeaKK sowie der KVB in der *PPV* versicherungspflichtig (§ 23 Abs. 3, 4 SGB XI). Freiwillige Mitglieder der *GKV* können auf Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung von der Versicherungspflicht in der *SPV* befreit werden und eine *PPV* abschließen (§ 22 SGB XI). Im Jahr 2020 waren 9,2 Mio. Personen in Deutschland privat pflegeversichert, was bei einer Bevölkerungszahl von 83,2 Mio. einem Anteil von 11,1 % entspricht (Destatis, 2022a; PKV-Verband, 2022c). Die Leistungen entsprechen denen der *SPV* (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Die Prämien werden im Gegensatz zur *SPV* nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert und sind somit nicht vom Einkommen des Versicherten, sondern vom individuellen Gesundheitsrisiko beim Eintritt in die Pflegeversicherung abhängig (BMG, 2022a). Die Kalkulation der Versicherungsprämie erfolgt so, dass die Prämien in jungen Jahren höher als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen sind. Aus dieser Differenz werden Alterungsrückstellungen gebildet, die verzinslich angelegt werden. Wenn die Kosten für Pflegebedürftigkeit über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch die Alte-

Personenkreis und Finanzierung der *PPV*

rungsrückstellungen geschlossen, sodass die Prämien nicht altersbedingt steigen (PKV-Verband, 2022b). Für eine sozialverträgliche Prämiengestaltung hat der Gesetzgeber umfangreiche Rahmenbedingungen vorgegeben. Da die prämienfreie Mitversicherung der Kinder, identische Höchstbeiträge wie in der *SPV* und geschlechtsunabhängige Prämien gesetzlich vorgeschrieben sind (§ 110 SGB XI), wird das Anwartschaftsdeckungsverfahren durch Umlageelemente ergänzt. Zusätzlich findet ein Risikoausgleich zwischen privaten Versicherungsunternehmen statt (§ 111 SGB XI). Dementsprechend besteht ein unternehmensübergreifender Ausgleich zwischen Prämienzahler:innen und prämienfreien Mitgliedern, zwischen jungen und älteren Versicherten sowie zwischen Männern und Frauen. Im Jahr 2019 bezifferte sich das Umlagevolumen auf 260,5 Mio. EUR (PKV-Verband, 2020, S. 36). Die Arbeitnehmer:innen erhalten einen Beitragszuschuss von ihrem/:ihrer Arbeitgeber:in, der dem Arbeitgeber:innenanteil in der *SPV* entspräche, aber auf die Hälfte der zu zahlenden Prämie begrenzt ist (§ 61 Abs. 2 SGB XI). Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von *SPV* und *PPV* ist ein Vergleich der Finanzentwicklung nur eingeschränkt möglich (Rothgang & Müller, 2021, S. 126).³

Insgesamt haben sich die Prämieinnahmen seit 1995 von 1,3 Mrd. EUR auf 4,2 Mrd. EUR im Jahr 2020 mehr als verdreifacht (Abbildung 9). Die Ausgaben für Versicherungsleistungen lagen im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich unter den Einnahmen. Da die privat Pflegeversicherten sowohl durchschnittlich ein höheres Einkommen sowie ein geringeres Pflegefallrisiko als auch ein günstigeres Verhältnis zwischen Leistungsempfänger:innen und Versicherten im Vergleich zu den Versicherten der *SPV* aufweisen, konnte die *PPV* sehr hohe Rückstellungen erwirtschaften (IAQ, 2021b). Der Bestand der Alterungsrückstellungen nahm seit 1995 kontinuierlich um rund 1 bis 3 Mrd. EUR pro Jahr zu. Bis zum Jahr 2020 wurden insgesamt fast 42 Mrd. EUR Alterungsrückstellungen angesammelt. Dies entsprach rund 85,4 % der Ausgaben der *SPV* in demselben Jahr.

Gesamtentwicklung der Einnahmen, Ausgaben und Alterungsrückstellungen der *PPV*

Zeitraum von 1995 bis 2016

Nachdem die jährlichen Prämieinnahmen der *PPV* nach der Einführung der Pflegeversicherung stark anstiegen, erreichten sie im Jahr 1997 mit 2,2 Mrd. EUR einen ersten Höchststand. Anschließend nahmen die Einnahmen bis zum Jahr 2003 ab und lagen bis 2007 konstant bei 1,9 Mrd. EUR. Diese Entwicklung kann insbesondere auf die Reduktion der Prämien und eine gleichzeitig ansteigende Versichertenanzahl zurückgeführt werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Zwischen 2008 und 2016 schwankten die Prämieinnahmen zwischen 2,0 und 2,2 Mrd. EUR.

Entwicklung der Einnahmen der *PPV*

Hinsichtlich der Ausgaben war nach dem Anstieg bis auf 446,8 Mio. EUR im Jahr 1997, was einem Anteil von rund 21 % an den Prämieinnahmen entsprach, eine relativ konstante Ausgabenentwicklung vorzufinden. Ab 2008 stiegen die Versicherungsleistungen relativ stark an, sodass sich die Ausgaben zwischen 2008 und 2016 fast verdoppelten. Neben der demografischen Entwicklung lassen politische

Entwicklung der Ausgaben der *PPV*

³ Zudem besteht für gesetzlich und privat Krankenversicherte die Möglichkeit, sich mit privaten Zusatzversicherungen gegen das Pflegerisiko abzusichern. Im Folgenden wird ausschließlich die Finanzentwicklung der verpflichtenden privaten Pflegeversicherung betrachtet.

Reformen die Leistungen der *PPV* stark ansteigen (PKV-Verband, 2020, S. 44). Besonders in den Jahren 2008 (PfWG), 2013 (PNG) und 2015 (PSG I) erfolgten Ausgabenanstiege.

Zeitraum von 2017 bis 2020

Ab 2017 kam es u. a. aufgrund von Prämien erhöhungen zu deutlichen Anstiegen der Einnahmen (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Dabei wurde im Jahr 2017 eine Zunahme der Prämieinnahmen um fast 20 % und im Jahr 2019 um 25,6 % im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet. Im Jahr 2020 nahmen die Einnahmen um 30,6 % auf 4,2 Mrd. EUR zu. Die wesentlichen Ursachen für die steigenden Prämien waren die gesetzlichen Pflegereformen, die zu Mehrausgaben aufgrund der Ausweitung des individuellen Leistungsanspruches sowie des Kreises der Empfangsberechtigten und der Förderung von zusätzlichen Pflegestellen geführt haben (PKV-Verband, 2021). Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) aus dem Jahr 2020 werden z. B. zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen über einen Vergütungszuschlag finanziert (AOK-Verlag, 2022). Zudem beeinflusst das Zinsniveau die Höhe der Prämiensteigerungen. Aufgrund des niedrigen Leitzins sinkt die Verzinsung der Alterungsrückstellungen, sodass ein Ausgleich durch zusätzliche Prämien erfolgen muss (PKV-Verband, 2021).

Entwicklung der Einnahmen der PPV

Die Ausgaben der *PPV* nahmen im Jahr 2017 um 22,5 % auf 1,3 Mrd. EUR besonders stark zu. Dieser Ausgabenanstieg kann teilweise auf das PSG II zurückgeführt werden. Im Jahr 2020 bezifferten sich die Ausgaben für Versicherungsleistungen auf rund 1,8 Mrd. EUR, was fast 42 % der Prämieinnahmen entsprach.

Entwicklung der Ausgaben der PPV

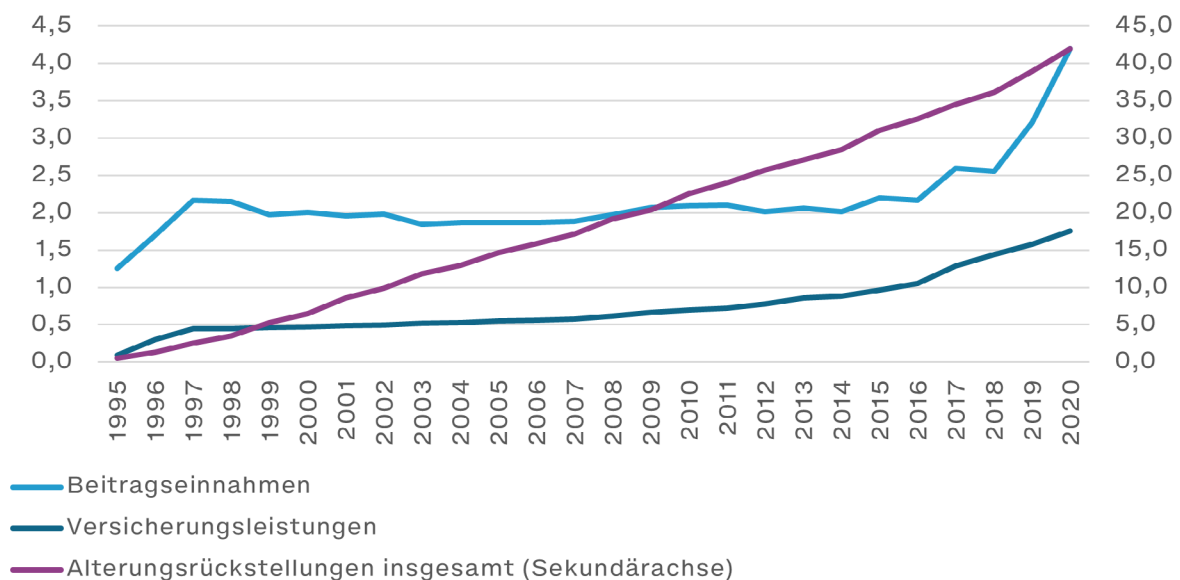


Abbildung 9: Finanzentwicklung der PPV in Mrd. EUR

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PKV-Verband (2011, S. 94, 2022c); Rothgang und Müller (2021, S. 127)

4.3 Durchschnittliche finanzielle Belastung der Versicherten in stationärer Pflege

Neben den Beiträgen zur *SPV* oder Prämien zur *PPV* können für *private Haushalte* im Pflegefall weitere Kosten anfallen. Da die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem ausgestaltet ist, sind die Leistungsansprüche je nach Pflegegrad in der Höhe begrenzt (Paquet, 2020, S. 15–16). Die privat zu tragenden Pflegekosten der Versicherten sind statistisch nicht vollständig erfasst. Während im stationären Bereich gesicherte Daten verfügbar sind, existieren für den ambulanten Bereich lediglich Befragungsergebnisse (Ehrentraut, Huschik, Moog & Sulzer, 2019, S. 58).

Der Eigenanteil der Pflegeheimkosten, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen, setzt sich aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegebedingten Aufwendungen der Pflegegrade 2 bis 5, den Kosten für Unterkunft sowie Verpflegung und den Investitionskosten zusammen. Der EEE ergibt sich aus der Differenz zwischen den Pflegekosten des Heimes und den Leistungen der Pflegeversicherung (Sell, 2018). Dabei umfasst der EEE vor allem Personalkosten (vdek, 2022). Durch das GVWG haben Pflegebedürftige seit dem 01.01.2022 Anspruch auf einen anteiligen Leistungszuschlag ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Für Heimbewohner:innen mit Pflegegrad 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag 5,0 % des Eigenanteils an den Pflegekosten im ersten Jahr im Pflegeheim. Nach zwölf Monaten beträgt der Leistungszuschlag 25,0 %, nach 24 Monaten 45,0 % und nach 36 Monaten 70,0 % (§ 43c SGB XI). Dieser Leistungszuschlag ist in Abbildung 10 nicht berücksichtigt. Die Kosten für Unterkunft sowie Verpflegung und die Investitionskosten werden nicht in den Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen, sodass sie von den Heimbewohner:innen allein getragen werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 108).

Der Eigenanteil der Versicherten umfasst den EEE, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten.

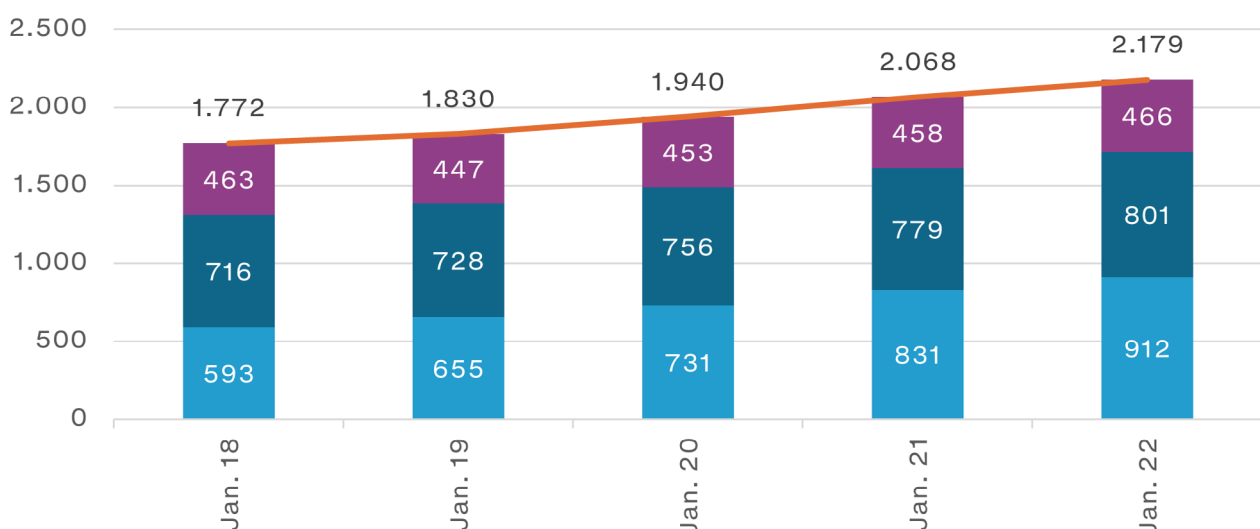


Abbildung 10: Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR pro Monat

Ohne Berücksichtigung der Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vdek (2022)

Der EEE bildet den größten Anteil des Gesamtheimentgeltes. Seit 2018 sind die durchschnittlichen Eigenanteile kontinuierlich gestiegen. Insgesamt waren Anfang 2022 durchschnittlich 2.179 EUR pro Monat und pflegebedürftiger Person im stationären Bereich zu tragen. Diese setzten sich im Durchschnitt aus 912 EUR für den EEE an der Pflege, 801 EUR für Unterkunft sowie Verpflegung und 466 EUR Investitionskosten zusammen.

Für die häusliche Pflege wurde in einer Befragung im Jahr 2016 die Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten erfasst, die im Zusammenhang mit der Pflege entstehen. Im Durchschnitt wurden monatlich 269 EUR von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Dabei stiegen die durchschnittlichen Kosten mit der Pflegestufe (Schneekloth et al., 2017, S. 158–159).

4.4 Hilfe zur Pflege

Die Hilfe zur Pflege stellt eine Form der Sozialhilfe dar (§§ 61–66 SGB XI). Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, sofern die Pflegeversicherungsleistungen nicht ausreichen und die Pflegebedürftigen sowie die unterhaltspflichtigen Personen nicht über genügend Einkommen und Vermögen verfügen, um die restlichen Pflegekosten vollständig zu decken (§ 61 SGB XII). Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege zwischen 1995 und 2020. Dabei sind für die Jahre 1995, 2005, 2006 und 2007 die Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege in Bremen nicht enthalten. Zudem gab es 2007 eine Untererfassung in Nordrhein-Westfalen (Destatis, 2022d).

Von 1995 bis 1998 sank die Anzahl um 40,4 % und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege um 63,5 %. Jedoch nahm in den nachfolgenden Jahren die Empfänger:innenzahl tendenziell zu und erreichte 2014 mit rund 350.000 einen neuen Höhepunkt, der etwa 23.400 Empfänger:innen unter dem Ausgangsniveau von 1995 lag. Ebenso stiegen die Nettoausgaben fast kontinuierlich auf 3,8 Mrd. EUR im Jahr 2016 an. Im Jahr 2017 ist eine deutliche Abnahme der Anzahl um 17,1 % im Rahmen der Leistungsausweitung des PSG II zu erkennen (Rothgang & Müller, 2021, S. 129). Gleichzeitig reduzierten sich die Nettoausgaben um 10,7 %. Danach die Empfänger:innenzahl bis auf ca. 315.900 im Jahr 2020 leicht anstieg, nahmen auch die Nettoausgaben wieder zu. Im Jahr 2020 bezifferten sich die Nettoausgaben auf 4,3 Mrd. EUR, was einer Reduktion von 31,3 % gegenüber 1995 entspricht. Jedoch sank der Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen, nachdem er von 1999 bis 2015 zwischen 11,7 und 13,2 % schwankte, auf 7,3 % im Jahr 2019 (Destatis, 2022e).

Die Hilfe zur Pflege zählt zum Ausgabenträger öffentliche Haushalte.

Zwischen 1995 und 2020 sanken die Zahl der Empfänger:innen und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege.

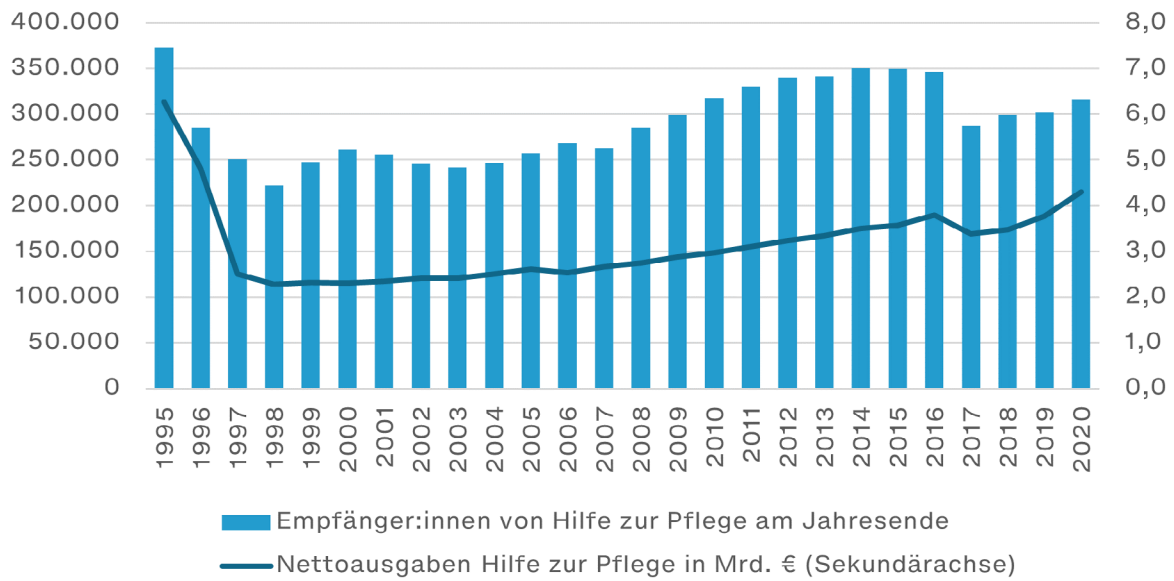


Abbildung 11: Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2021, 2022d); Rothgang und Müller (2021, S. 129)

5 Die prognostizierte Zukunft des sozialen Pflegeversicherungssystems

5.1 Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen

Während für die Gesamtbevölkerung in Deutschland bis 2050 mit einem Rückgang auf rund 80,2 Mio. Personen gerechnet wird, zeigen Prognosen für den Anteil der mindestens 80-Jährigen einen Anstieg von 7,3 % im Jahr 2021 auf 12,1 % im Jahr 2050 (Destatis, 2022b). Die Alterung der Gesamtbevölkerung ist vor allem dadurch bestimmt, dass die stark besetzten Jahrgänge von 1955 bis 1970, die als Babyboom-Generation bezeichnet werden, in den nächsten Jahrzehnten ins Senior:innenalter wechseln. Zusätzlich werden die quantitativ kleineren Geburtsjahrgänge zur Verschiebung der Relationen zwischen den einzelnen Altersgruppen deutlich beitragen. Während im Jahr 2018 100 Personen im Alter von 20 bis 66 Jahren 60 Personen unter 20 sowie ab 67 Jahren gegenüberstanden, werden es im Jahr 2040 bereits 80 unter 20- und über 66-Jährige sein (Destatis, 2019a, S. 11, 19, 27, 53).

Prognosen zur Altersstruktur der Gesamtbevölkerung

Die demografische Alterung und die steigende Pflegewahrscheinlichkeit mit zunehmenden Alter führen dazu, dass auch in Zukunft mit einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen gerechnet werden muss (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 5). Jedoch sind Prognosen vor allem über einen langen Zeithorizont mit Unsicherheiten verbunden (Schwinger, Klauber & Tsiasioti, 2020, S. 7). So ist bspw. der konkrete Effekt bzw. Umsetzungsnutzen rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen aufgrund der Komplexität der Maßnahmen und ihrer Kontextbedingungen nicht quantifizierbar, obwohl deren generelle Wirksamkeit bestätigt ist (Lübke, 2017, S. 237). Darüber hinaus ist empirisch nicht eindeutig belegt, wie sich der Anstieg der Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit auswirkt. Dabei besteht die Möglichkeit, dass mit zunehmender Lebenserwartung die altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit unverändert bleibt, ansteigt oder sinkt (Ehrentraut et al., 2019, S. 60). Eine Analyse von Kreft und Doblhammer (2016, S. 13) zeigt, dass einige Landkreise in Deutschland eine Kompression der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Zeitraum vor dem Tod aufweisen, während in anderen Landkreisen der Anteil der Pflegebedürftigen wächst, deren Lebensjahre mit Pflegebedürftigkeit steigen.

Einflussfaktoren auf die Prognosen

Allerdings ist sogar bei einer Kompression der altersabhängigen Pflegebedürftigkeit mit einer Zunahme der Pflegefallzahlen auf insgesamt über 5,0 Mio. im Jahr 2050 zu rechnen, da die quantitative Besetzung der älteren Kohorten zukünftig deutlich ansteigen wird (Kochskämper, 2021, S. 7). Wenn von einer konstanten altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit ausgegangen wird, prognostizieren Ehrentraut et al. (2019, S. 60–61) für das Jahr 2050 die Anzahl der Pflegebedürftigen auf ca. 5,3 Mio. in der SPV. Für den gleichen Zeithorizont berechnen Schwinger et al. (2020, S. 10–12) einen Anstieg auf rund 5,1 Mio., womit eine Erhöhung des Anteils der SPV-Versicherten, die pflegebedürftig sind, von 4,8 % im Jahr 2020 auf 7,4 % im Jahr 2050 einhergeht. Das BMG (2022b, S. 4, 20) erwartet auf Basis der Geschäftsstatistik der Pflegekassen, dass die Anzahl der

Prognose der Pflegefallzahlen

in der SPV versicherten Pflegebedürftigen auf ca. 6,5 Mio. bis 2050 ansteigt. Demzufolge würde sich eine Zunahme der Zahl der sozialversicherten Pflegebedürftigen um 50,4 % im Vergleich zum Jahr 2020 ergeben. Dabei steht der absoluten Fallzahlenänderung von 1996 bis 2020 in Höhe von ca. 2,8 Mio. eine prognostizierte Erhöhung von 2020 bis 2050 um rund 2,2 Mio. gegenüber.

5.2 Prognosen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Neben der demografischen Entwicklung stellt die Bedeutung der professionellen Pflege einen weiteren zentralen Bestimmungsfaktor für die zukünftige Entwicklung der Pflegeausgaben dar (Ehrentraut et al., 2019, S. 60). So kann z. B. die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im ambulanten sowie stationären Setting aufgrund sich wandelnder familiärer Konstellationen und der abnehmenden Bedeutung informeller Pflege durch Angehörige weiter steigen (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 5; Schwinger et al., 2020, S. 7, 8). Darüber hinaus ist die Dynamisierung der Pflegeleistungen ein bedeutender Faktor. Nach § 30 SGB XI dient für die Anpassung der Pflegeleistungen die kumulierte Preisentwicklung als Orientierungswert, wobei der Anstieg der Leistungsbeiträge nicht höher als die Brutto Lohnentwicklung ausfallen darf. In der Pflege sind oft personalintensive Tätigkeiten vorzufinden, die ein begrenztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen sowie Rationalisierungen besitzen. Um eine Abwanderung von Arbeitnehmer:innen in Branchen mit höheren Produktivitätssteigerungen und damit höherer Entlohnung zu vermeiden, muss ein vergleichbarer Lohn gezahlt werden, der jedoch über der Produktivität des Pflegebereiches liegt und zu überdurchschnittlichen Kostenzunahmen führt (Baumol'sche Kostenkrankheit) (Arentz, 2019, S. 17–18; Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 6). Demzufolge würde die gesetzlich vorgesehene Dynamisierung mit der Preisentwicklung die tatsächliche Kostenentwicklung nicht adäquat berücksichtigen (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 6). Zudem ist u. a. durch die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung und Struktur des Pflegepersonals mit einem zusätzlichen Finanzierungsbedarf zu rechnen (Ehrentraut et al., 2019, S. 63; Schwinger et al., 2020, S. 20).

Die demografische Entwicklung lässt für die umlagefinanzierte SPV niedrigere Beitragseinnahmen sowie steigende Ausgaben erwarten (Bahnsen & Wild, 2021, S. 2). Ehrentraut et al. (2019, S. 60–63) nehmen bei ihrer Prognose eine konstante altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit, einen fortsetzenden Trend zur professionellen Pflege und eine Dynamisierung der Pflegeleistungen nach der Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner:in an. Dadurch wird ein Anstieg der Ausgaben der SPV bis zum Jahr 2050 auf nominal über 181,3 Mrd. EUR prognostiziert, was dem 3,69-fachen Niveau von 2020 entsprechen würde. Zur Finanzierung dieses Ausgabenanstiegs müsste unter Berücksichtigung der Zuführungen aus dem Pflegevorsorgefonds der Beitragssatz der SPV bis 2050 auf 4,6 % angehoben werden. Ebenso könnten in entsprechendem Maße der Bundeszuschuss erhöht, die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, weitere Einkunftsarten zur Bemessung herangezogen oder eine Mischung der Maßnahmen erfolgen.

Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung der SPV

Ehrentraut et al. (2019) prognostizieren für das Jahr 2050 für die SPV Ausgaben in Höhe von 181,3 Mrd. EUR.

Arentz (2019, S. 11–14) betrachten verschiedene Szenarien, in denen die Ausgaben mit einer höheren Rate als die beitragspflichtigen Einnahmen ansteigen. Zwischen 1997 und 2017 stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied im Durchschnitt jährlich um 1,6 % und die Ausgaben pro Kopf um 4,7 % pro Jahr, was auf diverse Leistungsausdehnungen zurückgeführt werden kann. Jedoch sind Leistungsausdehnungen in der Zukunft kaum vorherzusehen. Wenn die Ausgaben und Einnahmen mit derselben Rate steigen, wird ein Beitragssatz von 4,1 % im Jahr 2040 prognostiziert. Dementsprechend würde sich die durchschnittliche Beitragsbelastung pro Mitglied von 645 EUR im Jahr 2017 auf 937 EUR im Jahr 2040 erhöhen. Im Szenario mit einem Abstand zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung von 2 Prozentpunkten ist mit einem Beitragssatz von 6,4 % im Jahr 2040 zu rechnen. Bei einem Abstand von 3 Prozentpunkten ergäbe sich ein Beitragssatz von 7,9 % im Jahr 2040.

Arentz (2019) prognostiziert für das Jahr 2050 für die *SPV* einen Beitragssatz zwischen 4,1 und 7,9 %.

Im Rahmen des Tragfähigkeitsberichtes des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) wurden Prognosen hinsichtlich der demografiebedingten Ausgabenquote der *SPV* erstellt. Dabei wird die Annahme einer unveränderten Fortführung der gegenwärtigen Politik, ein daraus resultierendes konstantes Leistungsniveau der Pflegeversicherung und eine Anpassung der Leistungsausgaben entsprechend der Wachstumsrate der Bruttolöhne getroffen. Ausgehend von einem Ausgaben-niveau der *SPV* von 1,2 % im Jahr 2018 ist in einer eher pessimistischen Variante ein Anstieg auf 2,3 % des BIP bis zum Jahr 2050 zu erwarten. In der eher optimistischen Variante steigt die Ausgabenquote um 0,7 Prozentpunkte auf 1,9 % des BIP (BMF, 2019, S. 20, 22, 28).

Das BMF (2019) prognostiziert für das Jahr 2050 und die *SPV* eine Ausgabenquote zwischen 4,1 und 7,9 % des BIP.

6 Ansatzpunkte und Reformoptionen für ein nachhaltiges Finanzierungssystem

Allgemeine Einflussfaktoren auf das Finanzierungssystem der Pflege

Die Prognosen werfen die Frage auf, wie die steigenden Ausgaben langfristig tragfähig finanziert werden können. Dabei wirken auf das externe Umfeld des Finanzierungssystems der Pflege allgemeine Einflussfaktoren, die, wie in Abbildung 12 dargestellt, in Anlehnung an die PEST-Analyse mittels vier Kategorien (political, economic, social, technological) strukturiert werden können.

Zu den politischen Einflussfaktoren zählen sowohl die politische Stabilität als auch die allgemeine sowie branchenrelevante Gesetzgebung, die die Pflegefinanzierung beeinflussen können (Grootz, Brandstädter, Schaefer & Huthwelker, 2019, S. 17). Zudem wirken, wie unter 4.1 bereits erwähnt, ökonomische Faktoren, wie z. B. die Arbeitsmarkt-, Wachstums- sowie Einkommensdynamik, vor allem auf die Einnahmeentwicklung der Pflegeversicherung ein. Ein Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen könnte u. a. durch eine Steigerung der Einkommen und damit der Arbeitsproduktivität erzielt werden (Arentz & Ulrich, 2017, S. 47, 48). Eine Einkommenssteigerung von 1,0 % pro Jahr erfordert aufgrund des demografischen Wandels ein Wachstum der Arbeitsproduktivität um jährlich über 2 % (Eichert, 2016, S. 1). Jedoch ist das Erreichen solcher Produktivitätssteigerungen und der dadurch resultierenden Einkommensanstiege eher unwahrscheinlich (Arentz & Ulrich, 2017, S. 48).

Politische und ökonomische Faktoren

Der bereits genannte demografische Wandel, die Veränderung der Haushalts- sowie Familienstrukturen und der daraus resultierende Wandel der Bedeutung der professionellen Pflege können den soziokulturellen Faktoren zugeordnet werden. Vor dem Hintergrund der Digitalisierung sind auch im Pflegebereich technische Wandlungsprozesse insbesondere bei Unterstützungssystemen durch bspw. digitale Pflegeanwendungen (DiPAs), digitale Lösungen zum Monitoring, zur Kommunikation und zur Betreuung zu beobachten (Stutzer, Militzer-Horstmann, Schuppmann & Höpfner, 2022, S. 2, 5-10). Dadurch können ggf. der Pflegebedarf minimiert, die Dauer sowie Intensität der Pflege verkürzt und weniger Leistungserbringer einbezogen werden (Schuppmann et al., 2022, S. 26). Mögliche Risiken für die Digitalisierung der Pflege werden u. a. in der Skepsis im Bereich des Datenschutzes, im erhöhten Risiko für einen Ausfall durch Stromausfälle oder technische Defekte und in der meist abnehmenden Kompetenz der Nutzung digitaler Technologien von älteren Personen gesehen (Granja, Janssen & Johansen, 2018, S. 8; Stutzer et al., 2022, S. 12–15).

Soziale und technologische Faktoren

Haupteinflussfaktoren auf die Einnahmen und Ausgaben

Neben den Umfeldfaktoren fasst Abbildung 12 die Haupteinflussfaktoren auf die Einnahmen sowie Ausgaben des Pflegeversicherungssystems zusammen. Mögliche Reformoptionen, die an diese Einflussfaktoren ansetzen können, werden aufgeführt, wobei keine abschließende Darstellung erfolgt. Grundsätzlich können zwei Reformstrategien unterschieden werden: Ein Systemwechsel oder die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der umlagefinanzierten SPV (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24).

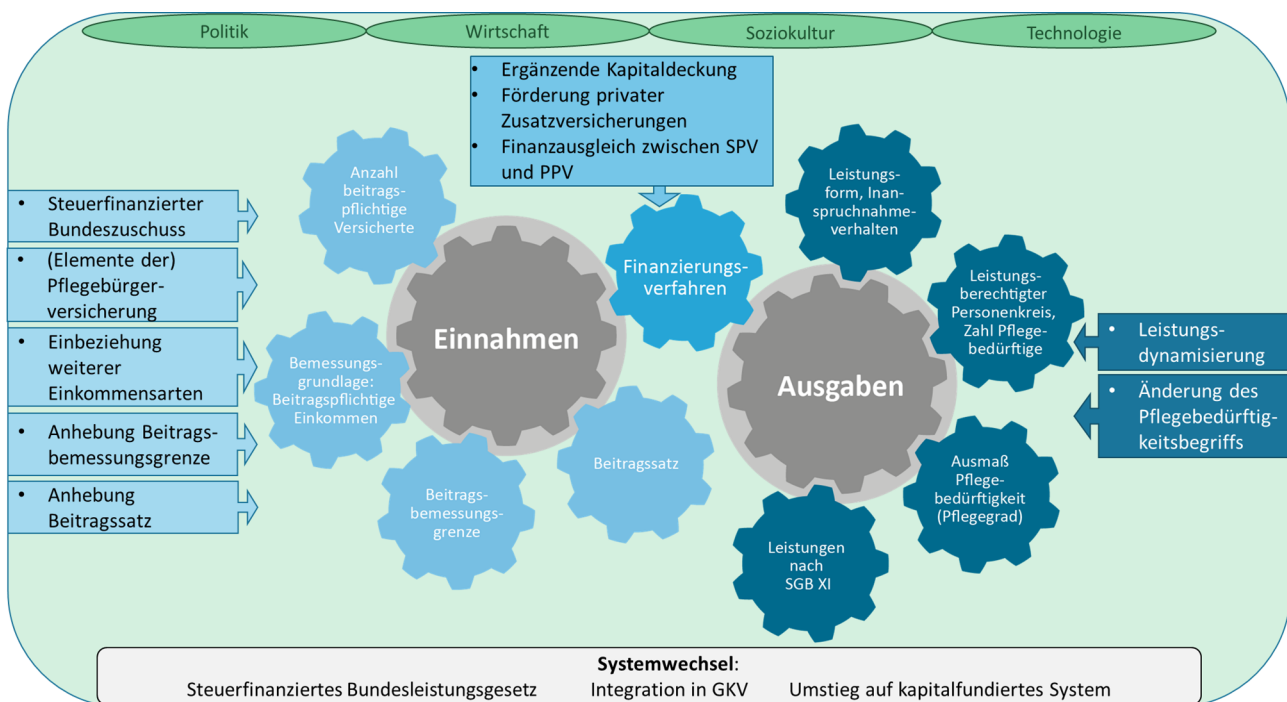


Abbildung 12: Überblick der Reformoptionen

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Systemwechsel kann u. a. die Ablösung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch ein steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz vorsehen. Danach sollen nur Leistungen bezogen werden dürfen, wenn weder auf eine private Vorsorge noch auf Einkommen bzw. Vermögen zurückgegriffen werden kann (Gasche, 2007, S. 27; Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Dabei werden die Leistungen steuerfinanziert und nur bei medizinischer Bedürftigkeit gewährt. Allerdings reichte meist das Einkommen bzw. Vermögen nicht aus, sodass im Jahr 1993 von den stationär versorgten Pflegebedürftigen rund 80 % in den alten Bundesländern und fast 100 % in den neuen Bundesländern Sozialhilfe in Anspruch nahmen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 61). Aufgrund der demografischen Entwicklung wären deutlich steigende Ausgaben zu erwarten, die Steuererhöhungen zur Folge haben könnten. Zudem würde das Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung, die *öffentlichen Haushalte* zu entlasten, nicht erreicht werden (Gasche, 2007, S. 27–28).

Steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz

Des Weiteren kann ein Systemwechsel durch die Integration der SPV in die GKV erfolgen, wodurch vor allem berücksichtigt wird, dass Pflegebedürftigkeit oft mit einer vorangegangenen Erkrankung verbunden ist (Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Dadurch könnten derzeit existierende Schnittstellenprobleme zwischen GKV sowie SPV und Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen der Krankenversicherung und Pflegeleistungen gelöst werden, sodass eine integrierte abgestimmte Leistungserstellung mit mehr Effizienz bei der Leistungserbringung und einer verbesserten Versorgung etabliert werden könnte (Gasche, 2007, S. 25–26; Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Allerdings hängen die Wirkungen einer Integration von der Ausgestaltung des Finanzierungs- und Leistungssystems ab. Hinsichtlich der Ausweitung des Teilkostencharakters der Pflegeversicherung

Integration der SPV in die GKV

auf die *GKV* besteht Kritik, dass die Leistungen der *GKV* auf eine Grundversorgung begrenzt würden. Dagegen wird bei der Übertragung des Bedarfsprinzips der *GKV* auf die Pflegeversicherung kritisiert, dass die Leistungsausweitung zu noch weitaus höheren pflegerischen Ausgaben führe. Wenn das Bedarfsprinzip und gleichzeitig das Teilkostenprinzip bestehen bleiben, würden auch nach einer Integration Schnittstellenprobleme existieren (Gasche, 2007, S. 25–26).

Eine weitere Reformoption im Rahmen eines Systemwechsels ist der Umstieg auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung. Dabei sind verschiedene Umstiegsmodelle, wie ein sofortiger Umstieg oder ein Auslaufmodell, bei dem nur der jüngere Bevölkerungsteil in das kapitalfundierte System einbezogen wird, denkbar (Greiner & Bowles, 2007, S. 346; Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–23). Jedoch führt jede Art von Umstieg immer zu einer Doppelbelastung der Umstiegsgenerationen, da diese für sich einen Kapitalstock aufbauen und gleichzeitig die Bedarfe der aktuellen Nettoempfänger:innen finanzieren müssten (Gasche, 2007, S. 34–35). Die Vorteile einer Pflegeversicherung nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren werden vor allem darin gesehen, dass keine Belastungen auf künftige Generationen verlagert, sondern von den betroffenen Generationen selbst gedeckt würden. Zudem bestände im Gegensatz zum Umlagesystem eine weitgehende Unabhängigkeit von demografischen Veränderungen, da die Prämie und die Leistungssätze nicht durch den Altenquotient beeinflusst würden (Arentz, Läufer & Roth, 2011, S. 15). Gründe gegen das Anwartschaftsdeckungsverfahren werden u. a. in der Abhängigkeit von Schwankungen des Kapitalmarktes und der fehlenden Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Versicherten gesehen (Börsch-Supan, o. J., S. 4, 7; Breyer, 2000, S. 401).

Umstieg auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung

Wenn das bisherige Pflegeversicherungssystem erhalten bleiben soll, kann einerseits eine Erschließung zusätzlicher Finanzmittel und/oder andererseits eine Reduktion der Ausgaben erfolgen (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Zudem bestehen Reformoptionen bezüglich der Finanzierungsverfahren, die sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben beeinflussen.

Die Einnahmen können z. B. durch die Anhebung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses, der sich ab dem Jahr 2022 auf 1 Mrd. EUR pro Jahr beläuft, erhöht werden. Laut Rothgang und Preuss (2007, S. 23) bedürfen Bundeszuschüsse in einem Sozialversicherungssystem grundsätzlich einer Begründung. Diese wird z. B. in der Rentenversicherung in der Verantwortung des Bundes für die Stabilität des Versicherungszweiges (IAQ, 2021a, S. 2) und in der Übernahme allgemeiner Staatsaufgaben als versicherungsfremde Leistungen durch das Versicherungssystem gesehen (Mackscheidt & Maier-Rigaud, 2020, S. 6; Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Diese Thematik ist allerdings nicht unumstritten, sodass aktuell keine allgemeingültige Abgrenzung zwischen versicherungsfremden Leistungen und originären Sozialversicherungsleistungen existiert (Höpfner, Berndt, Schäffer & Militzer-Horstmann, 2020, S. 9; Kochskämper, 2021, S. 35–36). Nach Raffelhüschen, Bahnsen, Kohlstruck, Seuffert und Wimmesberger (2021, S. 12) führen Steuerzuschüsse zu einer Abhängigkeit der Finanzierung der Pflegeausgaben von der finanziellen Situation des Bundes sowie den Haushaltsentscheidungen der politischen Entscheidungsträger, sodass der Vorteil einer haushaltspolitisch unabhängigen Sozialversicherung entfällt. Dabei besteht die Gefahr, wie das Beispiel

Erhöhung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses

des Bundeszuschusses zur *GKV* zeigt, dass nicht weiter spezifizierte Zuschüsse je nach gesamtwirtschaftlicher Lage erhöht oder gesenkt werden (Rothgang, Kalwitzki & Cordes, 2019, S. 82). Insgesamt können laut Rothgang und Preuss (2007, S. 23) Bundeszuschüsse lediglich als ein Element einer umfassenden Strategie für eine nachhaltige Finanzierung angesehen werden.

Darüber hinaus können Bürgerversicherungselemente eingeführt werden, die durch Einbeziehung aller Bürger den versicherungspflichtigen Personenkreis der *SPV* und damit die Beitragsbasis ausweiten (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Dies würde auch die Segmentierung der gesetzlichen Pflegeversicherung überwinden, die vor allem aus verteilungspolitischer Sicht kritisiert wird (Gasche, 2007, S. 28; Rothgang, Arnold, Wendlandt, Sauer & Wolter, 2011, S. 140). Während Personen mit hohen Risiken und Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in der *SPV* bleiben, wechseln einkommensstarke Personen mit niedrigen Risiken aus der Solidargemeinschaft in die *PPV*, sodass es zu einer Einkommens- und Risikoselektion kommt (Gasche, 2007, S. 28). Die Reformoption der Bürgerversicherung würde das Prinzip einer solidarischen Pflegeversicherung unterstützen, allerdings wäre die fiskalische Ergiebigkeit hinsichtlich der zu erwarteten Mehreinnahmen gering (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Zudem würde sich die durch die Ausweitung des Umlagesystems die intergenerative Umverteilung zulasten zukünftiger Generationen erhöhen (Gasche, 2007, S. 29).

Einführung von Elementen der Pflegebürgerversicherung

Die Weiterentwicklung des bestehenden Systems kann auch dadurch erfolgen, dass weitere Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen werden (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage würde Mehreinnahmen generieren, denen im Vergleich zur Ausdehnung des Versichertenkreises bei Bürgerversicherungselementen keine zusätzlichen Ausgaben gegenüberstehen. Jedoch könnten die Beitragsmehreinnahmen nach Rothgang (2007, S. 352) die intergenerative Lastverschiebung nur abmildern und nicht beseitigen, sodass die Dynamik im Beitragssatz auf lange Sicht erhalten bleibt.

Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Zudem können die Einnahmen im bisherigen Pflegeversicherungssystem durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden. Dies würde die vertikale Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Versicherten stärken (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Kritik an dieser Maßnahme besteht darin, dass einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze keine äquivalente Leistungsausweitung in der *SPV* gegenüberstände, sodass der Beitrag zunehmend den Charakter einer linearen Lohnsteuer erhalten würde und zu Verzerrungen des Arbeitsangebots führen könnte (Rothgang, 2007, S. 352).

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine weitere Reformoption hinsichtlich der Weiterentwicklung des bisherigen Systems ist die Anhebung des Beitragssatzes. Bisher wurden zur Finanzierung wichtiger, aber gleichzeitig ausgabenerhöhenden Pflegereformen, wie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017, primär kurzfristig orientierte Beitragssatzerhöhungen genutzt (Ehrentraut et al., 2019, S. 63). Grundsätzlich könnten sich mittel- bis langfristig die Finanzierungsprobleme der *SPV* vor dem Hintergrund der angestrebten Begrenzung der Sozialabgabenquote auf 40,0 % (Sozialgarantie) mit Beitragssatzerhöhungen nicht beheben lassen (Neusius, 2021, S. 894–895; Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Des Weiteren würden mit

Anhebung des Beitragssatzes

Beitragssatzsteigerungen auch hier eine Erhöhung der intergenerativen Umverteilung einhergehen (Rothgang, 2007, S. 360). Wenn ein starker Anstieg der Beitragsbelastung vermieden werden soll, kann die Anhebung des Beitragssatzes nur ein Teilelement einer Mischstrategie sein (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23).

Neben diesen Reformoptionen, die das bestehende System durch die Erschließung zusätzlicher Finanzmittel weiterentwickeln, bestehen auch Maßnahmen zur Reduktion der Ausgaben. Um die Ausgaben zu reduzieren, könnten die gesetzlich festgelegten Pflegeleistungen z. B. durch eine aussetzende bzw. verringerte Leistungsdynamisierung begrenzt werden. Darüber hinaus hätte die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der daraus resultierende veränderte leistungsberechtigte Personenkreis Effekte auf die Ausgaben der Pflegeversicherung (Rothgang & Preuss, 2007, S. 21). Allerdings könnte die Reduzierung des Leistungsniveaus bei gleichen Beiträgen zu einer intergenerativen Ungleichbehandlung führen (Rothgang, 2007, S. 351). Gleiches gilt für die einschränkende Änderung des gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die einen kleineren leistungsberechtigten Personenkreis zur Folge hätte. Da das Absinken der realen Pflegeversicherungsleistungen vermieden und die Eigenanteile begrenzt werden sollen, erscheint die Reduktion der gesetzlichen Leistungen oder des leistungsberechtigten Personenkreises hinsichtlich der Ziele der Pflegeversicherung unangemessen (Rothgang, Heinze & Kalwitzki, 2021, S. 19).

Leistungsdynamisierung und Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Zur Weiterentwicklung des bisherigen Pflegeversicherungssystems können Reformoptionen auch am Finanzierungsverfahren ansetzen. Das System des Umlageverfahrens der *SPV* kann durch eine Kapitalbildung ergänzt werden, indem alle Versicherte verpflichtet werden, in ein ergänzendes System, wie eine kapitalgedeckte private Zusatzversicherung, einzuzahlen (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Alternativ kann die Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Zusatzversicherung nur für Versicherte bis zu einer bestimmten Altersgrenze vorgesehen werden (Greiner & Bowles, 2007, S. 344). Diese Optionen könnten zu einer größeren Demografiefestigkeit führen, jedoch könnten zusätzliche Verwaltungskosten und Koordinierungsprobleme entstehen (Rothgang, 2007, S. 369). Zudem besteht auch hier die bereits aufgeführte Kritik hinsichtlich der Abhängigkeit von Kapitalmarktschwankungen.

Ergänzende Kapitalbildung

Ebenso besteht durch eine höhere staatliche Förderung der privaten Pflege-Zusatzversicherungen die Möglichkeit, die eigenverantwortliche Pflegevorsorge zu stärken. Derzeit unterstützt der Staat die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 EUR im Jahr (BMG, 2017c). An der Pflege-Zusatzversicherung wird kritisiert, dass es aufgrund der langen Laufzeit und der unvorhersehbaren Entwicklung der Pflegekosten sowie der Leistungen der *SPV* unmöglich sei, ein bestimmtes reales Leistungsniveau abzusichern. Zudem sollte es keine substitutiven Wirkungen wie eine Verminderung des Realwertes der Leistungen der *SPV* durch unzureichende Leistungsdynamisierung geben, die die *SPV* schwächen (Rothgang & Jacobs, 2013, S. 30).

Staatliche Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen

Daneben könnte, da die *PPV* vor allem einkommensstarke Personen mit geringer Pflegewahrscheinlichkeit im Vergleich zur *SPV* versichert, ein Finanzausgleich zwischen *SPV* und *PPV* eine ausgewogene Lastenverteilung und eine übergreifende Solidarität sicherstellen (Deutscher Verein für öffentliche und private Für-

Finanzausgleich zwischen *SPV* und *PPV*

sorge e. V., 2020, S. 23; vdek, 2020, S. 3). Allerdings könnten in Zukunft die Leistungsausgaben pro Versicherten in der *PPV* über denen der *SPV* liegen, da der Anteil der Versicherten im pflegerelevanten Alter in der *PPV* höher als in der *SPV* ausfallen könnte. Dies würde bei einer Risikoteilung von *PPV* und *SPV* zu einem Finanzausgleich führen, bei dem aus Mitteln der *SPV* die *PPV* entlastet wird (Neusius, 2019, S. 424).

Verschiedene Institutionen beziehen Position zu möglichen Reformen des Pflegeversicherungssystems. Die Techniker Krankenkasse (TK) befürwortet u. a. einen dauerhaften Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt zur *SPV* und aufgrund der ungleichen Verteilung von Risiken einen Finanzausgleich zwischen der *SPV* und *PPV* (TK, 2021). Der PKV-Verband schlägt im Rahmen eines neuen Generationenvertrags für die Pflege eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Personen ab 85 Jahren vor, die 50,0 % der realen Kostenentwicklung abdeckt. Für 61- bis 84-Jährige wird die Dynamisierung schrittweise abgeschmolzen, sodass für Personen bis 60 Jahren der Leistungsanspruch auf dem heutigen Niveau festgeschrieben wird und diese die wachsenden Eigenanteile vollständig durch private Vorsorge absichern müssen (PKV-Verband, 2022a). Neben den bereits genannten Reformoptionen wurden weitere Ansatzpunkte vorgeschlagen, die vor allem die Rahmenbedingungen des Pflegefinanzierungssystems beeinflussen. So empfiehlt bspw. der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. den Ländern, ihre gesetzliche Infrastrukturverantwortung stärker wahrzunehmen, um eine leistungsfähige sowie flächendeckende Pflegeinfrastruktur zu gewährleisten. Darüber hinaus sollten Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden, um Pflegebedürftigkeit zu verringern, hinauszuzögern oder zu vermeiden. Zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile werden für eine jährliche Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preis- sowie Personalkostenentwicklung in der Pflege und für das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs⁴ plädiert (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2020, S. 6-10, 18).

**Zusammenfassung
der Reformoptio-
nen**

⁴ Im Allgemeinen wird beim Sockel-Spitze-Tausch das bestehende Verhältnis von Versicherungsleistungen (Sockel) und Eigenfinanzierung (Spitze) umgekehrt. Demzufolge wird von den leistungsberechtigten Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten von der Pflegekasse finanziert werden (Rothgang & Kalwitzki, 2019).

7 Fazit

Mit über 4,1 Mio. Personen hat die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019 den höchsten bisher verzeichneten Stand erreicht. Im Wesentlichen ist der Anstieg einerseits auf die demografische Entwicklung und andererseits auf Ausweitungen der Leistungsberechtigung im Rahmen von Gesetzesänderungen zurückzuführen. Infolgedessen haben sich die Ausgaben für pflegerische Leistungen der insgesamt acht Ausgabenträger von 1992 bis 2020 auf rund 102 Mrd. EUR fast vervierfacht. Seit 1995 wies die *SPV*, die den größten Kostenanteil der pflegerischen Leistungen trägt, den stärksten Ausgabenanstieg unter allen Ausgabenträgern auf. Da sich die Ausgaben fast verzehnfachten, wurden die Beitragssätze von anfänglich 1,0 % auf 3,1 % bzw. 3,4 % angehoben. Auch die Ausgaben der *PPV* nahmen stark zu. Trotz des Ziels, die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen zu mildern, nahmen die pflegerischen Ausgaben des Ausgabenträgers *private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck* zu. Ebenso ist bei den Versicherten in stationärer Pflege, die in diesem Ausgabenträger mit enthalten sind, die durchschnittliche finanzielle Belastung gestiegen. Hinsichtlich der angestrebten finanziellen Entlastung der *GKV* konnte zwar eine geringe Abnahme der Pflegeausgaben mit der Einführung der Pflegeversicherung erzielt werden, allerdings stiegen die pflegerischen Ausgaben der *GKV* trotz abnehmenden Finanzierungsanteilen an den gesamten Pflegeausgaben bis 2020 auf fast das doppelte Niveau von 1999. Die *öffentlichen Haushalte* konnten, wenn auch in begrenztem Maße, entlastet werden. Zudem sind die Zahl der Empfänger:innen und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege gesunken.

Die Zahl der Pflegebedürftigen und die Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen stiegen zwischen 1999 und 2019 kontinuierlich an.

Auch in Zukunft muss mit einer steigenden Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund des demografischen Wandels gerechnet werden, sodass für die *SPV* Pflegefallzahlen zwischen 5,1 Mio. und 6,5 Mio. im Jahr 2050 prognostiziert werden. Zudem bewirken vor allem demografische und sozialstrukturell bedingte Trends eine Nachfrageverschiebung zu professioneller sowie vollstationärer Pflege. Angemessene Leistungsdynamisierungen, um den Anstieg der Eigenanteile der *privaten Haushalte* zu begrenzen und eine zunehmende Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege zu verhindern, führen zu zusätzlichen Ausgabensteigerungen in der *SPV* und *PPV*. Infolgedessen wird für das Jahr 2050 ein Beitragssatz in der *SPV* von 4,6 % prognostiziert. Zwar sind die Prognosen mit einigen aus den Annahmen resultierenden Unsicherheiten verbunden, jedoch erscheint die Zukunftstauglichkeit des Finanzierungssystems der Pflege fraglich. Auch die anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme der Kranken-, Renten-, Unfall- sowie Arbeitslosenversicherung werden mit den Effekten der demografischen Entwicklung konfrontiert, sodass die Summe der Sozialversicherungsabgaben die Beitragszahler:innen finanziell überfordern könnte (Arentz, 2019, S. 19). Zusätzlich ist aufgrund des hohen zukünftigen Finanzierungsbedarfs unklar, inwieweit die derzeitigen Leistungsansprüche dauerhaft erfüllt werden können. Wenn ein Absinken des realen Pflegeversicherungsleistungsniveaus und starke Beitragssatz- bzw. Prämienanstiege vermieden werden sollen, scheint eine Reform unumgänglich.

Für die Zukunft wird ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und der Pflegeausgaben prognostiziert.

Um das Finanzierungssystem langfristig tragfähig zu gestalten, existieren zwar verschiedene Ansatzpunkte sowie Reformoptionen, jedoch sind diese zum Teil mit möglichen ungewollten Effekten sowie weitreichenden Verteilungswirkungen verbunden. Sowohl ein Systemwechsel als auch die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der umlagefinanzierten *SPV* weisen bestimmte Chancen sowie Grenzen auf. Folglich besteht im Rahmen einer Reformierung des Finanzierungssystems die Frage, wie die Reformoptionen insgesamt unter Berücksichtigung sowohl ihrer finanziellen als auch weiteren Auswirkungen zu bewerten sind.

Eine Reform der Finanzierung des Pflegesystems scheint hinsichtlich der langfristigen Tragfähigkeit unumgänglich.

Literaturverzeichnis

Forschungsliteratur und Quellen

- AOK-Verlag (Hrsg.). (2022). *Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG*. Online: <<https://www.aok-verlag.info/de/news/Gesundheitsversorgungs-und-Pflegeverbesserungsgesetz-GPVG/511/>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Arentz, C. (2019). *Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). (WIP-Analyse, 2). Online: <https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-Analyse_2_2019_Szenarien_zur_zukuenftigen_Finanzentwicklung_SPV.pdf> (abgerufen am 14.06.2022).
- Arentz, C., Läufer, I. & Roth, S. (2011). *Pflegevorsorge II – Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung*. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. (IWP Discussion Paper, 2011/1). Online: <https://iwp.uni-koeln.de/sites/iwp/Dokumente/04_Publikationen/iwp_Policy_Paper/IWP_DP_01_2011.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Arentz, C. & Ulrich, V. (2017). *Entwicklung des GKV-Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060). Mögliche Pfade und Szenarien*. (Diskussionspapier 04/17). Online: <<http://docplayer.org/63972760-Entwicklung-des-gkv-beitragssatzes-in-mittlerer-und-langer-frist-2030-2060.html>> (abgerufen am 14.06.2022).
- Bahnsen, L. & Wild, F. (2021). *WIP-Kurzanalyse April 2021. Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Online: <https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse_Pflegereform_Maerz2021.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2019). *Perspektive Pflege. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*. Online: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Perspektive_Pflege.pdf> (abgerufen am 31.05.2022).
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.). (2019). *5. Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/2020-03-11-tragfaehigkeitsbericht.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Pflege-Neuausrichtungsgesetz*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-neuausrichtungsgesetz.html>> (abgerufen am 21.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017a). *Beitragsbemessungsgrenze*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/beitragsbemessungsgrenze.html>> (abgerufen am 01.08.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017b). *Pflegevorsorgefonds*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>> (abgerufen am 29.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017c). *Pflege-Vorsorgeförderung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-vorsorgefoerderung.html>> (abgerufen am 23.05.2022).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/2020_Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_bf.pdf> (abgerufen am 21.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021b). *Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsversorgung/weiterentwicklungsgesetz.html>> (abgerufen am 20.06.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021c). *Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: 2016-2019*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf> (abgerufen am 07.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Finanzierung der Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html#c4206>> (abgerufen am 13.04.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf> (abgerufen am 30.05.2022).
- Börsch-Supan, A. (o. J.). *Was für die Kapitaldeckung und was für das Umlageverfahren spricht*. (Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, 587). Online: <<https://madoc.bib.uni-mannheim.de/1024/1/587.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Breyer, F. (2000). Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 1(4), S. 383–405. DOI: <<https://doi.org/10.1111/1468-2516.00024>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2022). *Zahlungen aufgrund der COVID-19-Pandemie*. Online: <<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/ueberblick/>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2018). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BSAG)*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/Beitragssatzanpassungen_Pflege.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019a). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 20.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019b). *Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrechnung. Methodenpapier*. Online: <<https://www.gbe-bund.de/pdf/methodenpapier.pdf>> (abgerufen am 28.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). *Gesundheitsausgabenrechnung - Methoden und Grundlagen 2018*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/gesundheitsausgabenrechnung-methoden-grundlagen.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 07.03.2022).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020b). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=CBC091CEC70862AF6EEEE7CDF9834B17.live712?__blob=publicationFile> (abgerufen am 25.07.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2021). *Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Nettoausgaben insgesamt für alle Hilfearten im Zeitvergleich*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/ausgaben-einnahmen-t02-nettoausgaben-insg-hilfearten-ilj-zv.html>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022a). *Ergebnis 12411-0001. Bevölkerung: Deutschland, Stichtag*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1649153481980&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022b). *Ergebnis 12421-0002. Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12421-0002&sachmerkmal=BEVPR1&sachschluessel=BEV-VARIANTE-02#abreadcrumb>> (abgerufen am 31.05.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022c). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=61567908&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=74122629&p_version=29&D.000=1&D.734=3&D.733=2&D.732=2> (abgerufen am 03.05.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022d). *Hilfe zur Pflege. Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht im Zeitvergleich am 31.12*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022e). *Pflegebedürftige (Anzahl und Quote)*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=255535&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=510&p_ansnr=69118796&p_version=5&p_sortorder=a> (abgerufen am 07.03.2022).
- Deutsche Bundesbank (Hrsg.). (2007). *Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung*. (Monatsbericht April 2007). Online: <<https://www.bundesbank.de/resource/blob/692600/14336c1cd3ff9c60e87191a0d0b62df0/mL/2007-04-soziale-pflegeversicherung-data.pdf>> (abgerufen am 01.08.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1993). *Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG)*. Drucksache 505/93. Online: <<https://dserver.bundestag.de/brd/1993/D505+93.pdf>> (abgerufen am 01.08.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1997). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Drucksache 13/9528. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/095/1309528.pdf>> (abgerufen am 10.05.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019). *Streit über die Zukunft der Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw07-de-pflegeversicherung-590734>> (abgerufen am 20.06.2022).

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.). (2020). *Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege*. Online: <<https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-03-20-pflegefinanzierung.pdf>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Döhner, H. & Rothgang, H. (2006). Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(6), S. 583–594. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00103-006-1276-x>> (abgerufen am 17.05.2022).
- Donges, J. B., Eekhoff, J., Franz, W., Fuest, C., Möschel, W. & Neumann, M. J. M. (2005). *Tragfähige Pflegeversicherung*. Stiftung Marktwirtschaft. (Kronberger Kreis-Studien, 42). Berlin. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/99921/1/791249654.pdf>> (abgerufen am 13.04.2022).
- Ehrentraut, O., Huschik, G., Moog, S. & Sulzer, L. (2019). *Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung*. Bertelsmann Stiftung. Online: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Langzeitpflege_final.pdf> (abgerufen am 20.04.2022).
- Eichert, W. (2016). *Produktivitätswachstum in Deutschland*. Deutscher Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. Online: <https://bdi.eu/media/themenfelder/konjunktur_und_finanzmaerkte/publikationen/20161104_Industriepolitik_Dossier_Produktivitaetswachstum_in_Deutschland.pdf> (abgerufen am 14.06.2022).
- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz)*. (2021). Arbeitsentwurf. Der Paritätische Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e. V. Online: <<https://bit.ly/3RNM9vk>> (abgerufen am 10.05.2021).
- Gaertner, T. (2020). Systemimmanente Prinzipien, normative Ziele und Funktionen der sozialen Pflegeversicherung. In: T. Gaertner, S. Knoblich, T. Muck & M. Rieger (Hrsg.). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 4., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin: De Gruyter, S. 62–71.
- Gasche, M. (2007). *Pflegeversicherung und Pflegesektor in Deutschland: Herausforderungen und Chancen*. Allianz Dresdner Economic Research. Online: <https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/migration/media/current/de/images/wp_pflege_251007.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022). Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8862> (abgerufen am 01.08.2022).
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M. A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *Journal of medical Internet research*, 20(5). DOI: <<https://doi.org/10.2196/10235>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Greiner, W. & Bowles, D. (2007). Finanzierungsoptionen in der Sozialen Pflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12(6), S. 338–351. DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-2007-963742>>.
- Greß, S., Haun, D. & Jacobs, K. (2020). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (Springer eBook Collection, 2019). Berlin, Heidelberg: Springer Nature, S. 241–254.
- Greyer, J. & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, (14), S. 294–302. Online: <https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.441657.de/14-14-2.pdf> (abgerufen am 25.07.2022).

- Grootz, S., Brandstädter, M., Schaefer, F. & Huthwelker, K. (2019). *Personalmarketing im Pflegedienst. Erfolgreiche Personalsuche für Krankenhaus und Pflegeheim*. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54104-3>> (abgerufen am 13.06.2022).
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Expertise. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2020(5), S. 5–46. Online: <https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf> (abgerufen am 24.06.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2021a). *Bundesmittel an die Gesetzliche Rentenversicherung 2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII35.pdf> (abgerufen am 23.08.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2021b). *Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung 1998–2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41.pdf> (abgerufen am 29.03.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2022). *Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen 1995–2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer.
- Kochskämper, S. (2017). *Alternde Bevölkerung: Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung*. Institut der deutschen Wirtschaft (IW) (Hrsg.). (IW-Report, 8/2017). Köln. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/157210/1/IW-Report-2017-08.pdf>> (abgerufen am 28.03.2022).
- Kochskämper, S. (2021). *Reform der sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit? Beleuchtung des Vorhabens des Bundesgesundheitsministeriums*. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). (IW-Report, 9/2021). Köln. Online: <https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2021/IW-Report_2021_Reform-Pflegeversicherung.pdf> (abgerufen am 17.05.2021).
- Kreft, D. & Doblhammer, G. (2016). Expansion or compression of long-term care in Germany between 2001 and 2009? A small-area decomposition study based on administrative health data. *Population health metrics*, 14(24), S. 1–15. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12963-016-0093-1>> (abgerufen am 30.05.2022).
- Lübke, N. (2017). Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz? In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger & Antje (Hrsg.). *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, S. 229–240.
- Mackscheidt, K. & Maier-Rigaud, R. (2020). *Die Grenzen der beitragsorientierten Sozialversicherungen: Grundsatzüberlegungen zum Verhältnis von Beitrags- und Steuerfinanzierung*. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (Hrsg.). (FiFo Discussion Paper, 20-01). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/213940/1/168975625X.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).

- Neusius, T. (2019). Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. *Wirtschaftsdienst*, 99(6), S. 421–424. Online: <<https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2019/heft/6/beitrag/pflegeversicherung-ausgleich-mit-privatversicherung-hilft-nicht.html>> (abgerufen am 02.08.2022).
- Neusius, T. (2021). Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung. Zum Nebeneinander von sozialer und privater Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 101(11), S. 894–900. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-021-3053-8>>.
- Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2020. Neuaustrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer, S. 3–21. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>> (abgerufen am 21.03.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2011). *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*. Korrigierte Version (Stand Januar 2011). Online: <https://www.djv.de/fileadmin/user_upload/Versicherungen/Krankenversicherung/Kennzahlen/zahlenbericht-2009-2010.pdf> (abgerufen am 05.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2020). *Zahlenbericht 2019*. Online: <https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2019.pdf> (abgerufen am 13.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2021). *Beitragserhöhung für Beamte in der Pflegeversicherung 2021*. Online: <<https://www.pkv.de/wissen/beitraege/pflegebeitrag-2021/>> (abgerufen am 19.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022a). *Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege. Leitplanken für eine solidarische und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung*. Online: <https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/noch_wegzusortieren/Neuer_Generationenvertrag_Langfassung.pdf> (abgerufen am 16.05.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022b). *PKV Zahlenportal – Glossar*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/glossar#a>> (abgerufen am 05.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022c). *PKV Zahlenportal*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2010/2019/12>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Raffelhüschchen, B., Bahnsen, L., Kohlstruck, T., Seuffert, S. & Wimmesberger, F. (2021). Was kann sich der ehrbare Staat noch leisten? Update 2020/21: Corona, Schulden - und noch eine Pflegereform? *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, (154). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/229177/1/1744665095.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Rothgang, H. (2007). Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems. *Wirtschaftsdienst*, 87(6), S. 364–369. Online: <https://www.researchgate.net/profile/Heinz-Rothgang/publication/47873170_Reform_der_Pflegeversicherung_durch>Weiterentwicklung_des_bestehenden_Systems/links/5433c2180cf2dc341dad9fad/Reform-der-Pflegeversicherung-durch-Weiterentwicklung-des-bestehenden-Systems.pdf> (abgerufen am 02.08.2022).
- Rothgang, H., Arnold, R., Wendlandt, K., Sauer, S. & Wolter, A. (2011). *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung*. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 80/Die Grünen.
- Rothgang, H., Heinze, F. & Kalwitzki, T. (2021). Zur Notwendigkeit einer Finanzreform der Pflegeversicherung jenseits der „kleinen Pflegereform“ des GVWG. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 75(4-5), S. 19–28. DOI: <<https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-4-5-19>> (abgerufen am 22.08.2022).

- Rothgang, H. & Jacobs, K. (2013). Der Pflege-Bahr: Eine sozialpolitische Fehlentscheidung. *ZeS Report*, 18, S. 21–32. Online: <https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2013/130604_ZeS-report_2013_1.pdf#page=21> (abgerufen am 02.08.2022).
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2019). *Sockel-Spitze-Tausch sichert Lebensstandard von Pflegebedürftigen*. (Neue Caritas, 04). Online: <<https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2019/artikel/sockel-spitze-tausch-sichert-lebensstandard-von-pflegebeduer>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2019). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II)*. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Online: <https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf> (abgerufen am 15.08.2022).
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, (20). Online: <<https://www.barmer.de/resource/blob/1028584/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg-data.pdf>> (abgerufen am 17.05.2021).
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Barmer GEK. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32). Berlin: Barmer.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastung der Pflegekräfte und ihre Folgen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, (26). Online: <https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/20201201_BARMER_Pflegereport_2020.pdf> (abgerufen am 27.05.2021).
- Rothgang, H. & Preuss, M. (2007). Optionen für eine Reform der Pflegeversicherung. *Sozialwirtschaft*, 17(5), S. 21–24. DOI: <<https://doi.org/10.5771/1613-0707-2007-5-21>> (abgerufen am 17.05.2022).
- Rothgang, H. & Schmähl, W. (1995). Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68), S. 155–175.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. München. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf> (abgerufen am 07.06.2021).
- Schuppman, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland. In: H.-R. Hartweg, F. Knieps & K. Agor (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–31. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_78-1> (abgerufen am 17.05.2022).
- Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (Springer eBook Collection, 2019). Berlin, Heidelberg: Springer Nature, S. 3–22.
- Sell, S. (2018). *Eine teure Angelegenheit und eine mehr als problematische Lastenverteilung. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege und die Rolle der „Investitionskosten“*. Online: <<https://aktuelle-sozialpolitik.de/2018/02/18/pflegeheime-und-die-investitionskosten/>> (abgerufen am 20.04.2022).

- Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppan, S. C. & Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung für das Gesundheitswesen und die Pflege. In: H.-R. Hartweg, F. Knieps & K. Agor (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–22. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_79-1> (abgerufen am 13.06.2022).
- TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2021). *Die Position der TK. Soziale Pflegeversicherung – Finanzierung neu ordnen*. Online: <<https://www.tk.de/resource/blob/2102328/d82f05a47b3f4b04e56afe3a21cf8cf9/2021-03-04-position-soziale-pflegeversicherung-hh-data.pdf>> (abgerufen am 16.05.2022).
- Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: K. Hank & M. Kreyenfeld (Hrsg.). *Social Demography. Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*. (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte). Wiesbaden: Springer VS, S. 193–215. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-11490-9.pdf>> (abgerufen am 27.07.2022).
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2020). *Eckpunkte zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Beschlossen durch die Mitgliederversammlung am 04.12.2020*. Online: <https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/globale_dokumente/Positionen/vdek_Eckpunkte_Pflegefinanzierung.pdf> (abgerufen am 23.05.2022).
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022). *Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)*. Online: <https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html> (abgerufen am 28.03.2022).
- Wagner, F. (Hrsg.). (2017). *Gabler Versicherungslexikon*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4625-6>> (abgerufen am 13.04.2022).

Rechtsquellen

- Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2001). *Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93)*. Online: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf> (abgerufen am 05.07.2022).
- COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen vom 27.03.2020. *BGBl. I, 2020(14)*, S. 580. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0580.pdf> (abgerufen am 16.05.2022).
- GPVG – Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22.12.2020. *BGBl. I, 2020(66)*, S. 3299. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s3299.pdf> (abgerufen am 22.08.2022).
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11.07.2021. *BGBl. I, 2021(44)*, S. 2754. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- KiBG – Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15.12.2004. *BGBl. I, 2004(69)*, S. 3448. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl104s3448.pdf> (abgerufen am 08.06.2021).

- PflegeVG – Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26.05.1994. *BGBl. I, 1994(30)*, S. 1014. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl194s1014.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- PfWG – Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008. *BGBl. I, 2008(20)*, S. 874. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl108s0874.pdf> (abgerufen am 18.05.2021).
- PKEV 2022 – Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV 2022) vom 30.03.2022. *BAnz AT, 31.03.2022(V1)*. Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/vNQomeXRjW2Ttpb6tlv/content/vNQomeXRjW2Ttpb6tlv/BAnz%20AT%2031.03.2022%20V1.pdf?inline>> (abgerufen am 16.05.2022).
- PKEV – Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV) vom 22.09.2021. *BAnz AT, 23.09.2021(V1)*. Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/R6EcbBIJUAZCitytAgR/content/R6EcbBIJUAZCitytAgR/BAnz%20AT%2023.09.2021%20V1.pdf?inline>> (abgerufen am 16.05.2022).
- PNG – Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vom 23.10.2012. *BGBl. I, 2012(51)*, S. 2246. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl112s2246.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- PSG I – Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17.12.2014. *BGBl. I, 2014(61)*, S. 2222. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl114s2222.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- PSG II – Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015. *BGBl. I, 2015(54)*, S. 2424. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2424.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- SGB XI – Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung vom 23.03.2022. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf> (abgerufen am 07.03.2022).
- SGB XII – Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe vom 10.12.2021. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/SGB_12.pdf> (abgerufen am 19.04.2022).
- Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022 – Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2022 vom 30. November 2021. *BGBl. I, 2021(81)*, S. 5044. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s5044.pdf> (abgerufen am 03.05.2022).