

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0014(8)
gel. ESV zur öAnh am 04.06.2018 -
Eigenanteile
29.05.2018

Stellungnahme

Eigenanteile in Pflegeheimen senken - Menschen mit Pflege- bedarf finanziell entlasten

Stellungnahme zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jan Korte, Cornelia Möhring, Bernd Riexinger, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE

BT-Drucksache 19/960

Ansprechpartner:
Dr. Susanna Kochskämper

Köln, 29.05.2018

Kontakt Daten Ansprechpartner

Dr. Susanna Kochskämper
+49 (0)221 / 4981 - 887
kochskaemper@iwkoeln.de

Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Inhaltsverzeichnis

1	Gründe für die steigende Inanspruchnahme der „Hilfe zur Pflege“	3
1.1	Allgemeine Pflegefallzahlen und „Hilfe zur Pflege“ im Vergleich	4
1.2	Zunehmend finanzielle Überforderung durch Heimkosten?	6
2	Künftige Entwicklung und Reformalternativen	9
2.1	Pflegevollversicherung begünstigt Vermögende und belastet geringe Einkommen	10
2.2	Alternative: Stabilisierung der Pflegepflichtversicherung, Aufbau einer zweiten Säule	13
	Literaturverzeichnis	15
	Tabellenverzeichnis	17
	Abbildungsverzeichnis	17

1 Gründe für die steigende Inanspruchnahme der „Hilfe zur Pflege“

Die Zahl der Menschen, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Erhielten im Jahr 1998 noch etwas mehr als 222.000 Personen die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege, waren in 2016 knapp 347.000 Menschen¹ auf diese Leistung angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2018a).

Als Pflegefall in die Bedürftigkeit abzurutschen ist für jeden Betroffenen belastend. Steigende Empfängerzahlen erregen deshalb zunächst einmal Besorgnis. Darüber hinaus kann diese Entwicklung auch für die Kommunen beziehungsweise die überörtlichen Träger, die für die Finanzierung der Hilfe zur Pflege zuständig sind², eine zunehmende Herausforderung bedeuten. Denn durch die höhere Inanspruchnahme sind auch die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege gestiegen. In 2016 lagen sie bundesweit bei rund 3,8 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, 2018b).

Alleine aus diesen Zahlen eine gestiegene Bedürftigkeit und damit Handlungsbedarf für die Pflegepolitik abzuleiten, wäre jedoch vorschnell. Notwendig ist eine genauere Analyse, denn grundsätzlich können drei mögliche Gründe zu dem beobachteten Anstieg der Empfängerzahlen führen:

- Erstens könnte allgemein das Bedürftigkeitsrisiko im Alter gestiegen sein und auch deshalb mehr Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden. Dann wäre aber nicht der Eintritt des Pflegefalls ursächlich, sondern eine bereits vorher vorhandene prekäre Einkommens- und Vermögenssituation.
- Zweitens könnten die Haushalte zunehmend mit dem Eigenanteil an den Pflegekosten überfordert sein.
- Drittens könnten auch insgesamt mehr Menschen pflegebedürftig sein, so dass der Anstieg der Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege primär auf diese Entwicklung zurückzuführen ist.

Im ersten Fall bestünde jedoch kein spezielles Problem der Pflegepolitik, sondern es müsste in der allgemeinen Sozialpolitik nach Lösungen gesucht werden. Deshalb wird hier der Fokus auf die beiden letzten Punkte gelegt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind bisher nicht ausreichend aussagekräftige Daten zugänglich, die die Lebensläufe von Empfängern von Hilfe zur Pflege verschiedener Generationen nachzeichnen und somit Aufschluss darüber geben können, wie die Einkommens- und Vermögenssi-

¹Das Statistische Bundesamt weist jeweils zwei Zahlen aus – eine basierend auf dem Jahresdurchschnitt und eine aus einer Erhebung zu einem Stichtag am Jahresende (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 7). Verwendet wird hier letztere, da sie aussagekräftiger ist. Durch die Erhebung zum Stichtag werden sowohl Mehrfachzählungen vermieden als auch die während des Jahresverlaufs Verstorbenen nicht berücksichtigt.

² Die genaue Traglast Finanzierung der Hilfe zur Pflege ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Im Allgemeinen werden die Kosten durch Kreise (und damit mittelbar die Kommunen) und kreisfreie Städte, höhere Kommunalverbände wie beispielsweise die Landschaftsverbände, und teilweise durch die Länder direkt getragen.

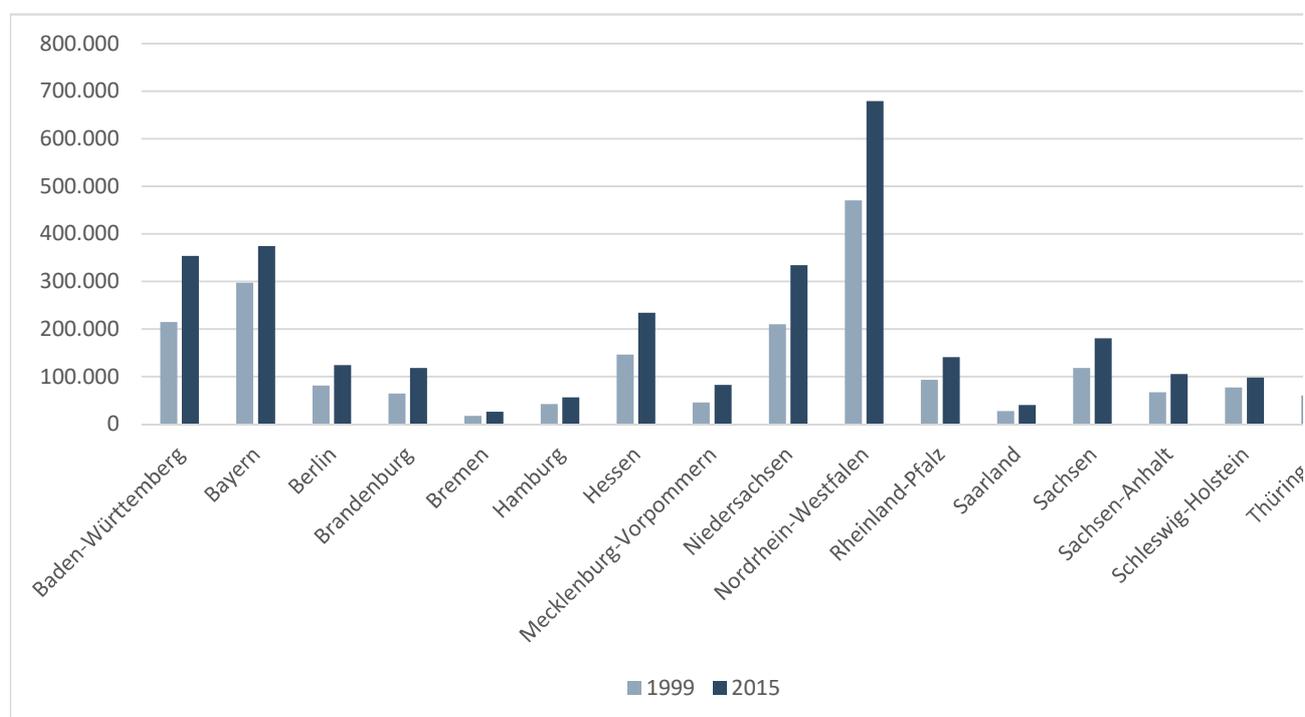
tuation der Haushalte dieser Empfänger aussah und aussieht. Möglich ist es jedoch, Querschnittsdaten zu vergleichen, um so zumindest allgemeine Entwicklungen aufzuzeigen und Plausibilitätsüberlegungen anzustellen.

1.1 Allgemeine Pflegefallzahlen und „Hilfe zur Pflege“ im Vergleich

Seit 1999 ist die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich angestiegen: Waren in 1999 noch gut 2 Millionen Menschen als pflegebedürftig verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2001), stieg diese Zahl bis 2015 auf über 3 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2017). Diese Entwicklung ist bundesweit zu beobachten (s. Abbildung 1), es gibt kein Bundesland, in dem die Pflegefallzahlen seit 1999 zurückgegangen sind.

Abbildung 1-1: Pflegebedürftige in den Bundesländern in 1999¹⁾ und 2015²⁾

Absolute Pflegefallzahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001, 2017a; eigene Darstellung

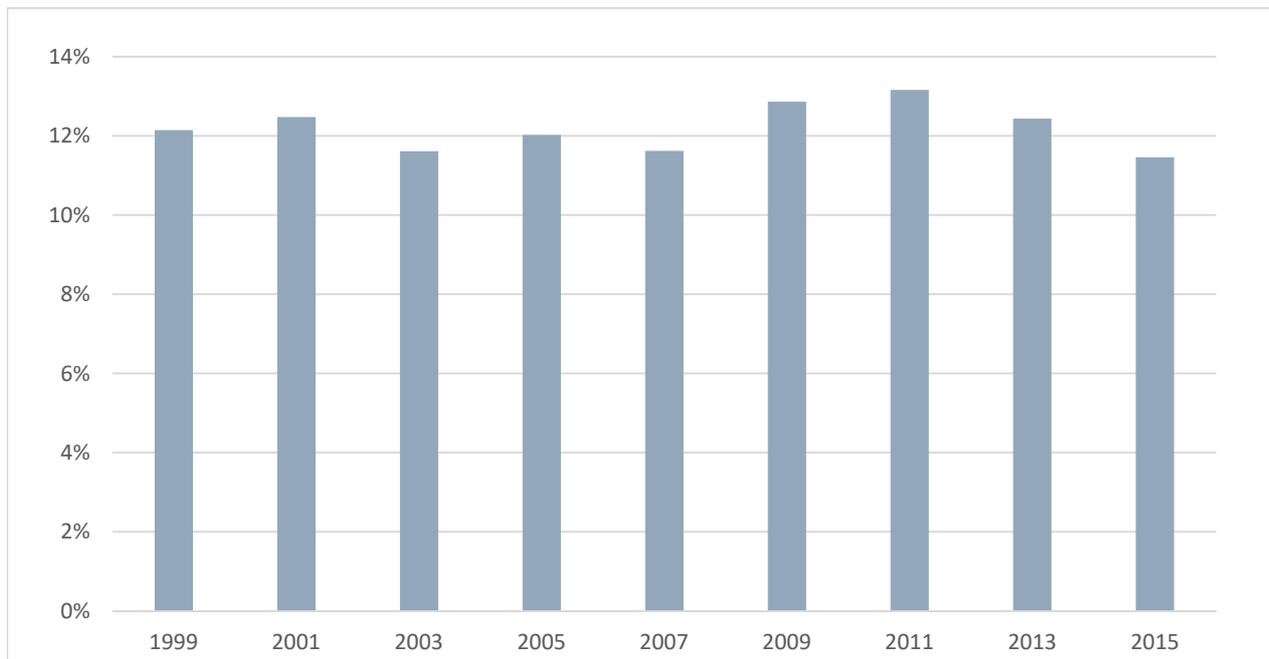
1) Umfasst: Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, auch in Tages- und Nachtpflege, und Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind

2) Umfasst: Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, Tages- und Nachtpflege nur nachrichtlich, Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind, Pflegebedürftige in „Pflegestufe 0“

Setzt man die Entwicklung der letzten zehn Jahre mit der Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege ins Verhältnis (s. Abbildung 2), so zeigt sich, dass der Anteil bundesweit zwischen 12 und 13 Prozent pendelt – einzig in 2015 lag der Anteil sogar unter 12 Prozent. Von einer deutlichen Zunahme des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen kann daher nicht die Rede sein.

Abbildung 2-2: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an den Pflegebedürftigen in Deutschland seit 1999

In Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, 1999 bis 2015, 2017a, 2018a; eigene Berechnungen

*für Bremen keine Werte in 2005, 2007 zu den Empfängern von „Hilfe zur Pflege“ und 2009 keine Werte für die Pflegebedürftigen, daher in diesen Jahren gesamtdeutscher Wert um etwa 0,2 Prozentpunkte unterschätzt

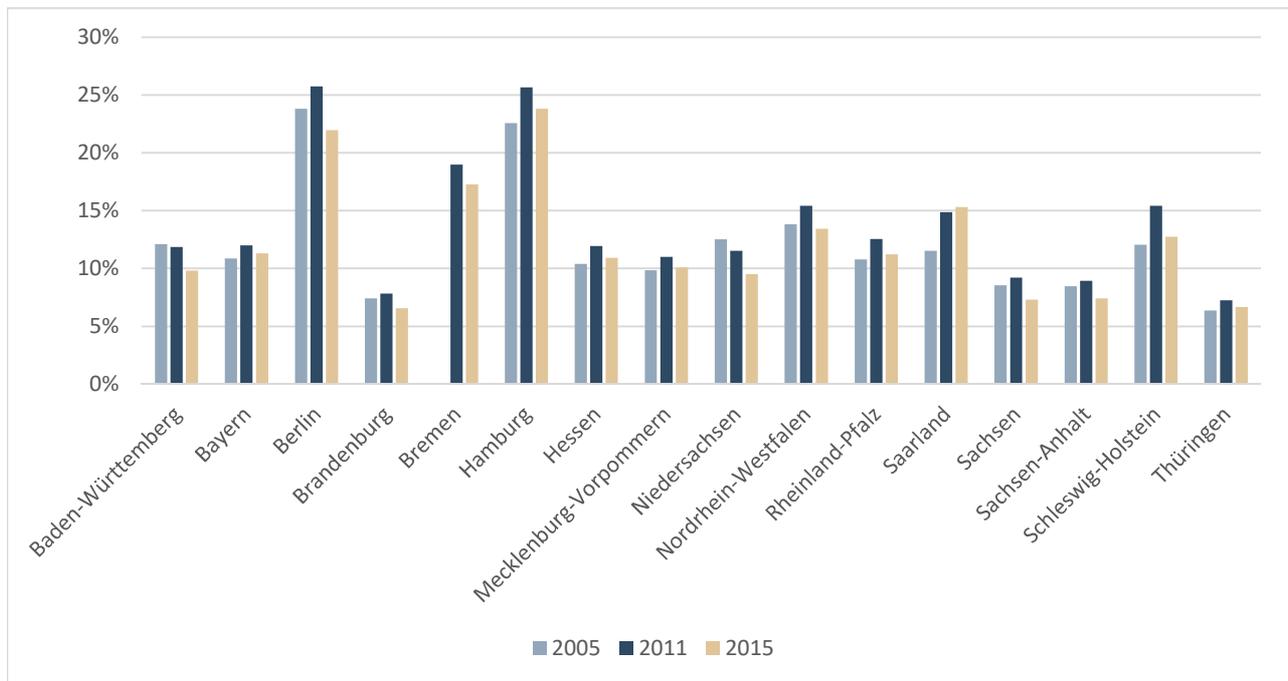
* 1999 bis 2009 Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, auch in Tages- und Nachtpflege, und Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind

* seit 2013 Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, Tages- und Nachtpflege nur nachrichtlich, Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind, Pflegebedürftige in „Pflegestufe 0“

Ein Blick in die Bundesländer zeigt ein ähnliches Bild (s. Abbildung 3): Die Anteile schwanken in den letzten Jahren in etwa um die gleichen Werte – einzig im Saarland ist ein leichter Aufwärtstrend zu erkennen. Die Spannbreite zwischen den Bundesländern ist jedoch beachtlich: Die höchsten Anteile von Empfängern von Hilfe zur Pflege lagen in 2015 in den Stadtstaaten Hamburg (23,8 Prozent), Berlin (22 Prozent) und Bremen (17,3 Prozent), die niedrigsten in den ostdeutschen Flächenländern Brandenburg (6,6 Prozent), Thüringen (6,7 Prozent) und Sachsen (7,3 Prozent). Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die gestiegene Anzahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ zu einem großen Teil den demografisch bedingt steigenden Pflegefallzahlen zuzuschreiben ist.

Abbildung 3-3: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an den Pflegebedürftigen in den Bundesländern 2005*¹⁾, 2011 und 2015²⁾

In Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001, 2017a; eigene Berechnungen

*für Bremen keine Werte in 2005, 2007 zu den Empfängern von „Hilfe zur Pflege“ und 2009 keine Werte für die Pflegebedürftigen, daher in diesen Jahren gesamtdeutscher Wert um etwa 0,2 Prozentpunkte unterschätzt

1) 2005 bis 2009 Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, auch in Tages- und Nachtpflege, und Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind

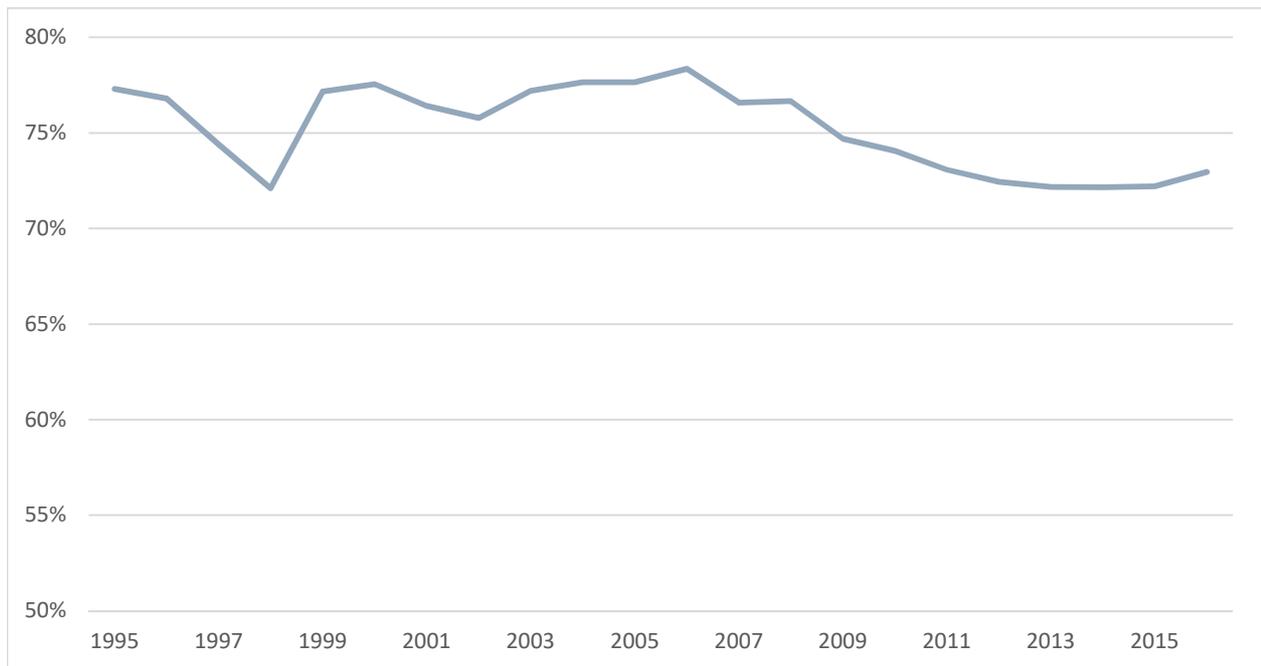
2) seit 2013 Pflegebedürftige in Pflegestufen 1 bis 3, Tages- und Nachtpflege nur nachrichtlich, Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind, Pflegebedürftige in „Pflegestufe 0“

1.2 Zunehmend finanzielle Überforderung durch Heimkosten?

Insbesondere für die vollstationäre Versorgung können die von den Versicherten zu tragenden Eigenanteile erhebliche Ausmaße annehmen. Bundesweit leben daher die meisten Empfänger von Hilfe zur Pflege auch in Einrichtungen. In den letzten Jahren ist dieser Anteil gleichwohl leicht gesunken (s. Abbildung 3): Wurden 2004 noch 78 Prozent der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen versorgt, waren es 2009 noch knapp 75 Prozent und in 2016 knapp 73 Prozent. Zwar ist am aktuellen Rand ein leichter Anstieg zu verzeichnen, seit Anfang des Jahrzehnts liegen die Werte aber einem gegenüber dem vorausgegangenen Jahrzehnt signifikant niedrigeren Niveau.

Abbildung 4-4: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen an den Empfängern von Hilfe zur Pflege insgesamt im Zeitverlauf

In Prozent



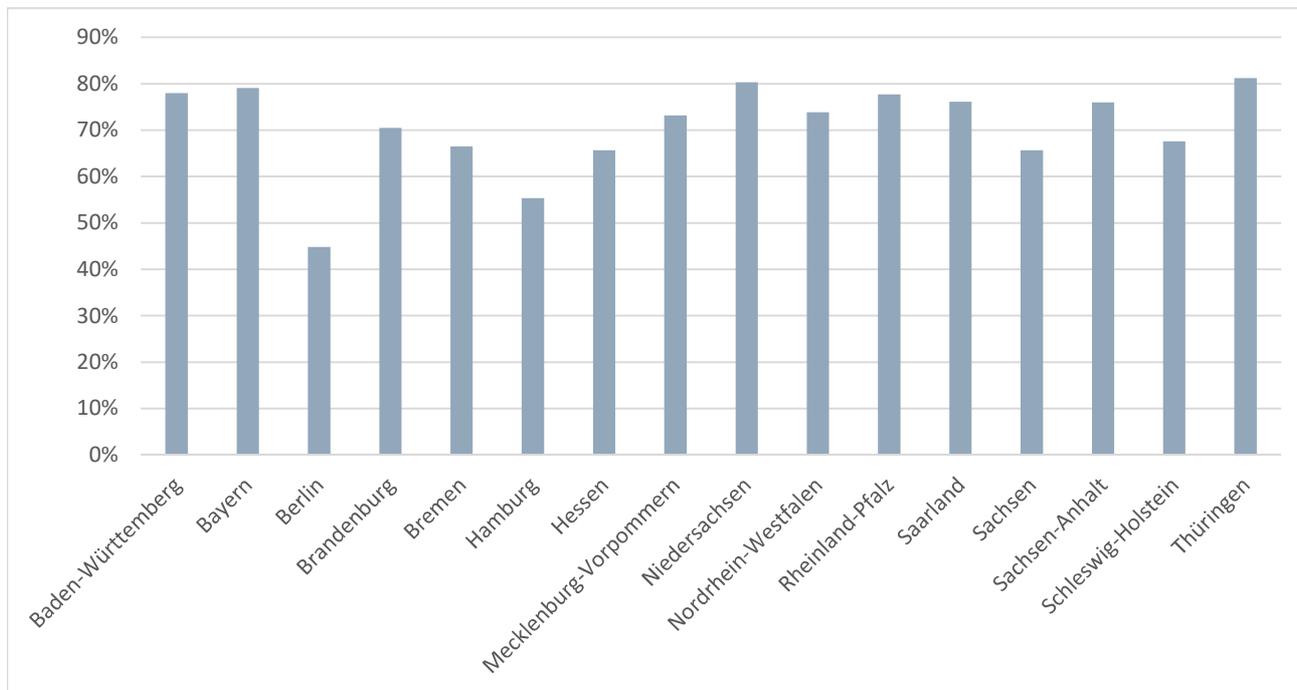
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018a; eigene Berechnungen

Auch der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an allen Pflegebedürftigen, die vollstationär versorgt werden, ist im Zeitablauf relativ stabil und schwankt seit 1999 um etwa 30 Prozent – zuletzt in 2013 und 2015 lag er bei 32 Prozent (Statistisches Bundesamt, 1999 bis 2017, 2018a; eigene Berechnungen). So erhalten zwar etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Pflegeheimen „Hilfe zur Pflege“, von einer generellen, drastischen Zunahme in den letzten Jahren kann aber auch hier nicht die Rede sein.

Interessant sind allerdings die regionalen Unterschiede. So variieren die Anteile der in Einrichtungen versorgten Empfänger der Hilfe zur Pflege an den Empfängern dieser Sozialleistung erheblich zwischen den Bundesländern (Abbildung 5): Insbesondere in den Stadtstaaten Berlin (45 Prozent), Hamburg (55 Prozent) und Bremen (66 Prozent), aber auch in den Flächenländern Sachsen (66 Prozent) und Schleswig-Holstein (68 Prozent) leben anteilig weniger Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen als im bundesweiten Durchschnitt – in Berlin werden sogar mehr Empfänger außerhalb von Einrichtungen gepflegt. Mögliche Erklärungen könnten in Unterschieden in der regionalen sozioökonomischen Struktur liegen, möglicherweise auch in den stark regional divergierenden Pflegeheimkosten (hierzu Rothgang et al., 2017, S. 30 ff.) oder in der Verfügbarkeit von Pflegeheimplätzen. Auch diese bundeslandspezifischen Anteile sind seit 2009 weitestgehend konstant geblieben und schwanken um die hier ausgewiesenen Werte. So gibt es durchaus regionale Unterschiede, aber keine deutlichen Hinweise, dass sich in bestimmten Bundesländern Probleme massiv verschärfen.

Abbildung 5-5: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen an den Empfängern von Hilfe zur Pflege insgesamt in den Bundesländern

In Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018c; eigene Berechnungen

Neben dem Blick auf die regionalen Unterschiede ist auch ein Blick auf das Alter der Empfänger von Hilfe zur Pflege, insbesondere in der stationären Versorgung, interessant. Zwar beziehen insgesamt am meisten Menschen im Alter von 80 Jahren und älter Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen. Dies lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass insbesondere die Hochbetagten von materieller Bedürftigkeit betroffen sind. Denn gerade im hohen Alter steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt, die in Pflegeheimen gepflegt werden.

Tabelle 1-1: Empfänger von Hilfe zur Pflege in der vollstationären Versorgung in 2015 nach Altersgruppen

Kurzzeitpflege und Dauerpflege, Absolut und in Prozent

Alter (Jahre)	Insgesamt	In Prozent*
Unter 40	2.709	0,3%
40 bis 65	41.083	70,5%
65 bis 80	81.709	42,9%
80 und älter	124.950	22,4%

*Anteil an den insgesamt vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2017a, 2018d; eigene Berechnungen

Insbesondere die Pflegebedürftigen in der Altersgruppe 40 bis 64 Jahre sind mit Abstand am häufigsten als Hilfeempfänger vertreten, wenn sie vollstationär gepflegt werden – hier waren in 2015 über 70 Prozent zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Auf Basis des verfügbaren Datenmaterials lässt sich nicht weiter überprüfen, wie die weitere Einkommens-, Vermögens- und Familiensituation der Betroffenen, sowie ihre „Pflegekarriere“ aussieht. Es erscheint jedoch plausibel, dass hier ein Zusammenhang zwischen Einkommen bzw. Vermögen, Morbidität und Mortalität besteht: Menschen, die bereits in jungen Jahren pflegebedürftig werden und vollstationär versorgt werden müssen, werden aufgrund einer kürzeren (oder nicht existenten) Erwerbsphase weniger finanzielle Mittel zur Verfügung haben, um die Eigenanteile an den stationären Pflegekosten zu tragen. Hinzu kommen Pflegebedürftige, die bereits in jungen Jahren zum Pflegefall werden und deren Eltern in diesem Alter nicht mehr für sie aufkommen können. Darüber hinaus unterscheidet sich die Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter (Rothgang et al., 2013, S. 180ff.): Je früher im Leben Pflegebedürftigkeit auftritt umso geringer ist im Durchschnitt die Sterblichkeit. Das bedeutet, dass in diesen Altersgruppen im Durchschnitt über einen längeren Zeitraum hinweg finanzielle Ressourcen benötigt werden.

Auch in der Gruppe der 65-Jährigen bis 79-Jährigen ist die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege signifikant höher als in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren. Möglich wäre auch hier ein Zusammenhang zwischen Haushaltssituation, Morbidität, Mortalität und Einkommen beziehungsweise Vermögen.

Zusammenfassend lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine gestiegene Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen bei Pflegebedürftigkeit feststellen – weder in einer bundesweiten Betrachtung noch in einer Betrachtung der einzelnen Bundesländer. Zwar bestehen regionale Unterschiede, auch diese haben sich in den letzten Jahren jedoch nicht auffällig verändert. Insgesamt scheint es im Durchschnitt dem überwiegenden Teil der Haushalte gelungen zu sein, den finanziellen Eigenanteil zu tragen. Weniger als die Region scheint hingegen das Alter der Pflegebedürftigen entscheidend zu sein: Tritt ein Pflegefall noch im Erwerbsalter ein (oder besteht dieser gegebenenfalls schon vorher), kann dies mit höherer Wahrscheinlichkeit den Bezug von zusätzlichen Sozialleistungen notwendig machen.

2 Künftige Entwicklung und Reformalternativen

Der demografische Wandel – und der dadurch bedingte Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen – wird sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. (Kochskämper, 2018). Alleine dadurch kann auch die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege weiter zunehmen, sollten die künftigen Älteren nicht mehr finanzielle Mittel zur Verfügung haben als die heutige Generation, um die privat anfallenden Pflegekosten zu tragen. Die künftige Einkommens- und Vermögenssituation ist zwar nur schwer zu prognostizieren. Es gibt jedoch gegenwärtig Anzeichen, die auf eine etwas schlechtere finanzielle Ausstattung künftiger Rentnergenerationen hinweisen (Pimpertz 2013, 279f.). Darüber hinaus könnten auch die privat zu tragenden Pflegekosten durch soziodemografische Veränderungen für Einzelne höher liegen als heute:

- Gegenwärtig wird ein großer Teil der häuslichen Pflege von Angehörigen und Ehepartnern geleistet (Runde et al., 2009, S. 14). Allerdings steigt die Anzahl der Alleinlebenden (Statistisches Bundesamt 2012, 8ff.). Zwar erfasst dieser Trend bisher vor allem Personen bis zu einem Alter von 64 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2012, 16ff). Altern diese jedoch und ändern ihren Status nicht mehr, steht im Pflegefall kein Partner zur Verfügung, der die Pflege unentgeltlich übernehmen kann.
- Auch der Anteil kinderloser Frauen und Männern an der Gesamtbevölkerung nimmt tendenziell zu. In 2012 hatten 20 Prozent in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen keine Kinder, in der Gruppe der 70 bis 75-Jährigen hingegen nur 11 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2013d, 32). Auch hieraus resultiert wahrscheinlich ein zunehmender Bedarf an professioneller Pflege und damit höheren privat zu tragende Kosten im Pflegefall. Denn bisher zeichnet sich nicht ab, dass Bekannte und Freunde die Pflege in gleichem Ausmaß pflegerische Aufgaben übernehmen, wenn Angehörige und/oder Ehepartner als Pflegepersonen ausfallen (Runde et al., 2009, S. 13).
- Bereits heute existiert ein Fachkräftemangel in der Pflege – die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit weist für den Jahresdurchschnitt 2017 etwa 23.000 offene Stellen aus (821, Klassifikation der Berufe – KldB 2010). Soll es gelingen, den Fachkräftemangel zu beheben, fallen zumindest kurz- bis mittelfristig höhere Kosten in der Pflege an.

Angesichts des dann noch weiter zunehmenden Bedarfs an steuerfinanzierter Unterstützung im Pflegefall stellt sich schon heute die Frage nach den Handlungsoptionen der Politik. Sollte deshalb die gesetzliche Pflegeversicherung³ weiter ausgebaut werden, um die Kommunen und überörtlichen Träger zu entlasten?

2.1 Pflegevollversicherung begünstigt Vermögende und belastet geringe Einkommen

Zunächst mag eine Leistungsausweitung der gesetzlichen Pflegeversicherung attraktiv erscheinen, um die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege zu entlasten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine solche Reform zwar kurzfristig die Kommunen und überörtlichen Träger von der Finanzierung dieser Leistung befreien würde, der Allgemeinheit hingegen sogar höhere Kosten entstehen können.

Denn alle Bürger sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert, ein Großteil dabei in dem Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung. In diesem System bringt der demografische Wandel bereits ohne eine Leistungsausweitung künftig Probleme hervor (hierzu u.a. Arentz et al, 2011a, S. 8ff; Kochskämper, 2017): Schon jetzt zeichnet sich eine hohe Beitragsbe-

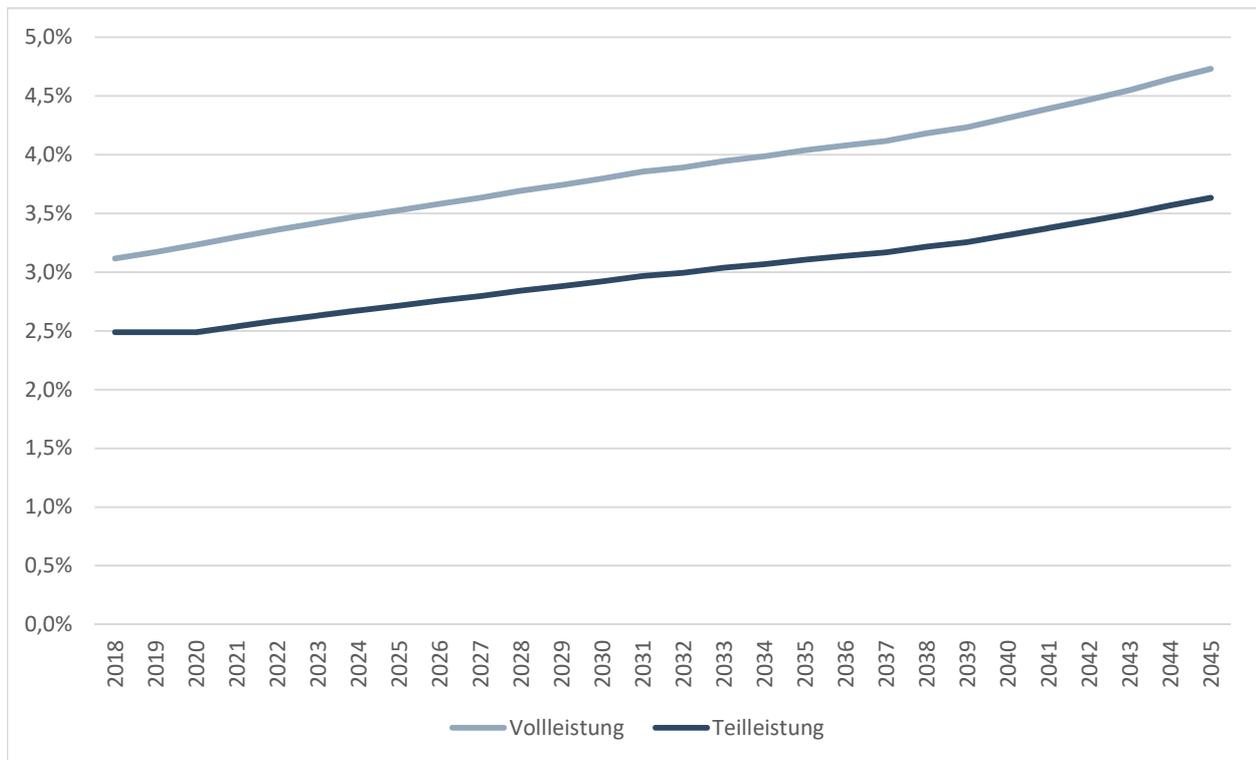
³ Im Folgenden werden der Begriffe gesetzliche Pflegeversicherung und Pflegepflichtversicherung synonym verwendet in Abgrenzung zur privaten Pflegezusatzversicherung. Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst wiederum zwei unterschiedliche Systeme: Die kapitalgedeckte private Pflegepflichtversicherung und die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung.

lastung in den Sozialversicherungen für die künftig jungen Generationen ab, die zum einen negative Arbeitsmarkteffekte mit sich bringen kann, zum anderen aber auch die gesellschaftliche Akzeptanz der Pflegepflichtversicherung einer Belastungsprobe unterziehen wird. Jede Leistungsausweitung verstärkt diese Probleme zusätzlich. Denn jede Leistungsausweitung muss über höhere Beiträge finanziert werden. In der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung entfällt der größere Anteil dieser Beitragslast auf die Arbeitnehmer, da sie aufgrund der einkommensabhängigen Finanzierung dieser Versicherungsleistung im Durchschnitt mehr einzahlen als die Rentner.

Selbst in einem eher optimistischen Szenario, in dem ausgehend von 2015 ausschließlich der demografische Wandel unter der Annahme einer in Zukunft sogar etwas gesünderer Bevölkerung fortgeschrieben wird und zusätzliche Kosten unberücksichtigt bleiben, beispielsweise durch mehr Fachkräfte oder einen zusätzlichen Anstieg der Pflegefallzahlen durch die Umstellung auf Pflegegrade und einen damit verbundenen anderen Begriff von Pflegebedürftigkeit (Kochskämper, 2018), steigen die durchschnittlichen Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung an: bis 2035 um 0,6 Prozentpunkte auf 3,1 Prozent und bis 2045 um weitere 0,5 Prozentpunkte auf 3,6 Prozent (s. Abbildung 6). Der Pflegevorsorgefonds ist in diese Rechnung bereits integriert; es zeigt sich aber, dass dieser schon heute zu gering dimensioniert ist, um alleine die durch die Bevölkerungsalterung entstehenden zusätzlichen Kosten gleichmäßig zwischen den Generationen aufzuteilen. Integriert man in dieses Szenario eine Vollkostenversicherung – das heißt, wird simuliert, dass die soziale Pflegeversicherung alle anfallenden Pflegekosten trägt – hätte dies stark steigende Beitragssätze zur Folge, die keineswegs aus dem Pflegevorsorgefonds kompensiert werden können (s. Abbildung 6): Der durchschnittliche Beitragssatz müsste jährlich um etwa einen weiteren Prozentpunkt angehoben werden, um alleine diese zusätzlichen Kosten zu finanzieren. Unerheblich ist dabei, ob die Kranken- oder die Pflegeversicherung diese zusätzlichen Kosten tragen soll.

Abbildung 1-6: Simulation der Beitragssätze einer Teilleistungs- und einer Volleistungsversicherung in der sozialen Pflegeversicherung bis 2045

In Prozent



Quelle: Kochskämper, 2018; eigene Berechnungen

Hinzu kommt, dass von einer Leistungsausweitung alle Pflegebedürftigen profitieren, auch diejenigen, die ein ausreichendes Einkommen und Vermögen besitzen und deshalb bisher zusätzlich private Mittel für die Pflege aufbringen müssen. Werden im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung zusätzliche Leistungen gewährt, wird ihr Vermögen (und das ihrer Erben) in diesem Umfang geschont. Zwar müssen sie höhere Beiträge oder Prämien zahlen. Da diese Leistungen jedoch von der gesamten Versichertengemeinschaft finanziert werden, fällt die Beitrags- bzw. Prämiensteigerung geringer aus als die von ihnen vorher zu tragenden privaten Kosten im Pflegefall.

Diese geänderte Anspruchslage für Versicherte führt dazu, dass die Gruppe der Empfänger der erweiterten Leistungen innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung größer ist als die Gruppe der Empfänger der nach Bedürftigkeit gewährten Hilfe zur Pflege vor einer solchen Reform. Das bedeutet aber auch, dass die Steuerzahler zwar im Rahmen der Hilfe zur Pflege entlastet werden, gleichzeitig aber als gesetzlich Versicherungspflichtige höhere Beitragssatz- bzw. Prämiensteigerungen in Kauf nehmen müssen. In der Summe müssen letztere aufgrund der höheren Inanspruchnahme höher ausfallen als die Summe der Steuerreduktion.

Gleichzeitig würden bei einer solchen Reform Versicherte mit geringem Einkommen stärker belastet. Denn die Beitragspflicht setzt schon bei geringen Einkommen an, wenn noch keine Einkommensteuerzahlung geleistet werden muss (für die folgenden Ausführungen Beznoska und

Hentze, 2017, S. 104). Denn im Gegensatz zur Einkommensteuer existieren keine Freibeträge oder Abzugsmöglichkeiten. So zahlt ein Single bis zu einem monatlichen Bruttogehalt von etwa 1.000 Euro gar keine Einkommensteuer, ein Alleinverdienerpaar ohne Kinder erst ab 2.000 Euro (bei hohen Werbungskosten oder Vorsorgeaufwendungen kann dieser Grenzwert noch deutlich höher sein). Reduzierte Sozialversicherungsbeiträge werden hingegen schon für ein Arbeitsentgelt ab 451 Euro und die vollen Sozialversicherungsbeiträge ab einem monatlichen Bruttogehalt von 851 Euro fällig.

Die Entlastung der steuerfinanzierten Hilfe zur Pflege wäre daher als Begründung für eine Ausweitung der gesetzlichen Pflegeversicherung zu kurz gegriffen, zu berücksichtigen sind die zusätzlichen Belastungseffekte für die Versicherten innerhalb der Pflegepflichtversicherung.

2.2 Alternative: Stabilisierung der Pflegepflichtversicherung, Aufbau einer zweiten Säule

Wie genau Menschen in Deutschland bisher für das Alter im Allgemeinen und für den Pflegefall vorsorgen, ist bisher nicht vollständig untersucht. Insgesamt besaßen in 2016 zwar nur rund 2,7 Millionen Menschen eine Pflegezusatzversicherung (Verband der Privaten Krankenversicherungen, 2017, S. 34). Möglicherweise ziehen es Menschen aber vor, eine allgemeine, unspezifische Pflege- und Altersvorsorge zu betreiben und Mittel nicht für einen nur möglicherweise eintretenden Pflegefall zu blockieren (vgl. Curry et al, 2009, S. 5). Da bisher valide Daten fehlen, ist nicht klar, ob die Gruppe derjenigen, die unspezifisch vorsorgt, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen muss als die Gruppe, die über eine Pflegezusatzversicherung verfügt.

Vorsorge bedarf allerdings Planungssicherheit. Ein entscheidender Schritt für die Pflegepolitik ist daher die Stabilisierung der Leistungen der Pflegepflichtversicherung. Zwar ist in §30 SGB XI vorgeschrieben, dass die Bundesregierung alle drei Jahre eine Leistungsanpassung prüfen wird, als Orientierungswert gilt die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei Kalenderjahre. Die genauere Betrachtung zeigt, dass selbst bei einer regelmäßigen Anhebung nach den gesetzlichen Vorgaben die reale Leistungsentwertung keineswegs sicher verhindert wird:

- Festgelegt ist, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfallen darf als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Es ist aber damit zu rechnen, dass die Bruttolohnentwicklung eher die Untergrenze für Preissteigerungen im Pflegesektor darstellen wird. Denn Pflegeleistungen sind arbeitsintensiv, wodurch das Potential zur Produktivitätssteigerung in diesem Sektor begrenzt ist. Die allgemeinen Bruttolöhne folgen hingegen der höheren, gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung. Diese Löhne müssten jedoch mindestens auch im Pflegesektor gezahlt werden, wenn mittelfristig Arbeitskräfte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen sollen. Dann liegen die Preissteigerungen der Pflegeleistungen jedoch theoretisch über der allgemeinen Preisentwicklung und folgen (mindestens) der allgemeinen Bruttolohnentwicklung (vgl. Baumol, 1967; Pomp und Vujić, 2008).

- Doch selbst wenn die allgemeinen Bruttolöhne in Zukunft unterhalb der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung lägen, ist aufgrund des Fachkräftemangels tendenziell mit Preisen für Pflegeleistungen oberhalb des allgemeinen Preisniveaus zu rechnen. Sollen zusätzliche Fachkräfte gewonnen werden, verstärkt das den Druck auf die Löhne im Pflegesektor und damit mittelbar auf die Preise. Werden die nominalen Leistungssätze der Pflegepflichtversicherung nicht entsprechend diesen Preisentwicklungen angepasst, ist ihre reale Entwertung nicht zu verhindern.

Problematisch hierbei ist, dass eine treffsichere private Vorsorge fast unmöglich ist, wenn politisch nicht eindeutig offen gelegt wird, ob und in welcher Höhe heutige Leistungszusagen eingehalten werden können. Findet in Zukunft eine schrittweise Realentwertung statt, müssten sie die Bürger aus eigenen Mitteln auffangen und ihre private Vorsorge entsprechend gestalten, möchten sie im Pflegefall ohne staatliche Unterstützung auskommen. Dies gilt für alle Vorsorgearten, auch für die private Pflegezusatzversicherung. Ist jedoch nicht vorherzusehen, in welcher Höhe private finanzielle Mittel vorzuhalten sind, kann dies zu einer zu geringen Vorsorgetätigkeit selbst bei denjenigen führen, die eigentlich in der Lage wären, ausreichend für den Pflegefall vorzusorgen.

Verstärkt wird dieses Problem umso mehr, wenn die politische Rhetorik in eine andere Richtung deutet. Denn dadurch könnten die Bürger dazu verleitet werden, künftige Realentwertungen gar nicht in ihr Vorsorgekalkül miteinzubeziehen, und dann zu geringe Mittel für den Pflegefall zur Verfügung zu haben.

Neben einer diesbezüglich klaren und transparenten Pflegepolitik kann zusätzlich über den Aufbau einer ergänzenden, kapitalgedeckten Säule für die soziale Pflegeversicherung nachgedacht werden. Da Pflege für den Großteil der Menschen in der Regel erst im hohen Alter nötig wird, bleibt auch ein langer Zeitraum, für diesen Fall entsprechend vorzusorgen. Selbst Menschen im höheren Erwerbsalter können mit einer geringen Prämie im Rahmen einer kapitalgedeckten Vorsorge noch einen Teil des Eigenanteils im Pflegefall decken. Gleichzeitig können Verträge so gestaltet werden, dass diese auch dann Versicherungsschutz bietet, wenn der Pflegefall schon vor dem Rentenalter eintritt.

Ob eine ergänzende Pflicht zur Vorsorge für den Pflegefall nötig ist, kann nach dem gegenwärtigen Forschungsstand nicht eindeutig beantwortet werden. Dazu ist bisher zu wenig darüber bekannt, wie Menschen für den Pflegefall vorsorgen. Möglicherweise reicht eine deutliche und offene Kommunikation aus, um private Vorsorge zusätzlich zu erleichtern. Möglicherweise sind auch neue, freiwillige Formen im Bereich einer ergänzenden Vorsorge hilfreich, beispielsweise ein ergänzendes Angebot im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge. In keinem Fall sollte aber die Erwartung geschürt werden, die bisherige Pflegepflichtversicherung könne die steigenden Pflegekosten bei gleichbleibenden Leistungszusagen allein bzw. ohne signifikant steigende Beitragslasten bewältigen.

Literaturverzeichnis

Baumol, William. J., 1967, Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: The American Economic Review, Vol. 57, Nr. 3, S. 415–426.

Beznoska, Martin und Tobias Hentze, 2017, Die Verteilung der Steuerlast in Deutschland, in: IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 44, Nr. 1, S. 99-116.

Curry, Leslie A., Julie Robison, Noreen Shugrue, Patricia Keenan und Marshall B. Kapp, 2009, Individual Decision Making in the Non-Purchase of Long-Term Care Insurance, in: The Gerontologist, Vol. 49, Nr. 4, S. 560-569.

Kochskämper, Susanna, 2018, Der demografische Wandel als Herausforderung für die umlagefinanzierte Kranken- und Pflegeversicherung, in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Band 43, Heft 4, S. 445-460.

Pimpertz, Jochen, 2013, Gegen Alarmismus und Bagatellisierung – empirische Befunde zur Altersarmut und wirtschaftspolitische Empfehlungen, in: Sozialer Fortschritt, 62. Jg., Heft 10/11, S. 274–282.

Pomp, Marc und Sunčica Vujić, 2008, Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect, CPB Discussion Paper No. 115.

Rothgang, Heinz, Rolf Müller, Rebecca Runte und Rainer Unger, 2017, BARMER GEK Pflegereport 2017, in: Barmer GEK (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, Siegburg.

Runde, Peter, Reinhard Giese, Claudia Kaphengst und Julius Hess, 2009, AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Hamburg.

Statistisches Bundesamt, 2012, Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 11. Juli 2012 in Berlin, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2013, Daten zu Geburten, Kinderlosigkeit und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Tabellen zur Pressekonferenz am 07. November 2013 in Berlin, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2007, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2005 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2009, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2007 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2011, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2009 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2013, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2011, Z.1.1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2011 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2015, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Pflegebedürftige am 15.12.2013, Z1.1 Pflegebedürftige am 15.12.2013 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2017a, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Pflegebedürftige am 15.12.2015, Z1.1 Pflegebedürftige am 15.12.2015 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2018a, Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII, Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Zeitvergleich am 31.12., https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_ZV_HilfePflege.html (abgerufen am 29.05.2018).

Statistisches Bundesamt, 2018b, Ausgaben der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege, Nettoausgaben 2016 insgesamt der Hilfe zur Pflege, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_HilfePflege.html (abgerufen am 29.05.2018).

Statistisches Bundesamt, 2018c, Empfänger von Leistungen nach dem 5. Bis 9. Kapitel SGB XII: Bundesländer, Jahre, Arte der Hilfe, Ort der Leistungserbringung, GENESIS-Online Datenbank, https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=5E86EDFB698989F6774BEB9B5F990993.tomcat_GO_1_3?operation=statistikAbrufttabellen&levelindex=0&levelid=1527587448018&index=4 (abgerufen am 29.05.2018).

Statistisches Bundesamt, 2018d, Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII, Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege in Deutschland am 31.12.2015 nach Hilfeart, Altersgruppen, Ort der Leistungserbringung und Geschlecht, Wiesbaden.

Verband der Privaten Krankenversicherungen, 2017, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, Köln.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Empfänger von Hilfe zur Pflege in der vollstationären Versorgung in 2015 nach Altersgruppen	8
---	---

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Pflegebedürftige in den Bundesländern in 1999 ¹⁾ und 2015 ²⁾	4
Abbildung 1-2: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an den Pflegebedürftigen in Deutschland seit 2005	5
Abbildung 1-3: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an den Pflegebedürftigen in den Bundesländern 2005* ¹⁾ ,2011 und 2015 ²⁾	6
Abbildung 1-4:: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen an den Empfängern von Hilfe zur Pflege insgesamt im Zeitverlauf	7
Abbildung 1-5:: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen an den Empfängern von Hilfe zur Pflege insgesamt in den Bundesländern	8
Abbildung 1-6: Simulation der Beitragssätze einer Teilleistungs- und einer Vollleistungsversicherung in der sozialen Pflegeversicherung bis 2045	12