

# IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 215

November 2015

## **Finanzielle Auswirkungen der formalen Überleitung auf Basis der Pflegestärkungsgesetze für die Gesetzliche Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung)**

**Diskussionspapier**

Dr. Anke Walendzik  
Dr. Gerald Lux  
Kirsten van der Linde  
Prof. Dr. Jürgen Wasem

IBES

# IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 215

November 2015

## **Finanzielle Auswirkungen der formalen Überleitung auf Basis der Pflegestärkungsgesetze für die Gesetzliche Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung)**

### **Diskussionspapier**

Dr. Anke Walendzik (Anke.Walendzik@medman.uni-due.de)  
Dr. Gerald Lux (Gerald.Lux@medman.uni-due.de)  
Kirsten van der Linde (Kirsten.vanderLinde@medman.uni-due.de)  
Prof. Dr. Jürgen Wasem (Juergen.Wasem@medman.uni-due.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)  
Universität Duisburg-Essen  
Universitätsstraße 12  
45141 Essen  
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

## **Inhaltsverzeichnis**

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungs- / Akronymverzeichnis .....	6
1 Hintergrund und Ziel der Studie.....	7
2 Datenbasis .....	9
3 Methodisches Vorgehen.....	10
4 Ergebnisse.....	17
5 Limitationen .....	20
6 Schlussfolgerung.....	21
7 Literaturverzeichnis.....	22
Anhang .....	24

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Ausgabeneffekte der Systemumstellung (absolut und relativ) für die SPV..... 18

Abbildung 2: Ausgabeneffekte in Beitragssatzpunkten für die SPV im Jahr 2017..... 18

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Modellvarianten SPV und PPV .....	17
Tabelle 2:	Ausgabeneffekte durch die Systemumstellung für SPV und PPV (für die Kennzahlen werden jeweils Intervalle ausgewiesen, die sich auf Basis der unterschiedlichen Modellvarianten ergeben) .....	19
Tabelle 3:	Bestandschutzkosten für stationär versorgte Pflegebedürftige Variante a und b im Jahr .....	24
Tabelle 4:	Bestandsschutzkosten für stationär versorgte Pflegebedürftige Variante c im Jahr .....	24

## **Abkürzungs- / Akronymverzeichnis**

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPE	beitragspflichtige Einnahmen
c. p.	ceteris paribus
EA	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
NBA	Neues Begutachtungsassessment
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WiIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

## I Hintergrund und Ziel der Studie

Der derzeit geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Methode der Erhebung von Pflegebedürftigkeit befinden sich seit langem in der Diskussion. Ein wesentlicher Kritikpunkt ist die unzureichende Abbildung des Hilfebedarfs von Menschen mit herabgesetzter bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz (EA). Schon in 2009 schlug der regierungsseitig einberufene wissenschaftliche Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein neues Begutachtungsverfahren zur Ermittlung von Pflegebedürftigkeit vor.<sup>1</sup> In 2013 folgte ein weiterer Bericht eines Expertenbeirats, der Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und für seine Umsetzung im Rahmen der Begutachtung machte.<sup>2</sup> Parallel dazu führten mehrere „kleine“ Pflegereformen finanzielle Verbesserungen ein sowie besondere Leistungen für die im Rahmen des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs als benachteiligt gesehenen Gruppen, so in der Pflegereform 2008, über das Pflegeneuausrichtungsgesetz 2012 und das 1. Pflegestärkungsgesetzes 2015. Letzteres kündigte auch schon die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen eines 2. Pflegestärkungsgesetzes an, dessen Regierungsentwurf inzwischen vorliegt.<sup>3</sup> Somit existieren in dieser Form jetzt konkrete Leistungsunterlegungen für die in Zukunft geltenden Einstufungen in Pflegegrade statt Pflegestufen sowie eine Überleitungsregelung für die bisherigen Leistungsberechtigten, die teilweise erhebliche Leistungsverbesserungen für die Betroffenen auslösen.

Zur Finanzierung der Reformen der Pflegestärkungsgesetze wurde in 2015 der Versichertenbeitrag um 0,3 Prozentpunkte erhöht; der Gesetzesentwurf des 2. Pflegestärkungsgesetzes sieht nun eine weitere Steigerung um 0,2 Prozentpunkte in 2017 vor.

Auf der Basis des Gesetzesentwurfs sind erste Einschätzungen der finanziellen Reformfolgen möglich. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Zusatzkosten der Reform durch die geplante Beitragserhöhung innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu finanzieren sind.

In der Vergangenheit wurde eine ungleichmäßige Belastung der SPV und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen und

---

<sup>1</sup> Vgl. Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009).

<sup>2</sup> Vgl. Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013).

<sup>3</sup> Diese Untersuchung wurde im August 2015 abgeschlossen.

Pflegeprävalenzen diskutiert.<sup>4</sup> Es liegt insofern auch die Frage nahe, auf welche Weise die aktuelle Pflegereform auf beide Pflegeversicherungssysteme wirkt.

Die vorliegende Studie liefert erste Anhaltspunkte zu einer Beantwortung der Fragen nach Finanzwirkungen der anstehenden Reform auf SPV und PPV. Die finanziellen Auswirkungen der formalen Überleitung von Pflegestufen auf Pflegegrade auf Basis des geplanten 2. Pflegestärkungsgesetzes für die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV), bestehend aus der SPV und der PPV, werden abgeschätzt.

Aufgrund einer mangelhaften Datenlage bzw. Datenverfügbarkeit<sup>5</sup> insbesondere für die PPV wird die Simulation zeitlich auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des 2. Pflegestärkungsgesetzes begrenzt und fokussiert. Die durch die Überleitung in Pflegegrade und das neue Begutachtungsverfahren nach dem Übergangszeitpunkt zu erwartenden Neu- oder Folgebegutachtungen und deren finanzielle Folgen können aufgrund dieser Datenlage insbesondere wegen des Fehlens von Daten zur Ermittlung von altersklassenspezifischen Pflegeprävalenzen für die PPV nicht valide geschätzt werden. Es wurde also lediglich der finanzielle Effekt, der c. p. durch die Überleitung der Pflegebedürftigen in die neuen Pflegegrade und die Verwendung der neuen Leistungshöhen entsteht, ermittelt und in Nominalbeträgen für die SPV bzw. die PPV insgesamt und je Versicherten sowie für die SPV zusätzlich in Beitragssatzeffekten dargestellt. Neuzugänge in die Pflegeversicherung nach dem Übergangszeitpunkt wurden für beide Pflegeversicherungssysteme also nicht berücksichtigt.

---

<sup>4</sup> Vgl. Rothgang (2010).

<sup>5</sup> Vgl. Walendzik et al. (2015).



## 2 Datenbasis

Die Simulation basiert größtenteils auf Daten des Jahres 2013. Für die Analysen wurden für die SPV die nach Pflegestufen (inkl. Differenzierung in Versicherte mit und ohne EA) differenzierten Pflegeprävalenzen der Statistik der Pflegekassen des Jahres 2013 verwendet.<sup>6</sup> Für die teilweise nicht vorliegenden Klassifizierung in Personen „mit EA“ und „ohne EA“ (für vollstationär Gepflegte in den Pflegestufen 1 und 2 und für alle Leistungsarten in Pflegestufe 3) wurden Anteile verwendet, die auf Routinedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) beruhen. Für die PPV lagen entsprechende Daten im Tätigkeitsbericht 2013 von Medicproof<sup>7</sup> vor, die mit Versichertenzahlen aus dem PKV Zahlenbericht des Jahres 2013 verknüpft wurden.<sup>8</sup> Für die Abschätzung des zu erwartenden Effektes in Beitragssatzpunkten im Jahr 2017 wurden die BPE-Schätzungen des GKV-Schätzerkreises vom 15.10.2014 für das Jahr 2015 verwendet und für 2017 fortgeschrieben.<sup>9</sup> Für die Abschätzung der Struktur der Leistungsanteile innerhalb der Kombinationsleistungsempfänger wurde unter anderem auf die PGI-Statistik zurückgegriffen, um Relationen von Leistungsbezugstagen ermitteln und verwenden zu können. Zur Ermittlung der Bestandsschutzkosten wurde auf die stationären Pflegesätze und die durchschnittliche Belegung im stationären Bereich auf Daten der Pflegestatistik des Bundes 2013 zurückgegriffen.

---

<sup>6</sup> Vgl. BMG (2015a).

<sup>7</sup> Vgl. Medicproof (2014).

<sup>8</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014), S. 63.

<sup>9</sup> Vgl. BVA (2014).

### 3 Methodisches Vorgehen

Bei der formalen Überleitung in Pflegegrade wurden Pflegebedürftige „ohne EA“ aus ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad überführt (einfacher Stufensprung) – Personen „mit EA“ wurden mit einem doppelten Stufensprung berücksichtigt.<sup>10</sup> Dabei wurde aufgrund der geplanten Bestandsschutzregelung auch geprüft, ob Versicherte durch diese Überleitungssystematik evtl. schlechter gestellt werden könnten. Dies ist nur im stationären Bereich teilweise der Fall. Die finanziellen Mittel, die notwendig sind, um den entsprechenden Bestandsschutz in der SPV und PPV zu gewährleisten, wurden in den Analysen mit berücksichtigt. An drei methodischen Stellschrauben des Modells wurden aufgrund der mangelhaften Datenlage Annahmen getroffen, die im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse in unterschiedlichen Kombinationen variiert wurden, um Ergebniskorridore für die Zielparameter für die SPV und die PPV zu erhalten und die Ergebnisstabilität prüfen zu können. Diese variablen Parameter werden in der folgenden Methodikbeschreibung unter den Schritten 3, 4 und 7 beschrieben und die Modellvarianten im Ergebnisteil mit den entsprechenden Annahmekombinationen separat ausgewiesen.

Die Simulation erfolgte nach folgender Methodik:

1. Überleitung der in 2013 Pflegebedürftigen aus den Pflegestufen in Pflegegrade (einfacher bzw. doppelter Stufensprung bei Personen „ohne EA“ bzw. „mit EA“) für Pflegebedürftige der SPV und PPV: Teilweise mussten für die SPV Annahmen bzgl. der Aufteilung in Pflegebedürftige „ohne EA“ und „mit EA“ getroffen werden, da diese Aufteilung in den Statistiken des BMG nicht enthalten war (keine Differenzierung in „ohne EA“ und „mit EA“ für Pflegestufe 3, für vollstationär versorgte Personen gibt es in keiner Pflegestufe eine solche Differenzierung). Um diese Datenlücken zu schließen, wurde auf Verteilungen von Pflegebedürftigen „ohne EA“ und „mit EA“ basierend auf Daten des WIdO zurückgegriffen. Für die PPV wurden die pflegestufenspezifischen Eingruppierungen in „ohne EA“ und „mit EA“ gemäß dem Tätigkeitsbericht von Medicproof zu Neu- und Wiederholungsbegutachtungen für das Jahr 2013 verwendet.<sup>11</sup>
2. Aufteilung in die unterschiedlichen Leistungsarten (Geldleistungen, ambulante Pflegesachleistungen, vollstationäre Leistungen und Kombinationsleistungen)

---

<sup>10</sup> Vgl. Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebegriffs (2013), S. 83 ff.

<sup>11</sup> Vgl. Medicproof (2014), S. 8.

(Geldleistungen und ambulante Pflegesachleistungen)): Hier wurden zur Aufteilung nach Pflegestufe Daten des BMG (Statistiken der Pflegekassen) für die SPV verwendet und für die PPV wurde teilweise auf Daten des PKV-Verbandes<sup>12</sup> zurückgegriffen.

Da mit Blick auf die Leistungsartenverteilung in den Pflegestufen für die PPV keine ausreichend detaillierten Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungsarten (in Versichertenköpfen) vorlagen, wurden für die PPV im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse die zwei folgenden Annahmen getroffen:

- a. Übernahme der pflegestufenspezifischen (differenziert nach „ohne EA“ und „mit EA“) anteiligen Inanspruchnahme aller relevanten Leistungsarten (Geldleistungen, ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflege) aus der SPV.
  - b. Verwendung der Anteile vollstationär Gepflegter je Pflegestufe aus Daten des PKV-Zahlenberichtes und Übernahme der pflegestufenspezifischen (differenziert nach „ohne EA“ und „mit EA“) anteiligen Inanspruchnahme nur der relevanten ambulanten Leistungsarten (Geldleistungen, ambulante Sachleistungen und Kombinationsleistungen) aus der SPV, da die ambulanten Leistungsarten für die PPV nicht differenziert nach Versichertenköpfen vorlagen.<sup>13</sup>
3. Ermittlung der Leistungsanteile von Pflegegeld und Pflegesachleistung bei den Kombinationsleistungsempfängern: Als Verteilungsschlüssel von Geld- und ambulanten Pflegesachleistungen innerhalb der Kombinationsleistungsempfänger wurden für SPV und PPV gleichermaßen verschiedene Annahmen im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse getroffen:
- a. Verwendung der PGI-Statistik für 2013 für die SPV: Ermittlung der Relationen von Leistungsbezugstagen von Geldleistungen und ambulanten Sachleistungen in Relation je Pflegestufe und (für die Pflegestufen 1 und 2) zusätzlich differenziert nach „ohne EA“ und „mit EA“ und Adaption dieser Relation auf die Klientel der Kombinationsleistungsbezieher in der SPV und PPV.
  - b. Verwendung der pflegestufenspezifischen Relationen (allerdings nicht differenziert in „ohne EA“ und „mit EA“) von Geldleistungsbeziehern und

---

<sup>12</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014), S. 63.

<sup>13</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014), S. 63.

- ambulanten Sachleistungsbeziehern (inkl. Kombinationsleistungsempfängern) für die SPV basierend auf Daten des BMG (Statistik der Pflegekassen).<sup>14</sup>
- c. Verwendung einer eigenen pflegestufenübergreifenden Schätzung für das Jahr 2013, indem die Anteile der Inanspruchnahme von Sach- und Geldleistungen innerhalb der Kombinationsleistungsempfänger der SPV iterativ so gelegt wurden, dass die tatsächlichen pflegestufenübergreifenden Ausgaben von Sach- und Geldleistungen für die SPV möglichst gut getroffen wurden (Ergebnis: Geldleistungsanteil bei 65%, Sachleistungsanteil bei 35%).
- d. Verwendung einer bereits bestehenden pflegestufenübergreifenden Schätzung für das Jahr 2012 (Geldleistungsanteil bei 42,5%, Sachleistungsanteil bei 57,5%), angelehnt an die Veröffentlichung von Rothgang et al. 2014.<sup>15</sup>
4. Ermittlung des finanziellen Volumens vor der formalen Überleitung durch Verwendung der Besetzung der alten Pflegestufen und der für die Studie relevanten Leistungsarten (mit Differenzierung in „ohne EA“ und „mit EA“) mit den dahinterstehenden Leistungshöhen für das Jahr 2015 für die SPV und PPV. Um den isolierten Effekt der formalen Überleitung dazustellen, wurden die aktuellen Leistungshöhen des Jahres 2015 auf die im Referentenentwurf enthaltenen Leistungshöhen für das Jahr 2017 adjustiert, indem von 2015 bis 2017 eine jährliche Leistungsdynamisierung von 1,33% angenommen wurde (hergeleitet aus der rückwirkenden Leistungsdynamisierung von 2013 bis 2015 von insgesamt 2,67%). Somit wurden die Leistungshöhen aus 2015 mit denen aus 2017 vergleichbar gemacht und der Effekt des 2. Pflegestärkungsgesetzes isoliert, indem um den bereits im Pflegestärkungsgesetz I festgelegten Effekt der Leistungsdynamisierung bei der Darstellung der finanziellen Effekte des Systemübergangs bereinigt wurde (unter der Annahme einer BPE-Entwicklung von ebenfalls jährlich 1,33% heben sich Leistungsdynamisierung und BPE-Entwicklung in ihrer Beitragssatzwirkung gegenseitig auf).
5. Ermittlung des finanziellen Volumens nach formaler Überleitung für die SPV und PPV durch Verwendung der neuen Pflegegradbesetzungen und der Leistungsarten mit den dahinterstehenden Leistungshöhen für das Jahr 2017 aus dem Kabinettsentwurf (für Geld-, ambulante Pflegesach- und vollstationäre Leistungen).<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Vgl. BMG (2013).

<sup>15</sup> Vgl. Rothgang/Kalwitzki/Mundhenk (2014), S. 9.

<sup>16</sup> Vgl. BMG (2015b), S.34 ff.

6. Differenzbildung der Beträge aus Punkt 5 und Punkt 4 zur Ermittlung des Gesamteffektes der formalen Überleitung für die SPV und die PPV und Darstellung in Form von Beitragssatzeffekten für die SPV basierend auf den BPEs des Jahres 2017 und nominalen Beträgen für die SPV bzw. die PPV insgesamt und je Versicherten. Bei der Darstellung der durch die formale Überleitung zu erwartenden nominalen Veränderungen je PPV-Versicherten wurden die Ergebnisse sowohl mit als auch ohne Berücksichtigung der Beihilfebeträge ausgewiesen. Für die Darstellung der Ausgaben mit Berücksichtigung der Beihilfebeträge wurden die pflegestufen- und leistungsartenspezifischen (inkl. Differenzierung in „ohne EA“ und „mit EA“) PPV-Versichertenzahlen des Jahres 2015 mit den für 2015 relevanten Leistungshöhen verknüpft. Für die isolierte Ermittlung der Effekte nur basierend auf den PPV-Ausgaben wurde auf die leistungsartenspezifischen PPV-Ausgaben des Jahres 2013<sup>17</sup> (exkl. der Beihilfebeträge) aufgesetzt. Zunächst wurde der bis 2015 aufgrund sich verändernder Leistungshöhen zu erwartende Ausgabenanstieg aufgeschlagen. Auf diesen Betrag wurde anschließend der für die Ausgaben inkl. der Beihilfebeträge geschätzte (durch die formale Überleitung bedingte) relative Ausgabenanstieg von 2015 bis 2017 angewendet, um die Effekte der formalen Überleitung nur für die PPV-Ausgaben exkl. der Beihilfebeträge isoliert darstellen zu können.

Für die Abschätzung des Beitragssatzeffektes in der SPV im Jahr 2017 wurden die BPE-Schätzungen des GKV-Schätzerkreises vom 15.10.2014 für das Jahr 2015 verwendet und bis zum 2017 fortgeschrieben.<sup>18</sup>

7. Zu den direkten Überleitungskosten durch den Übergang des Bestands an Pflegebedürftigen von den Pflegestufen in die Pflegegrade wurden die Bestandsschutzkosten addiert.

Diese würden im ambulanten Leistungsbereich, also für das Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungen, dann entstehen, wenn der neue monatliche Leistungsbetrag nach der Überleitung unter dem bisherigen Leistungsbetrag liegen würde. Da jedoch hier für alle Pflegebedürftigen des Bestands die neuen Leistungsbeträge immer mindestens so hoch sind wie die bisherigen, entstehen im Bereich der ambulanten Leistungen keine Bestandsschutzkosten.

---

<sup>17</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014), S. 60 f.

<sup>18</sup> Vgl. BVA (2014).

Im stationären Leistungsbereich sieht der Gesetzgeber nach dem § 141 Abs. 3 SGB XI des Kabinettsentwurfs des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes einen abweichenden Algorithmus für die Ermittlung der Höhe der Bestandsschutzleistungen vor. Grundlage einer Bestandsschutzzahlung ist hier eine positive Differenz zwischen den Eigenanteilen für stationäre Pflege im Monat nach und vor dem Übergang von Pflegestufen in Pflegegrade.

Gleichzeitig sieht der Kabinettsentwurf in seiner Version des § 92c Satz 4 SGB XI ab dem 1.1.2017 einrichtungseinheitliche Eigenanteile vor, die also nicht mehr wie bisher je nach Pflegestufe variieren.

Bezüglich der Höhe der einrichtungsindividuellen Pflegesätze je Pflegegrad verweist der Gesetzesentwurf auf von den zuständigen Verhandlungspartnern, also den Leistungsträgern und den Trägern der Pflegeheime, neu zu vereinbarende Pflegesätze mit besonderem Hinweis auf die Pflegesatzkommission, die ein vereinfachtes Verfahren für die Überleitung bestimmen kann. Dabei soll diese das vom Gesetzgeber im Folgenden beschriebene alternative Überleitungsverfahren und vorauszusehende Kostensteigerungsraten berücksichtigen. Im Falle fehlender aktueller Abschlüsse sieht der Kabinettsentwurf nämlich im neuen § 92e SGB XI ein Umrechnungsverfahren in neue Pflegesätze für die Pflegegrade vor, basierend auf einer gleichbleibenden Summe aller Pflegesätze je Pflegeheim.

Wie auch in der Literatur festgestellt, dient das über das Zweite Pflegestärkungsgesetz einzuführende neue Begutachtungsassessment (NBA) zunächst zur Festlegung neuer Leistungsansprüche der Versicherten; der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jedoch nicht gleichzeitig automatisch in das Leistungserbringerrecht übersetzt. Insofern werden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene im Gesetzesentwurf des § 113c SGB XI auch mit Fristsetzung zum 30.6.2020 beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur qualitativen und quantitativen Bestimmung des Personalbedarfs in den Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu entwickeln und zu erproben.

Daraus lässt sich möglicherweise schließen, dass der Gesetzgeber zum 1.1.2017 nur eine begrenzte Anpassung der Pflegesätze anstrebt; es ist allerdings schwer prognostizierbar, wie das Verhandlungsergebnis über die Anpassung der Pflegesätze tatsächlich aussehen wird.

Zusammenfassend wirken also auf die Höhe der Kosten für einen möglichen Bestandsschutz im stationären Bereich drei Faktoren ein:

- Die Höhe der neuen Leistungsbeträge
- Die Vereinheitlichung der Eigenanteile in der stationären Pflege
- Die Höhe der zum 01.01.2017 zu vereinbarenden Pflegesätze in den neuen Pflegegraden

Während für die ersten beiden Faktoren Daten vorliegen, gestaltet sich die Prognose der Pflegesätze wie beschrieben unsicher. Bei der Berechnung der Kosten des stationären Bestandsschutzes wurden deshalb mehrere Varianten kalkuliert. In allen Varianten werden mit der BPE-Veränderungsrate fortgeschriebene durchschnittliche Pflegesätze aus 2013 für das Jahr 2016 verwendet und es wird eine durchschnittliche Belegung der Pflegeheime nach Pflegestufen basierend auf Daten der Pflegestatistik des Bundes 2013 angenommen. Aufgrund der prognostischen Unsicherheit wurden folgende Varianten simuliert:

- a. Annahme einer gleichbleibenden Summe der Pflegesätze wie in § 92e SGB XI
- b. Annahme der Steigerung der Summe der Pflegesätze um die BPE-Wachstumsrate
- c. Annahme der Steigerung der Pflegesätze relativ zu den Leistungssteigerungsraten für ambulante Sachleistungen
- d. Verwendung der Schätzung des BMG für die Bestandsschutzkosten in der SPV und Anwendung der entsprechenden Steigerungsrate auch auf die PPV. Da das BMG Schätzergebnisse mit 800 Mio. € nur über einen Vier-Jahres-Zeitraum angibt, wird in konservativer Schätzung für das erste Jahr eine Steigerung der Bestandsschutzkosten um 300 Mio. in der SPV angenommen. Dies entspricht einer Steigerung der Summe der Pflegesätze um ca. 5%.

In den folgenden Ergebnisdarstellungen wurden allerdings jeweils nur die Modellvarianten ausgewiesen, die bei der Bestandsschutzregelung die Annahme d enthielten. Die Ergebnisse der Simulation zu den Annahmen a bis c werden im Anhang gezeigt.

Zu beachten ist, dass der tatsächliche finanzielle Effekt der Überleitung und des neuen Begutachtungsverfahrens unter zusätzlicher Berücksichtigung von Bestandsveränderungen und sich verändernden Inanspruchnahmequoten aufgrund des durch das Pflegestärkungsgesetz 2 ebenfalls eingeführten, veränderten Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie

der Leistungsausweitungen in anderen Leistungsbereichen (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege usw.) höher ausfallen wird, als in diesem Dokument ausgewiesen.



## 4 Ergebnisse

Wie im Methodikkapitel beschrieben, wurde die Modellsimulation im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse umgesetzt. Die jeweiligen Modellvarianten ergeben sich aus den im Methodikkapitel unter den Punkten 3, 4 und 7 ausgewiesenen Annahmevariationen. Jede Modellvariante wird somit über eine entsprechende Kombination der im Methodikkapitel verwendeten Gruppierungs-Buchstaben definiert (Beispiel: Modell „abd“ für die PPV: **Annahme 1:** SPV-Verteilung der Leistungsarten für die PPV (a); **Annahme 2:** Kombinationsleistungsempfängerstruktur für SPV und PPV gemäß BMG-Statistik (b); **Annahme 3:** Verwendung der Schätzung des BMG für die Bestandsschutzkosten in der SPV und Anwendung der entsprechenden Steigerungsrate auch auf die PPV (d)). Aus Gründen der Übersichtlichkeit und aus Plausibilitätsgründen wurden nur die Modellvarianten ausgewiesen, die für die 3. Annahme die Ausprägung „d“ enthielten. Für die SPV-Modelle war die Annahme 1 (bzgl. der Leistungsartenverteilung) in der PPV unerheblich.

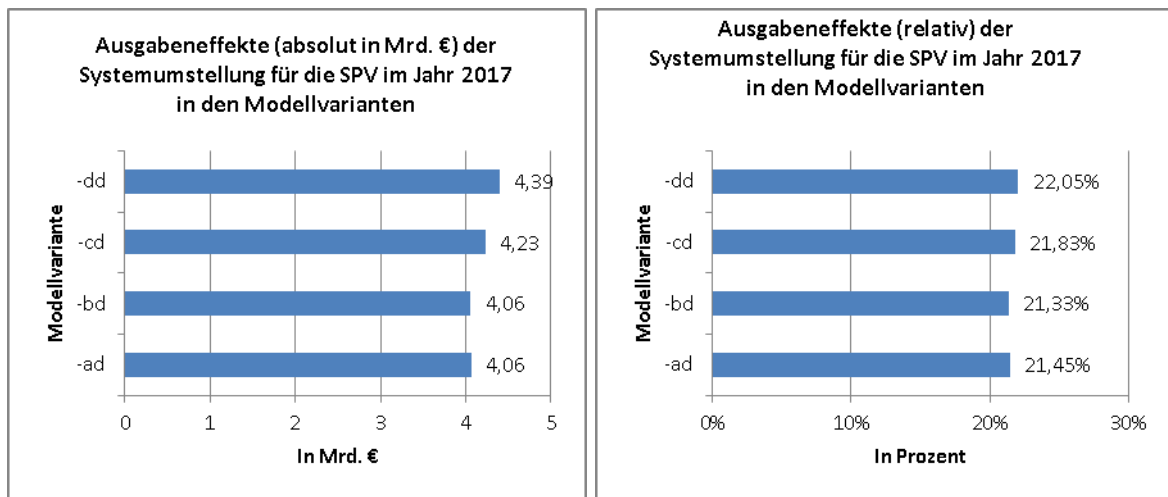
Die in der folgenden Tabelle I ausgewiesenen Modellvariationen werden mit Blick auf die Ergebnisse für die SPV und die PPV separat dargestellt. Für die SPV wurden letztlich vier, für die PPV acht verschiedene Modellvarianten umgesetzt und analysiert.

**Tabelle I: Modellvarianten SPV und PPV**

SPV-Modelle:	PPV-Modelle:
-ad, -bd, -cd, -dd	aad, abd, acd, add, bad, bbd, bcd, bdd

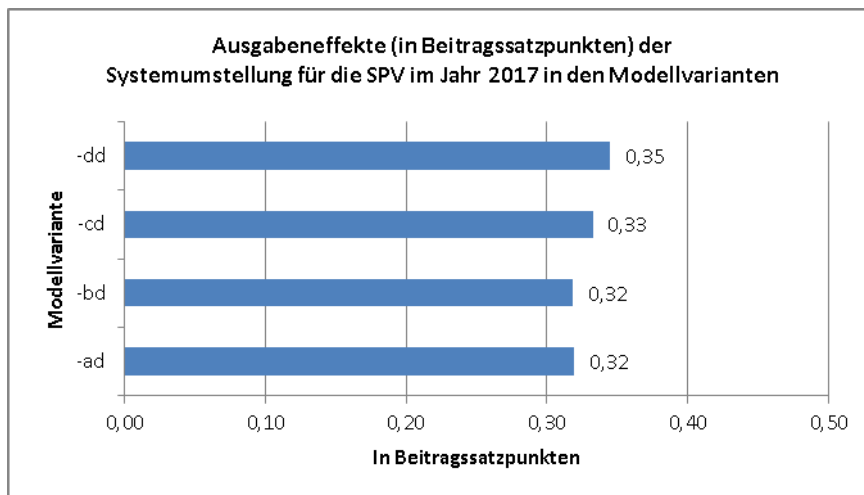
**Quelle: Eigene Berechnung.**

In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse der Modellvarianten für die SPV mit Blick auf die absoluten und die relativen Ausgabenanstiege sowie die entsprechenden Beitragssatzeffekte für 2017 dargestellt.

**Abbildung 1: Ausgabeneffekte der Systemumstellung (absolut und relativ) für die SPV**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Es zeigt sich, dass die formale Überleitung in die Pflegegrade in der SPV zu Mehrbelastungen von etwa 4,06 bis 4,39 Mrd. € führt, wovon 0,30 Mrd. € auf die Bestandsschutzregelung entfallen. Die Ausgaben in den relevanten Leistungsbereichen (Geldleistungen, ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflege) steigen somit – je nach Modellvariante – zwischen 21,33% und 22,05% an, was Beitragssatzeffekten zwischen 0,32 und 0,35 Beitragssatzpunkten entspricht (siehe Abbildung 2).

**Abbildung 2: Ausgabeneffekte in Beitragssatzpunkten für die SPV im Jahr 2017**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Im Folgenden werden die relevanten Kennzahlen für die SPV und die PPV gegenübergestellt. Dabei werden für eine bessere Vergleichbarkeit auch versichertenbezogene Kennzahlen ausgegeben. Es zeigt sich, dass der relative Effekt für die SPV und die PPV durch die Systemumstellung in einem vergleichbaren Rahmen liegt (SPV: 21,33% bis 22,05% und PPV: 21,18% bis 22,39%), aber die nominalen Ausgaben je PPV-Versicherten mit jährlich 145 bis

152 € inkl. der Beihilfebeträge bereits im Status quo nur etwa halb so hoch sind wie die entsprechenden Ausgaben je SPV-Versicherten mit 271 bis 286 €.<sup>19</sup> Auch nach Systemumstellung beträgt die Relation der Ausgabeniveaus von SPV zu PPV inkl. Berücksichtigung der Beihilfebeträge etwa 2:1 (siehe Tabelle 2). Die nominalen Ausgabenanstiege liegen in der SPV mit 58 bis 63 € je SPV-Versicherten deutlich höher als die in der PPV je PPV-Versicherten (inkl. Beihilfebeträge: 31 bis 34 €, exkl. Beihilfebeträge: 16 bis 17 €).

**Tabelle 2: Ausgabeneffekte durch die Systemumstellung für SPV und PPV (für die Kennzahlen werden jeweils Intervalle ausgewiesen, die sich auf Basis der unterschiedlichen Modellvarianten ergeben)**

Kennzahlen	SPV	PPV (inkl. Beihilfe)	PPV (exkl. Beihilfe)
Ausgaben 2015	18,94 - 19,93 Mrd. €	1,37-1,45 Mrd. €	0,72 Mrd. €* <sup>20</sup>
Ausgaben 2017	23,00-24,33 Mrd. €	1,67-1,78 Mrd. €	0,87-0,88 Mrd. €
Effekt in Mrd. €	4,06-4,39 Mrd. €	0,29-0,32 Mrd.€	0,15-0,16 Mrd. €
Beitragsatzeffekt SPV (2017)	0,32-0,35	-	-
Versichertenzahlen 2013 <sup>20</sup>	69.810.000	9.490.000	9.490.000
Ausgaben je Versicherten 2015	271-286 €	145-153 €	76 €
Ausgaben je Versicherten 2017	329-348 €	176-187 €	92-93 €
Anstieg in Euro je Versicherten	58-63 €	31-34 €	16-17 €
Anstieg in %	21,33%-22,05%	21,18%-22,39%	21,18%-22,39%

**Quelle: Eigene Berechnungen.\*Für die Ausgabenschätzung im Jahr 2015 der PPV exkl. der Beihilfebeträge wurde nur eine Modellvariante, die sich bzgl. der Schätzung in der Mitte aller Modellvarianten befindet, ausgewiesen, da sich der Schwankungsbereich der verschiedenen Modellvariationen auf sehr niedrigem Niveau bewegte.**

<sup>19</sup> Es werden hier für die PPV nur jährliche Leistungsausgaben je Versicherter ausgewiesen. Bei der Prognose der Reformfolgen für die Prämienhöhe in der PPV müsste der Effekt der Leistungsverbesserung auf die anzupassende Alterungsrückstellung mit einbezogen werden. Diese Belastung der Prämie gilt jedoch nicht für den von der Beihilfe finanzierten Teil der Leistungssteigerung.

<sup>20</sup> Vgl. für SPV-Zahlen: BMG (2014); vgl. für PPV-Zahlen: BMG (2015c).

## 5 Limitationen

In den Analysen sind keinerlei "Bestandsveränderungen" berücksichtigt. Im Rahmen der formalen Überleitung und der neuen Begutachtungssystematik könnten vermehrt Folgeeinschätzungen beantragt werden. Zudem werden durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff weitere Pflegebedürftige leistungsberechtigt, welche hier unberücksichtigt bleiben. Des Weiteren wurden keine Leistungsänderungen in anderen Leistungsbereichen (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege usw.) in die Analysen implementiert. Aufgrund der lückenhaften Datenlage insbesondere der PPV mussten teilweise Sachverhalte der SPV auch für die PPV angenommen werden, was die Analyseergebnisse ebenfalls verzerren kann. Für die SPV mussten für die Differenzierung in Personen „mit EA“ und „ohne EA“ in einigen Leistungsarten Anteile basierend auf Routinedaten des WIdO genutzt werden. Für die Definition der Leistungsartenverteilung innerhalb der Kombinationsleistungsempfänger wurden sowohl für die SPV als auch für die PPV verschiedene Annahmen im Rahmen von Sensitivitätsanalysen getroffen und dargestellt, um die Stabilität der Modellergebnisse zu prüfen und die Varianz der zu erwartenden Ausgabeneffekte adäquat abzubilden. Unabhängig der Annahmevariationen in Form der Sensitivitätsanalysen wurden noch weitere (aber mit Blick auf die Ergebnisvalidität weniger ausschlaggebende bzw. relevante) Annahmen bezüglich einzelner Datenlücken und Datenmängel getroffen, die an dieser Stelle nicht einzeln aufgeführt werden.

## 6 Schlussfolgerung

Auf Basis der vorliegenden Analysen ist erkennbar, welche finanziellen Mehrbelastungen die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen neuen Leistungshöhen für die SPV und die PPV mit sich bringen. Der Gesamteffekt der formalen Überleitung in Pflegegrade für die Hauptleistungsbereiche Geldleistungen, ambulante Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Leistungen sorgt in der SPV für eine Mehrbelastung von 4,06 bis 4,39 Mrd. € jährlich, wobei allein etwa 0,30 Mrd. € auf die Bestandsschutzregelung im stationären Bereich zurückzuführen ist. Die Beitragssatzeffekte in der SPV liegen bei 0,32 bis 0,35 Prozentpunkten. Durch die zusätzliche Berücksichtigung der weiteren Leistungsbereiche (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege usw.) und die durch die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwartenden Anträge einer Erstbewertung und Folgebewertung wird der finanzielle Gesamteffekt noch höher ausfallen und damit vermutlich mit der im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegegrade geplanten Beitragssatzerhöhung um weitere 0,2 Prozentpunkte nicht gedeckt werden können. Ein Rückgriff auf die Rücklagen der SPV ist daher zwingend.

Die Schätzung des Ausgabeneffektes für die PPV ist mit großen Unsicherheiten behaftet, da hier erhebliche Datenlücken bestehen. Werden diese mit plausiblen Annahmen im Rahmen der vorgenommenen Sensitivitätsanalysen geschlossen, ergibt sich, dass die prozentuale Ausgabensteigerung durch die Pflegereform in der PPV ungefähr in der gleichen Größenordnung ist wie in der SPV. Sie setzt allerdings auf eine erhebliche geringere Ausgabenbasis auf: obwohl rd. 12% der Pflegeversicherten in der PPV ihrer Pflicht zur Versicherung gegen das Pflegekostenrisiko nachkommen<sup>21</sup>, entfallen nur ca. 3,5 Prozent der Aufwendungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf die PPV. Allerdings sind in den 3,5% die Beihilfezuschüsse als Ausgaben nicht mitberücksichtigt; werden diese berücksichtigt, ergibt sich ein Anteil von 6,8 Prozent. Dieser geringere Anteil der PPV-Versicherten liegt einerseits in der jüngeren Altersstruktur der PPV-Versicherten, andererseits in einer geringeren Pflegefallwahrscheinlichkeit in den jeweiligen Altern begründet – wobei eine genaue Trennung der beiden Effekte aufgrund der Probleme in der Datenlage nicht möglich ist.

---

<sup>21</sup> Vgl. für SPV-Zahlen: BMG (2014); vgl. für PPV-Zahlen: BMG (2015c).

## 7 Literaturverzeichnis

Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013). "Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013." URL:  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger\\_Art\\_Pflegestufen/2013\\_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Art_Pflegestufen/2013_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen.pdf). Zuletzt zugegriffen am 9.11.2015.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014). "Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung." URL:  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_Fakten\\_05-2014.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_Fakten_05-2014.pdf). Zuletzt zugegriffen am 9.11.2015.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015a). "Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung." URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>. Zuletzt zugegriffen am 9.11.2015.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015b). Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015c). "Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung." URL:  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_03-2015.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_03-2015.pdf). Zuletzt zugegriffen am 09.11.2015.

Bundesversicherungsamt (BVA) (2014). "Schätztableau des GKV-Schätzerkreises." URL:  
<http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/S>

chaetzerkreis/20141015\_Schaetztableau\_Endfassung.pdf. Zuletzt zugegriffen am 09.11.2015.

Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013).  
Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen  
Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Medicproof (2014). Tätigkeitsbereich 2013. Köln.

Rothgang, H. (2010). "Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und  
Privater Pflegepflichtversicherung." Gesundheitswesen **72**: 154-160.

Rothgang, H./Kaltwitzki, T./Mundhenk, R. (2014). Berechnungen zu den Finanzwirkungen  
einer großen Pflegereform gemäß den Vorschlägen des Sozialverbandes VdK  
Deutschland. Gutachten im Auftrag des Sozialverbandes VdK Deutschland.

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2014). Zahlenbericht der Privaten  
Krankenversicherung 2013. Köln.

Walendzik, A./Lux, G./van der Linde, K./Wasem, J. (2015). Datenlage in der Gesetzlichen  
Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung) -  
Diskussionspapier. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 214. Essen.

## Anhang

In den beiden unteren Varianten a und b wird die Bestandsschutzregelung nur bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen der bisherigen Pflegestufe I wirksam. Es ergeben sich die in Tabelle 1 abgebildeten Beträge.

**Tabelle 3: Bestandsschutzkosten für stationär versorgte Pflegebedürftige Variante a und b im Jahr**

	Variante a: konstante Summe der Pflegesätze in Mio. €		Variante b: Steigerung der Summe der Pflegesätze um 1,32% p. a. in Mio. €	
	SPV	PPV	SPV	PPV
Bestandsschutzkosten (für Pflegestufe I)	24,01	1,61	97,03	6,50

**Quelle: Eigene Berechnungen.**

Nimmt man entsprechend der Annahme c eine Steigerung der Pflegesätze analog zu der Steigerung der ambulanten Sachleistungen an, ergeben sich wesentlich höhere Bestandsschutzkosten, die die stationär versorgten Pflegebedürftigen aller bisherigen Pflegestufen betreffen würden, wie in Tabelle 2 gezeigt.

**Tabelle 4: Bestandsschutzkosten für stationär versorgte Pflegebedürftige Variante c im Jahr**

Bestandsschutzkosten	SPV in Mio. €	PPV in Mio. €
Pflegestufe 1	1.593,71	106,79
Pflegestufe 2	1.061,57	78,11
Pflegestufe 3	178,73	13,53
Insgesamt	2.834,00	198,43

**Quelle: Eigene Berechnungen.**

Aus den großen Differenzen in den prognostizierten Beträgen ergibt sich unmittelbar, dass die Bestandsschutzkosten schwer prognostizierbar sind. Dies führte wie oben beschrieben in der Gesamtsimulation zur Verwendung der Variante d: Bei der Berechnung der Gesetzesfolgen geht der Gesetzgeber von Bestandsschutzkosten für die SPV von ca. 800 Mio. € über vier Jahre aus.<sup>22</sup> Bei einer Erhöhung der Pflegesätze um ca. 4-6% würde sich im Übergangsjahr ein Bestandsschutzbetrag von ca. 240 bis 350 Mio. € aus dem Bestandsschutz der stationär betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich in Pflegestufe I ergeben. Da eine genauere Schätzung nicht möglich ist, soll in Anlehnung an die Schätzung im Kabinettsentwurf für die SPV ein Bestandsschutzbetrag von 300 Mio. € im Übergangsjahr

<sup>22</sup> Vgl. BMG (2015b).



angenommen werden, was einer Erhöhung der Pflegesätze um ca. 5% entsprechen würde. Hierdurch würde für die PPV-Versicherten ein Bestandsschutzbetrag von ca. 20 Mio. € ausgelöst.

# IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)  
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

