ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Arentz, Christine

Research Report

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

WIP-Analyse, No. 2/2019

Provided in Cooperation with:
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Arentz, Christine (2019) : Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse, No. 2/2019, ISBN 978-3-9818269-6-8, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/273207

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WIP-Analyse 2/2019

WIP
Wissenschaftliches
Institut der PKV

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Christine Arentz

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

April 2019

ISBN 978-3-9818269-6-8

Inhalt

1. Einführung ... 3

2. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ... 4

3. Beschreibung des Grundmodells für die Simulation mit dem Basisjahr 2017 ... 6

3.1 Herleitung der altersabhängigen Beitragszahlung ... 6

3.2 Ermittlung der altersabhängigen Pflegeausgaben ... 7

4. Mögliche Entwicklungspfade der SPV-Finanzierung ... 9

4.1 Szenario ohne Kostendruck ... 12

4.2 Szenario mit Kostendruck ... 13

5. Einflussfaktoren auf die Finanzierung der Pflegeversicherung ... 15

5.1 Faktoren auf der Einnahmenseite ... 15

5.2 Faktoren auf der Ausgabenseite ... 17

6. Diskussion und Fazit ... 19

Literaturverzeichnis ... 21

WIP-Veröffentlichungen seit 2012 ... 23

1. Einführung

In den letzten 10 Jahren wurden in der deutschen Pflegeversicherung wiederholt Leistungsausweitungen beschlossen.[1] Insbesondere im Zuge der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Umstellung von drei auf fünf Pflegegrade ist es zu einer deutlich höheren Leistungsinanspruchnahme gekommen. Trotz der schon in den letzten Jahren wiederholten Beitragssatzanhebungen verzeichnet die Soziale Pflegeversicherung (SPV) seit 2017 ein Defizit (2,4 Mrd. Euro). Für 2018 soll dieses Defizit auf 3,5 Mrd. Euro angewachsen sein.[2] In 2019 ist der Beitrag für die SPV daher auf 3,05 % bzw. 3,3 % für Kinderlose erhöht worden. Zudem sind weitere Verbesserungen in der Pflege geplant, insbesondere verbesserte Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, die ebenfalls finanziert werden müssen.

Die wiederholten Beitragssatzanhebungen fanden in einem wirtschaftlich sehr positiven Umfeld und noch vor den anstehenden einschneidenden demografischen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur statt. Die Baby-Boomer Generationen stehen noch im Arbeitsleben und sind Nettozahler in der Pflegeversicherung. Rücken diese hingegen in den kommenden Jahren in Altersgruppen vor, die geringere Einnahmen generieren und gleichzeitig eine höhere Pflegefallwahrscheinlichkeit aufweisen, werden sie zu Nettoempfängern in der SPV. Bei einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von potentiellen Beitragszahlern wird es auch bei unverändertem Leistungskatalog zu steigenden Beitragssätzen kommen müssen.[3]

Um zu verdeutlichen, welche Auswirkungen die Demografie und Leistungsausdehnungen auf die Finanzierung der SPV haben könnten, wird in der vorliegenden Arbeit ein Modell entwickelt, das auf bestimmten Annahmen zur Versicherten-, Beitrags- und Ausgabenentwicklung basiert (vgl. Kapitel 3). Innerhalb dieses Modells werden verschiedene Szenarien berechnet, um die Bandbreite möglicher Entwicklungen zu verdeutlichen.[4]

Um die Wirkung der Demografie zu veranschaulichen, wird in einem ersten Schritt angenommen, dass kein Kostendruck im System herrscht, die Ausgabenentwicklung also wie die Einnahmenentwicklung verläuft.

Betrachtet man jedoch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und die Entwicklung der Ausgaben pro Kopf in der SPV in der Vergangenheit, so liegen die durchschnittlichen Wachstumsraten für die Ausgaben höher als die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied. Dies gilt sowohl für die letzten 10 als auch für die letzten 20 Jahre. Aus der Differenz zwischen der Entwicklung der Einnahmenbasis und der Ausgaben entsteht ein erheblicher Kostendruck im System. Um darzustellen, wie sich dieser Kostendruck auf die Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung auswirken würde, werden in der vorliegenden Arbeit neben dem Szenario ohne Differenz zwischen dem Einnahmen- und Ausgabenwachstum auch Szenarien berechnet, in denen – wie in der Vergangenheit – das durchschnittliche Wachstum der Ausgaben und Einnahmen differiert.

Die vorliegende Simulation soll damit neben der Wirkung der Demografie auch verdeutlichen, in welcher Größenordnung sich die Beitragssätze der SPV bewegen würden, wenn weiterhin Kostendruck im System angelegt wäre.

1 2008: Pflegeweiterentwicklungsgesetz: Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeiträge und des Pflegegelds, Beschluss, die Pflegeleistungen ab 2015 mit den Lebenshaltungskosten weiterzuentwickeln. 2012: Pflegeneuausrichtungsgesetz: Leistungsverbesserungen für Demenzerkrankte, Förderung alternativer Wohnformen; ab 2015 Pflegestärkungsgesetze I-III: Erhöhung der Leistungsbeträge, Beschluss eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einhergehender Ausweitung der Pflegegrade von 3 auf 5.

2 Bericht im Deutschen Ärzteblatt vom 1. März 2019 unter Berufung auf eine Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine Anfrage der Linken-Fraktion, abgerufen am 18.04.19 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101386/Pflegeversicherung-verzeichnet-Defizit-von-3-5-Milliarden-Euro. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war die Kleine Anfrage noch nicht öffentlich verfügbar.

3 Vgl. hierzu auch Berechnungen von Niehaus (2015), Gasche/Rausch (2016), Kochskämper (2017).

4 Die vorliegende Studie basiert, insbesondere was die Modellierung betrifft, auf der Vorgehensweise in Arentz/Ulrich (2017). Außerdem wurden Textbausteine aus dieser Arbeit übernommen.

2. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Seit 1995 sind alle Bürger in Deutschland verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung folgt in der Regel der Krankenversicherung, so dass gesetzlich Krankenversicherte in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und Privatversicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.[5]

Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 €/Monat) sind in der SPV beitragsfrei mitversichert. 2017 hatte die Soziale Pflegeversicherung 72,3 Millionen Versicherte, davon 56 Millionen zahlende Mitglieder.[6]

Die Finanzierung der SPV erfolgt im Umlageverfahren über einkommensabhängige Beiträge. Der Beitragssatz wird für Arbeitnehmer paritätisch und damit jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer abgeführt.[7] Rentner tragen den Beitragssatz für die SPV allein. Es wird ein Aufschlag von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Erwachsene ab der Vollendung des 23. Lebensjahrs erhoben (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Aktuell liegen die Beiträge bei 3,05 % für Erwachsene mit Kindern und bei 3,3 % für Kinderlose. Die Beiträge werden nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2019: 54.450 €/Jahr) entrichtet. Alle darüber liegenden Einkünfte werden nicht mehr verbeitragt.

Seit dem 1.1.2015 werden 0,1 Prozentpunkte der Beitragseinnahmen dem sog. Pflegevorsorgefonds, der von der Bundesbank verwaltet wird, zugeführt. Der Fonds soll ab dem Jahr 2035 die durch die Demografie erwarteten Beitragssatzsteigerungen abfedern.[8]

Tabelle 1: Durchschnittliche monatliche Sätze in vollstationären Einrichtungen ohne Ausbildungsvergütung und ohne Sondereinrichtungen 2019

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil Pflegekosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Gesamt
627 Euro	431 Euro	294 Euro	435 Euro	**1.787 Euro**

Quelle: Auswertung der Pflegedatenbank des PKV-Verbandes.

Da die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ ausgestaltet ist, müssen Pflegebedürftige zusätzlich zu den Pflegeversicherungsbeiträgen Eigenanteile im Pflegefall tragen. Im stationären Bereich setzen sich diese aus dem Eigenanteil an den Pflegekosten und den Kosten für die Unterbringung und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie den Investitionskosten zusammen. Im Bundesdurchschnitt betragen diese Eigenanteile in 2019 ca. 627 Euro für die Pflegekosten, 431 Euro für die Unterkunft, 294 Euro für die Verpflegung und 435 Euro für die Investitionskosten. In der Summe sind im Bundes-

5 Freiwillig in der GKV Versicherte sind in der SPV zunächst versicherungspflichtig, können aber innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht einen Antrag auf Befreiung von dieser Versicherungspflicht stellen. Hierfür genügt der Nachweis, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind. Die abgesicherten Leistungen müssen nach Art und Umfang den Leistungen des Sozialen Pflegeversicherung gleichgestellt sein (§ 22 SGB XI).

6 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt abgerufen am 18.7.2018. Aktuellere Zahlen liegen noch nicht vor.

7 Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung. Zudem ist in einem lohnzentrierten System auch der Arbeitgeberanteil aus der Wertschöpfung des Arbeitnehmers zu finanzieren, so dass auf die Gesamtbelastung ankommt.

8 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html#c1188, zuletzt abgerufen am 24.7.2018.

durchschnitt 1.787 Euro von den Versicherten selbst zu tragen (vgl. Tabelle 1). Allerdings variieren diese Eigenanteile je nach Bundesland erheblich. So bewegen sich die Eigenanteile nur für die Pflegekosten zwischen 301 Euro in Thüringen und 883 Euro in Baden-Württemberg. Betrachtet man die Gesamtsumme, so variieren die Eigenanteile zwischen 1.184 Euro in Sachsen und über 2.200 Euro in Nordrhein-Westfalen.[9]

9 Zahlen ohne Ausbildungszuschläge und ohne Sondereinrichtungen. Werden diese noch berücksichtigt, steigt bspw. der Eigenanteil für die Pflegekosten auf durchschnittlich 734 Euro. Quelle: Auswertung der Pflegedatenbank des PKV-Verbands https://www.pflegeberatung.de/meine-pflegesuche.html.

3. Beschreibung des Grundmodells für die Simulation mit dem Basisjahr 2017

Als Grundlage für die Simulation der zukünftigen Finanzierungssituation in der Sozialen Pflegeversicherung werden Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen und den Ausgaben der SPV benötigt. Im Folgenden werden kurz die Datengrundlagen beschrieben, die für die Simulation verwendet werden.[10]

3.1 Herleitung der altersabhängigen Beitragszahlung

Über die Höhe der Beitragszahlungen im Lebensverlauf liegen für die SPV keine direkt verfügbaren Daten vor. Daher werden für die vorliegende Analyse Querschnittsprofile aus den Daten der Deutschen Rentenversicherung konstruiert.[11]

Diese altersabhängigen Beitragszahlungen beziehen sich nur auf abhängig Beschäftigte, da keine Daten zu den altersabhängigen Einkommen von Selbständigen vorliegen. Bei den abhängig Beschäftigten wird sowohl der vom Arbeitnehmer als auch der vom Arbeitgeber gezahlte Anteil berücksichtigt. Dies erscheint sinnvoll, da auch der Arbeitgeberanteil vom Angestellten erwirtschaftet werden muss.

In den Daten der Deutschen Rentenversicherung werden die von den Rentenversicherten erzielten Jahresentgelte in 2.500 € Schritten für einzelne Altersklassen für das gesamte Bundesgebiet differenziert nach Geschlecht ausgewiesen. Daraus lassen sich für jedes Alter und Geschlecht die durchschnittlichen Jahresentgelte für Gesamtdeutschland berechnen.

Sollen die Daten der Rentenversicherung auf die SPV übertragen werden, müssen die Unterschiede der beiden Systeme beachtet werden. Im Gegensatz zur SPV gibt es in der Rentenversicherung keine Versicherungspflichtgrenze, sondern nahezu alle Arbeitnehmer – ob Angestellte oder Arbeiter – sind in der Rentenversicherung pflichtversichert.[12] Die Versicherungspflichtgrenze in der SPV lag 2017 bei 57.600 €.

Nach Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes von 2013 waren 914.994 Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in der PKV, die rentenversicherungspflichtig sind.[13] Es wird angenommen, dass auch 2017 in etwa diese Zahl an Personen in der Rentenversicherungsstatistik enthalten ist, aber in der PKV bzw. PPV versichert ist und damit für die Berechnung der SPV-Einnahmen herausgerechnet werden muss. Abgeleitet aus den Rentenversicherungsdaten in Kombination mit der Versicherungspflichtgrenze 2017 für die SPV ergeben sich etwa 4 Millionen Personen in der Rentenversicherung, die ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze der SPV erzielten.[14] Nach dem sich so ergebenden Verhältnis wird die Versichertenzahl der Rentenversicherung bei den Personen, die über der Versicherungspflichtgrenze der SPV verdienen, um 22 % reduziert. Die restlichen Versicherten werden der SPV zugeordnet.

Berücksichtigt wird zudem die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV von 52.200 € im Jahr 2017. Für die Beitragsberechnung werden nur Einkommen bis zu dieser Grenze herangezogen.

Um einen durchschnittlichen SPV-Versicherten mit seinen beitragspflichtigen Einnahmen abzubilden, muss zusätzlich beachtet werden, dass in der SPV nicht nur Erwerbstätige versichert, sondern auch Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert sind. Diesen Personen ist kein Einkommen zuzuordnen,

10 Für eine detaillierte Darstellung der Vorgehensweise siehe Arentz/Ulrich (2017) und Niehaus (2013).

11 Quelle für die Daten ist das Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (statistik-rente.de): Aktiv Versicherte, Beschäftige ohne Beitragsbesonderheiten im Berichtszeitraum (Alter, erzielte Jahresentgelte, Zeiten).

12 Einzelne Gruppen, wie z. B. Rechtsanwälte, können sich in einem eigenen Versorgungswerk versichern.

13 Eigene Auswertung der EVS (2013).

14 Eigene Berechnung auf Basis der Rentenversicherungsstatistik.

auf das Beiträge erhoben werden können. Die so erforderliche Korrektur der beitragspflichtigen Einnahmen ist mit Hilfe der Mitgliederstatistik KM 6 des Gesundheitsministeriums und der dort angegebenen altersabhängigen Mitversichertenanteile möglich. Dadurch, dass diese Mitversicherten keine beitragspflichtigen Einnahmen erzielen, reduzieren sie die Durchschnittsentgelte und führen zu einem geringeren Verlauf der Beitragsprofile. Zugrunde gelegt wird die Mitgliederstruktur von 2017.

Aus dem bisherigen Vorgehen ergeben sich die durchschnittlichen Beitragszahlungen bis zum Alter 67.[15] Aber auch Rentner führen Beiträge an die SPV ab, diese tragen sie allein.

Zusätzlich sind auf Betriebs- und Zusatzrenten ebenfalls Beiträge zu zahlen. Für das Jahr 2017 errechnen sich aus den verfügbaren Daten beitragspflichtige Einnahmen je Rentner von ca. 13.938,55 €.[16]

Dieser Durchschnittsbetrag teilt sich unterschiedlich auf Männer und Frauen auf. Um die geschlechtsspezifischen Beitragszahlungen abzuschätzen, werden Daten des Rentenversicherungsberichts 2018[17] herangezogen. Hier werden im Durchschnitt über die Geschlechter 11.383,20 € Gesamtrentenzahlung je Rentner im Jahr 2017 ausgewiesen. Damit besteht eine Lücke zu den Werten, die sich aus den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ergeben. Diese Lücke ist vor allem mit der Verbeitragung von Betriebsrenten und anderen rentenähnlichen Zahlungen zu erklären. Um diese Rentenzahlungen in die Berechnung einfließen zu lassen, werden bei beiden Geschlechtern die Werte gleichermaßen prozentual angehoben, und zwar in dem Maße, in dem die Daten des BMG im Schnitt über den Daten des Rentenversicherungsberichts für beide Geschlechter liegen. Durch dieses Vorgehen wird implizit unterstellt, dass sich die Höhe der Betriebsrenten auf Frauen und Männer genauso verteilen wie der Gesamtrentenzahlbetrag der gesetzlichen Rentenversicherung, der insbesondere bei Frauen auch die Witwenrente enthält. Es ist daher davon auszugehen, dass damit die Betriebsrenten der Frauen überschätzt und die der Männer unterschätzt werden.

Aufgrund der Nutzung der Rentenversicherungsdaten ergibt sich eine Abweichung der berechneten Summe der beitragspflichtigen Einnahmen zu den Angaben vom Bundesministerium für Gesundheit in 2017[18] (Abweichung von 2 Prozent). Die beitragspflichtigen Einnahmen nach Alter und Geschlecht werden daher im Modell mit einem Korrekturfaktor versehen, um in der Summe denselben Wert wie das Bundesministerium für Gesundheit zu erhalten.[19]

Zusätzlich werden in der Simulation die Einnahmen aus dem Pflegevorsorgefonds berücksichtigt. Für die Zukunft wird eine Verzinsung von 2,5 % p.a. angenommen.

3.2 Ermittlung der altersabhängigen Pflegeausgaben

Die durchschnittliche Höhe der Pflegeleistungen, die eine einzelne Person in Anspruch nimmt, ist altersabhängig. Die Kosten nach Alter liegen in den offiziellen Statistiken nicht für Altersjahre, sondern nur gruppiert vor. Für die hier vorliegende Simulation wurden die Pflegebedürftigen pro Altersgruppe ins Verhältnis zu den Versicherten dieser Altersgruppe gesetzt.[20] Damit erhält man annähernd die Pflege-

15 Das Renteneintrittsalter von 67 Jahren gilt erst für die Jahrgänge ab 1964. Zur Vereinfachung wird das Renteneintrittsalter von 67 aber in der vorliegenden Arbeit für alle Jahrgänge eingesetzt.

16 Beitragspflichtige Einnahmen der Rentner von 245 Mrd. Euro (Quelle: KV45 Statistik) dividiert durch die 17,6 Millionen Rentner (Quelle: KM6 Statistik).

17 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018), S. 18.

18 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017).

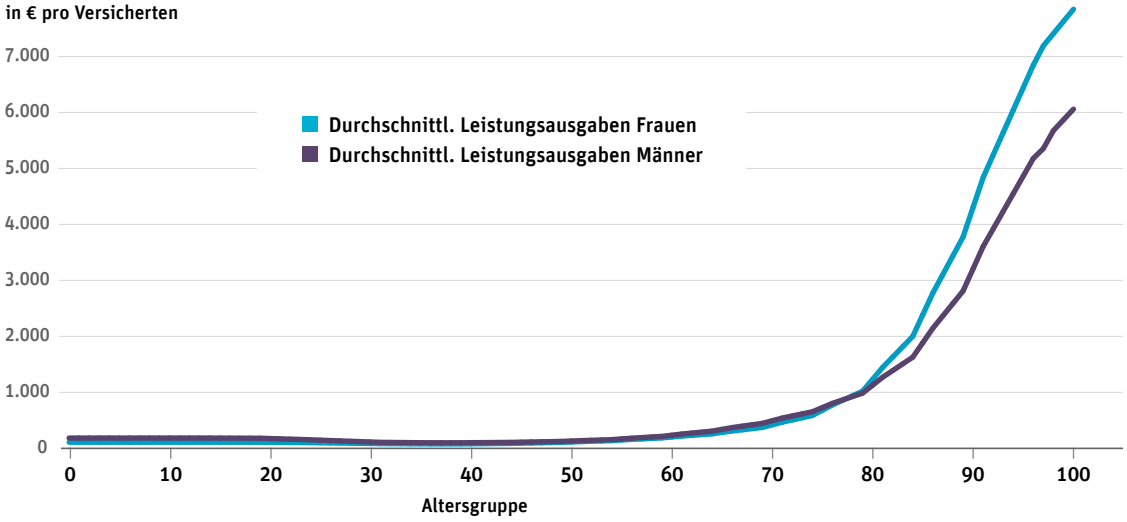
19 Durch die Übernahme der Daten aus der Rentenversicherung lässt sich zwar die richtige Summe an beitragspflichtigen Einnahmen errechnen, die innere Versichertenstruktur der SPV nach verschiedenen unterschiedlichen sozioökonomischen Merkmalen (ALG I, II –Empfänger, Arbeitnehmer in der Gleitzone, etc.) lässt sich dadurch jedoch nicht nachbilden. Dies ist für den Fokus dieser Arbeit jedoch nicht von Belang, weil die Einkommensumverteilungsströme hier nicht nachgebildet werden müssen.

20 Datengrundlage: „Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade“ und Versicherte der SPV. Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/insgesamt_2017.xls und https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt abgerufen am 18.7.2018.

fallwahrscheinlichkeit pro Altersgruppe. Diese wurde dann mit den Ausgaben pro Pflegebedürftigen der SPV in 2017 multipliziert.[21] Diese Vorgehensweise impliziert, dass die Pflegefallwahrscheinlichkeit und Struktur (ambulant/stationär) über den Simulationszeitraum konstant gehalten wird. Mögliche Veränderungen hin zu einem gesünderen Altern oder einer effizienteren und damit kostengünstigeren Versorgung werden über die Variierung des Fortschreibungsfaktors für das Ausgabenwachstum veranschaulicht.[22]

Abbildung 1 zeigt die aus den Daten des BMG errechneten Profile der altersabhängigen jährlichen Ausgaben nach Geschlecht differenziert.

Abbildung 1: Durchschnittliche Leistungsausgaben in der SPV in 2017 nach Altersgruppen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Bundesgesundheitsministeriums (Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade, KM6 Statistik). Für die Abbildung wurde ein gleitender Durchschnitt zur Glättung verwendet.

Die Verteilung der Kosten über den Lebenszyklus zeigt den starken Anstieg der Pflegeausgaben in höheren Altersklassen. In diesen Altersjahren sind deutlich mehr Menschen auf Hilfe angewiesen und verursachen entsprechende Kosten in der Pflegeversicherung. Während die Pflegefallwahrscheinlichkeit in den unteren Altersklassen für Frauen und Männer etwa gleich hoch ist, verursachen Frauen in den älteren Altersjahren deutlich höhere Kosten als Männer. Dies ergibt sich durch die höhere Pflegewahrscheinlichkeit und die größere Anzahl älterer Frauen in Folge ihrer höheren Lebenserwartung.

21 Vgl. zu den Ausgaben der SPV: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.xls, zuletzt abgerufen am 18.7.2018.

22 Eine Differenzierung bzw. Veränderungen der Pflegefallwahrscheinlichkeiten für einzelne Altersgruppen wird hier jedoch nicht vorgenommen.

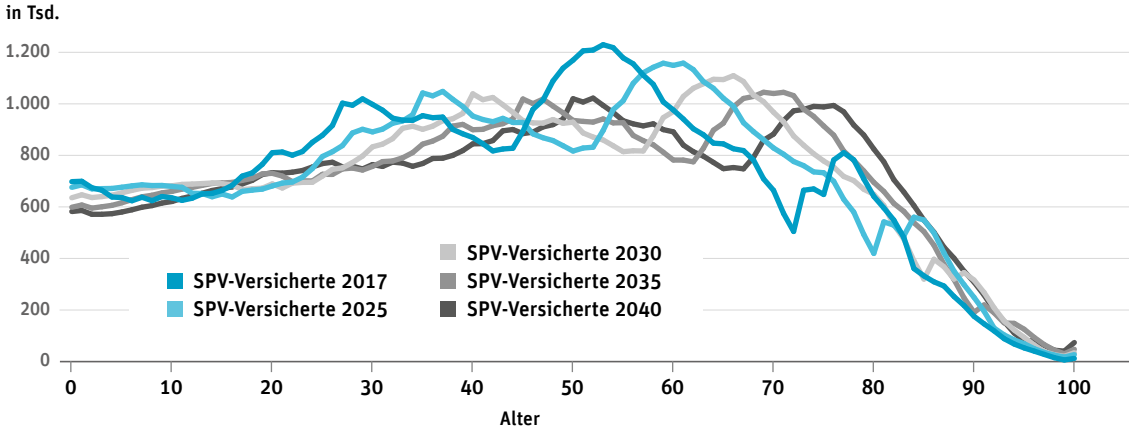
4. Mögliche Entwicklungspfade der SPV-Finanzierung

Derzeit verzeichnet die SPV trotz hohem Beschäftigungsstand und damit steigenden Beitragseinnahmen Defizite. Dabei entfalten die anstehenden demografischen Veränderungen in der umlagefinanzierten SPV derzeit noch keine starke Wirkung.

Grundlage für die Vorausberechnung der Finanzierung der SPV ist die Prognose der Versichertenzahlen. Hierfür wird die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in der Aktualisierung (Basis: 31.12.2015) herangezogen.[23] Anhand dieser Daten werden die jährlichen Veränderungsraten der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht berechnet und auf das SPV-Kollektiv übertragen. Da keine nach Altersjahren differenzierten Versichertenzahlen für die SPV vorliegen, wurden diese aus den vom Bundesversicherungsamt veröffentlichten Altersausgabenprofilen der GKV, das die Ausgaben der Versicherten in Pro-Tag-Werten ausweist, errechnet. Mit diesen Daten kommt es allerdings zu einer Unterschätzung der Zahl der 0-Jährigen, weil unterjährig Geborene nur anteilig in die Personenberechnung eingehen. Durch eine Verdopplung dieser Personengruppe wird eine Gleichverteilung der Geburtstermine über das Jahr angenommen. Die so berechneten SPV-Versicherten werden dann mit den jeweiligen jährlichen Veränderungsraten nach Alter und Geschlecht aus der Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben. Damit wird angenommen, dass sich das SPV-Kollektiv wie die Gesamtbevölkerung entwickelt.[24] Ferner wird unterstellt, dass die Mitgliederstruktur konstant bleibt.

Zugrunde gelegt wird die Variante der Bevölkerungsvorausberechnung G1-L1-W2015. Hier wird eine Geburtenrate von 1,5 Kinder pro Frau unterstellt, eine Lebenserwartung für Jungen, die 2060 geboren werden, von 84,7 Jahren und bei Mädchen von 88,6 Jahren. Für den Außenwanderungssaldo wird angenommen, dass er von 750.000 auf 200.000 Nettozuwanderer in 2021 sinkt und für den restlichen Projektionszeitraum konstant bleibt. Damit wird die Variante mit etwas höherer Zuwanderung zugrunde gelegt, um den in den letzten Jahren stark gestiegenen Zuzug von Migranten zu berücksichtigen.

Abbildung 2: Entwicklung der SPV-Versichertenzahlen bis 2040



Quelle: Eigene Berechnungen der Versichertenzahlen auf Basis des Bundesversicherungsamts (Bundesversicherungsamt, 2018) und der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2017).

In Abbildung 2 sind über die Jahre die Verschiebung der Babyboomer ins höhere Alter, eine starke Abnahme der SPV-Versicherten im erwerbsfähigen Alter und eine Zunahme der sehr Alten ersich-

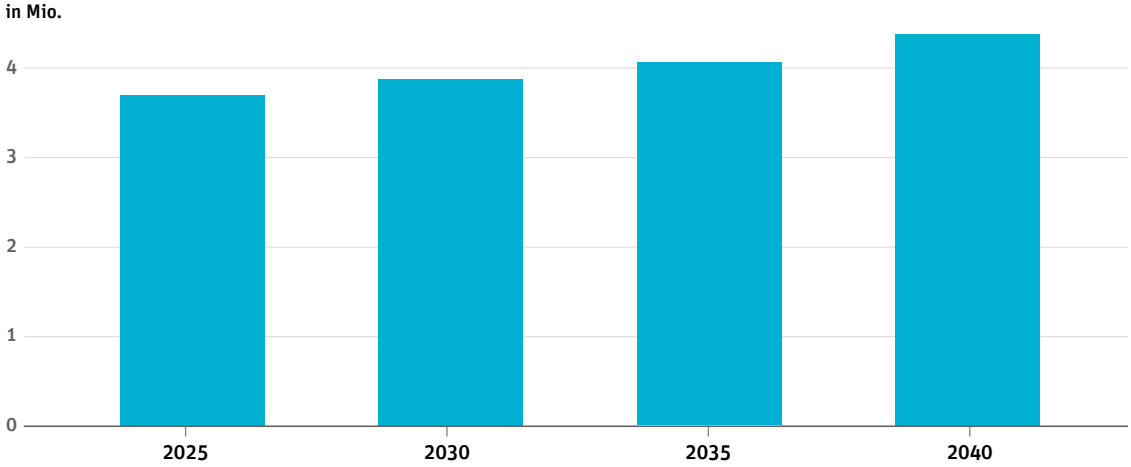
23 Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

24 Die Fortschreibung der Versicherten mit den Veränderungsraten der Gesamtbevölkerung aus der Prognose des Statistischen Bundesamts wird auch von Kochskämper (2017) so durchgeführt.

tlich. Die unterstellte Geburtenrate führt aufgrund der sinkenden Anzahl potentieller Mütter zu einer Abnahme der Geburtenzahl.

Anhand der Projektion der Versichertenzahlen lässt sich auch abschätzen, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen entwickeln wird. Bei gleichbleibender Pflegefallwahrscheinlichkeit[25] und konstanten sonstigen Rahmenbedingungen würde die Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 4,4 Millionen in 2040 ansteigen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen bei gleichbleibender Pflegefallwahrscheinlichkeit



Quelle: Eigene Berechnungen

Mit der Fortschreibung der Versichertenzahl lassen sich nun unterschiedliche Szenarien durchspielen, die zeigen, wie sich die SPV-Finanzierung unter verschiedenen Rahmenbedingungen weiterentwickeln wird. Im ersten Szenario wird unterstellt, dass sich die Einnahmen und Ausgaben im Einklang entwickeln. Dieses Szenario liefert Erkenntnisse über die Wirkung des demografischen Wandels, der, unabhängig von einem Kostendruck im System, beitragssteigernd wirkt. Verdeutlicht werden die Auswirkungen dieses Wandels auf den Beitragssatz in einem Zeitraum bis 2040. Bei diesen Beitragssatzszenarien wird auf einen durchschnittlichen Beitragssatz abgestellt, die Differenzierung zwischen Kinderlosen und Versicherten mit Kindern wird vernachlässigt, da es für die Aussagen dieser Analyse ausreicht, die Beitragssatztendenzen aufzuzeigen. Zusätzlich wird die Mitgliederstruktur der Frauen variiert, um zu zeigen, welche Beitragssatzwirkung von einer verstärkten Erwerbstätigkeit der Frauen ausgehen könnte. Hier wird nur die Wirkung auf der Einnahmenseite betrachtet, mögliche negative Auswirkungen auf die Ausgabenseite durch höhere Inanspruchnahme professioneller Pflege werden vernachlässigt. Damit ist dies ein sehr optimistisches Szenario.

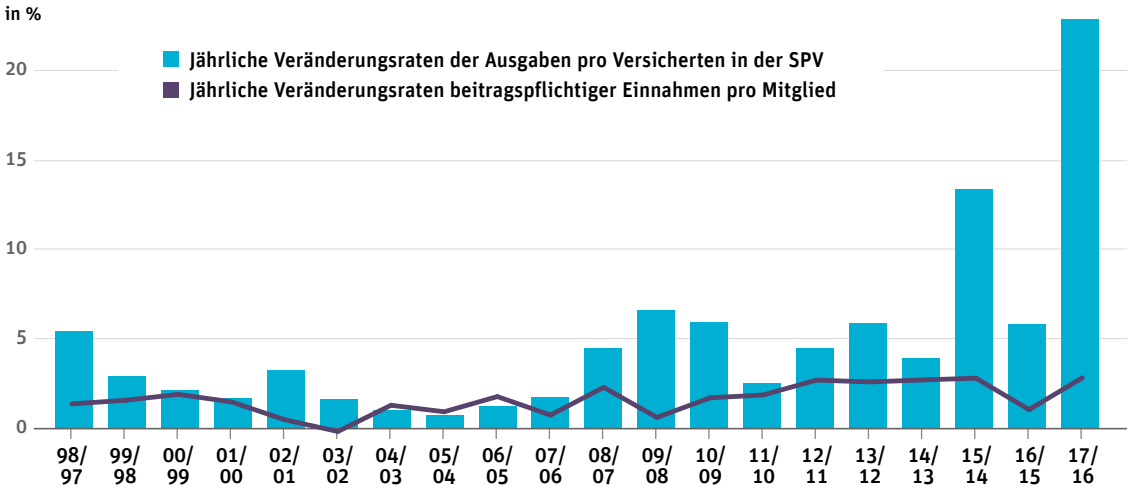
Ausschlaggebend für den Beitragssatz ist die Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Betrachtet man die letzten 20 Jahre vor dem in dieser Studie angesetzten Basisjahr 2017 lässt sich feststellen, dass die Ausgaben pro Jahr und pro Kopf deutlich stärker gestiegen sind als die beitragspflichtigen Einnahmen: Im Zeitraum 1997-2017 wuchsen die beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied um 1,6 % p.a., während die Ausgaben pro Kopf im Durchschnitt um 4,7 % p.a. zunahmen.[26] Im kürzeren Zeitraum von 2007-2017 ergeben sich Werte von 2,1 % p.a. für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und 7,4 % p.a. für die Ausgaben. Mithin ergibt sich eine noch deutlich höhere Spreizung zwischen Einnahmen und Ausgaben. Dabei verläuft die Ausgabensteigerung

25 Grundlage sind hier Daten von 2017.

26 Eigene Berechnung auf Basis der Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen beruhen auf den Daten aus der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit: Kennzahlen und Faustformeln, verschiedene Jahrgänge. Die Ausgaben pro Versicherten wurden anhand der Daten aus der Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung sowie der Mitgliederstatistik KM6 berechnet.

deutlich erratischer als die Einnahmensteigerung (vgl. Abbildung 4). Während es in manchen Jahren kaum Ausgabensteigerungen gab, kommt es in Einzeljahren zu zweistelligen Ausgabenzuwächsen (etwa 2015 zu 2014 oder 2017 zu 2016).

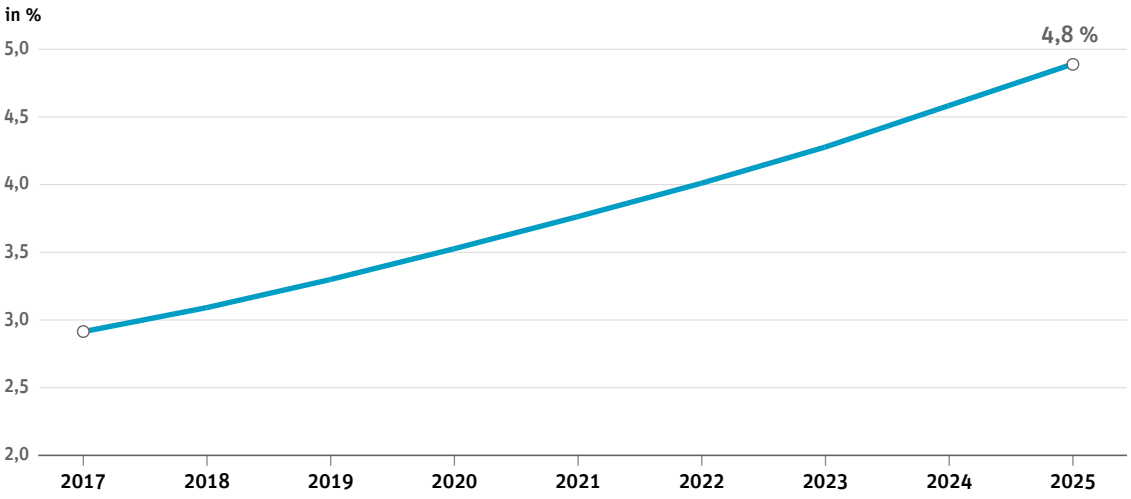
Abbildung 4: Jährliche Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Ausgaben pro Versicherten in der SPV



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Ausgaben (inkl. Verwaltungskosten) der SPV und der Versichertenzahlen (BMG; KM6 Statistik).

Würde man die durchschnittlichen Steigerungsraten von 2007-2017 für die Simulation zugrunde legen, ergäbe sich schon 2025 ein Beitragssatz von 4,85 % (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Beitragssatz bei Einnahmen- und Ausgabendynamik von 2007-2017



Quelle: Eigene Berechnungen.

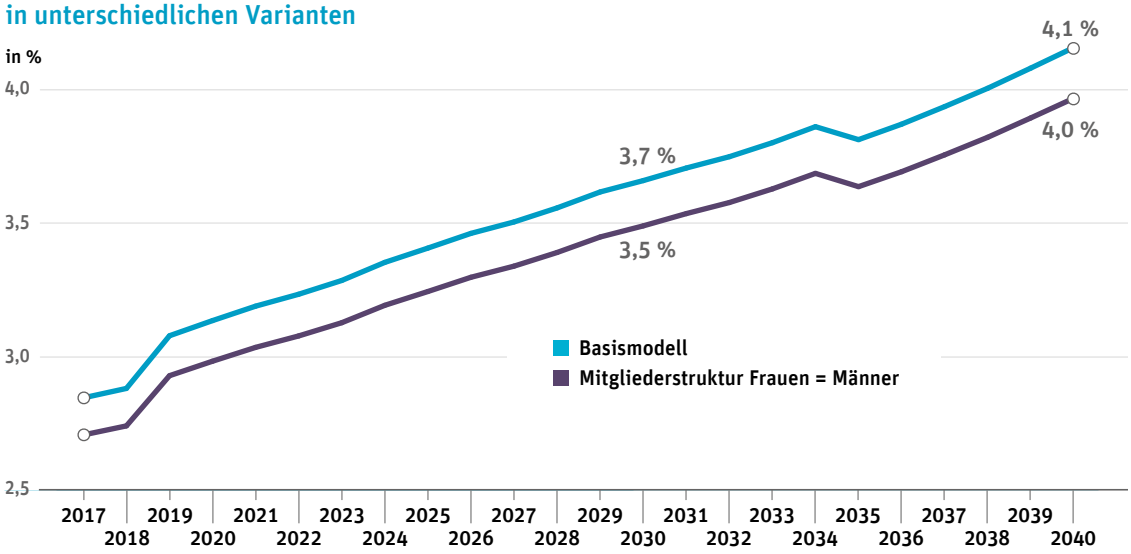
Die hohe Dynamik bei den Ausgaben ist auf die politisch beschlossenen Leistungsausdehnungen zurückzuführen, die für die Zukunft kaum vorherzusehen sind. Zudem ist angesichts der durch die demografischen Veränderungen zukünftig verringerten Finanzierungsspielräume unwahrscheinlich, dass die Wachstumsraten der Ausgaben der letzten Jahre auch in Zukunft so eintreten werden. Daher wird für die Ausgaben-/Einnahmendifferenz nicht auf diese Vergangenheitsdaten zurückgegriffen. Vielmehr wird ausgehend von der Wachstumsrate der Einnahmenbasis der letzten 10 Jahre die Differenz

zwischen Einnahmen und Ausgabenwachstum variiert, um aufzuzeigen, was eine stärkere oder schwächere Spreizung zwischen Einnahmenbasis und Ausgaben für Auswirkungen auf die Finanzierung der SPV hätte. Die vorliegende Simulation erhebt daher nicht den Anspruch, den tatsächlichen Beitragssatz prognostizieren zu können, sondern soll eine Bandbreite möglicher Beitragspfade in Abhängigkeit von der Höhe der Spreizung zwischen Einnahmen- und Ausgabenwachstum aufzeigen. Diese Differenz lässt sich dann durch politische Maßnahmen sowohl auf der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite beeinflussen.

4.1 Szenario ohne Kostendruck

Im ersten Szenario wird unterstellt, dass Ausgaben und Einnahmen mit derselben Rate wachsen, mithin kein Kostendruck im System angelegt ist. Hier ist also die Wirkung der demografischen Veränderungen auf die Finanzierung der Pflegeversicherung ersichtlich.

Abbildung 6: SPV-Beitragssatzentwicklung im Basisszenario bis 2040 in unterschiedlichen Varianten



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 6 zeigt den Verlauf des Beitragssatzes, der sich in diesem Szenario bis 2040 ergeben würde. Für das Startjahr wird berechnet, wie hoch der durchschnittliche Beitragssatz (für Kinderlose und mit Kindern) gewesen sein müsste, um die Ausgaben zu decken. Es werden also im Gegensatz zur Realität keine Defizite angenommen. Im Basismodell würde der zur Ausgabendeckung benötigte Beitragssatz von 2,85 % in 2017 auf knapp 3,7 % in 2030 und auf 4,1 % in 2040 ansteigen. Die Absenkung in 2035 liegt an der schrittweisen Auflösung der angesparten Demografiereserve. Man erkennt, dass der Einsatz der Reserve zu einem kurzfristigen Rückgang des Beitragssatzes führt, der Anstieg aber von diesem niedrigeren Niveau aus kontinuierlich weitergeht.

In Kapitel 4 wurde bereits der Einfluss der Erwerbstätigenquote auf die Finanzen der SPV thematisiert. Die höhere Erwerbstätigenquote der letzten Jahre ist insbesondere dem Umstand geschuldet, dass Frauen vermehrt einer Beschäftigung nachgehen (vgl. auch 5.1). Deshalb wurde hier auch modelliert, welcher beitragssatzsenkende Effekt auch in Zukunft von solchen Steigerungen in der Erwerbstätigkeit von Frauen ausgehen könnte. Dafür wird die – sehr optimistische – Annahme getroffen, dass Frauen in allen Altersgruppen dieselben Mitgliedsquoten aufweisen wie Männer.[27] Wie in Abbildung 6 ersichtlich, würde dies zu einem leichten Beitragssenkungseffekt gegenüber dem Basisszenario führen. Trotzdem

27 Da die Auswirkungen auf den Lohn unklar sind, werden dieselben Fraueneinkommen wie im Basismodell zugrunde gelegt.

kann auch in diesem sehr optimistischen Szenario ein Beitragssatzanstieg durch die Demografie nicht vermieden werden. Zudem ist es höchst fraglich, ob die Erwerbstätigkeit von Frauen noch deutlich über das heutige Niveau angehoben werden kann, da die Erwerbstätigenquote in Deutschland im europäischen Vergleich schon sehr hoch ist.

Die Beitragssatzanstiege durch die Demografie würden zu folgenden absoluten Belastungen führen: Im Jahr 2017 betrugen die durchschnittlichen jährlichen Beitragseinnahmen pro Mitglied knapp 645 €.[28] Erhöht sich der Gesamtbeitragssatz auf 3,7 % (2030), erhöht sich die durchschnittliche Beitragsbelastung pro Mitglied auf 863 € im Jahr, bei einem Beitragssatz von 4,1 % (2040) auf 937 €. Folglich müsste ein Mitglied etwa 34 % (2030) bzw. knapp 45 % (2040) mehr an Pflegeversicherungsbeitrag entrichten, wenn es heute in einer Gesellschaft mit der Altersstruktur von 2030 bzw. 2040 leben würde.[29] Der Demografieeffekt fällt in der SPV damit höher aus als in der GKV[30], da die SPV ein deutlich steileres Ausgabenprofil aufweist. Eine Verschiebung der Versicherten in Richtung der ausgabenträchtigen Altersbereiche hat damit einen höheren Effekt als in der GKV.[31]

4.2 Szenario mit Kostendruck

Wie eingangs beschrieben, haben sich die Einnahmenbasis und die Ausgaben in den letzten Jahrzehnten nicht im Einklang bewegt, was an diversen Leistungsausdehnungen lag. Zusätzlich zum Szenario ohne Differenz zwischen Entwicklung der Leistungsausgaben und Entwicklung der Einnahmen, wird im Folgenden daher auch berechnet, wie sich der Beitragssatz entwickeln würde, wenn die Ausgaben auch in Zukunft mit einer höheren Rate wachsen als die Einnahmenbasis.

Wie bereits erwähnt, ist für die Beitragssatzentwicklung der Abstand zwischen der Entwicklung der Einnahmenbasis und der Ausgabenentwicklung maßgeblich. Abbildung 7 zeigt den Verlauf des Beitragssatzes bei verschiedenen Abständen zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Im Szenario mit Kostendruck wird der Abstand zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung auf 1, 2 und 3 Prozentpunkte fixiert.[32] Zudem wird zum Vergleich die Variante „kein Kostendruck“ eingefügt. In letzterem Fall würde wiederum nur die Demografie den Beitragssatz bestimmen.

Wie in Abbildung 7 ersichtlich, ist der Einfluss des Abstandes zwischen Einnahmen und Ausgaben auf den Beitragssatzverlauf erheblich. Beträgt der Abstand zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung 3 Prozentpunkte, ist mit einem Beitragssatz von 5,2 % in 2030 und 7,9 % in 2040 zu rechnen. Bei einem Abstand von 2 Prozentpunkten resultierten Beiträge in Höhe von 4,6 % in 2030 und 6,4 % in 2040. Betrüge der Abstand nur 1 Prozentpunkt, ergäben sich Beitragssätze von 4,1 % in 2030 und 5,2 % in 2040. Ohne Kostendruck lägen die Beitragssätze bei 3,7 % (2030) und 4,1 % (2040).

28 SPV-Einnahmen insgesamt in 2017: 36,1 Mrd. € (vgl. BMG, Finanzentwicklung der SPV), Mitglieder: knapp 56 Mio. in 2017 (vgl. KM6 Statistik 2017).

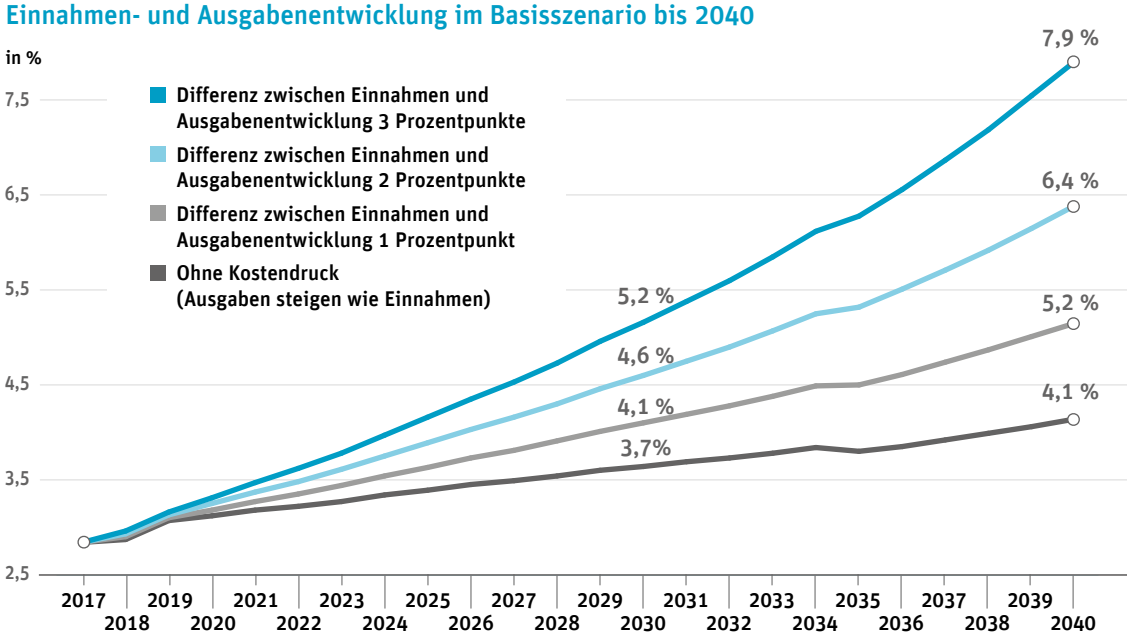
29 Eigene Berechnungen anhand der im Modell angenommenen Versicherten- bzw. Mitgliederentwicklung.

30 Vgl. zu den Berechnungen für die GKV Arentz/Ulrich (2017).

31 Vgl. auch Gasche/Rausch (2016).

32 Für das Einnahmenwachstum wird die durchschnittliche Wachstumsrate der letzten 10 Jahre, 2,1 % p.a. angesetzt.

Abbildung 7: SPV-Beitragssatzentwicklung bei Variierung der Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Basisszenario bis 2040



Quelle: Eigene Berechnungen.

5. Einflussfaktoren auf die Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Im Folgenden soll daher diskutiert werden, wo Potential für mögliche Einnahmensteigerungen bzw. Ausgabenreduktion liegt.

5.1 Faktoren auf der Einnahmenseite

Änderungen der Bevölkerungsstruktur und der Erwerbsbeteiligung

Die Finanzierungssystematik der SPV macht dieses Versicherungssystem – wie gezeigt – anfällig für Veränderungen in der Versichertenstruktur. Der demografische Wandel in der deutschen Bevölkerung wird zu einem sinkenden Anteil von Beitragszahlern im Erwerbsalter und einer steigenden Zahl von Rentenbeziehern führen. Die Alterung der Gesellschaft ist auch durch Zuwanderung nur abzumildern, nicht umzukehren.[33] Für die Finanzierung der Sozialversicherungen ist zudem ausschlaggebend, wie viele dieser Zuwanderer eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben können und damit zur Finanzierung der Ausgaben beitragen.

Ein stabilisierender Effekt auf die Einnahmen der SPV (und anderer Sozialversicherungen) könnte von höheren Erwerbstätigenquoten ausgehen, wie ein Blick in die Vergangenheit zeigt: Betrachtet man die Erwerbsquote, also die Relation von Erwerbstätigen zur Gesamtbevölkerung, so ist in Deutschland ein kontinuierlicher Anstieg seit 2007 zu verzeichnen: hatte Deutschland 2007 noch eine Erwerbstätigenquote von 73 %, lag sie 2017 bei 79 %. Getrieben wurde dieser Zuwachs vor allem durch die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen. Diese wuchs im selben Zeitraum um 8 Prozentpunkte von 67 % auf 75 %, während die der Männer um 4 Prozentpunkte anstieg (von 79 % auf 83 %). Deutschlands Erwerbstätigenquote gehört damit sowohl insgesamt als auch bei den Frauen zu den höchsten Europas. Schweden hat noch leicht höhere Quoten (82 % Erwerbstätigenquote insgesamt, 80 % bei den Frauen) und Litauen hat eine leicht höhere Frauenerwerbstätigenquote (76 %).[34] Es ist daher fraglich, wie viel Stabilisierungspotential noch von diesem Faktor in Zukunft ausgehen kann. Potential dürfte hier am ehesten noch in einer Ausweitung der Arbeitszeit von Frauen liegen. In 2011 arbeiteten 46 % der erwerbstätigen Frauen (zwischen 15 und 74 Jahren) weniger als 32 Stunden pro Woche. 17 % dieser teilzeitbeschäftigten Frauen wünschten sich 2011 höhere Arbeitsstunden und hätten dafür auch dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestanden.[35] Allerdings muss bei einer höheren Erwerbstätigenquote der Frauen auch die Rückkopplung auf die Möglichkeiten der familiären Pflege beachtet werden. Während eine höhere Arbeitsmarktpartizipation der Frauen zu höheren Einnahmen führt, kann sie negative Effekte auf der Ausgabenseite verursachen: Bislang sind es überwiegend Frauen, die Familienangehörige zuhause pflegen. Wenn diese mehr arbeiten gehen, sind Pflegebedürftige wiederum auf professionelle Pflegedienste angewiesen, was die Ausgaben der Pflegeversicherung erhöht.

Denkbar wäre auch eine Erhöhung der Lebensarbeitszeit durch eine Verschiebung des Renteneintrittsalters. Durch den längeren Lohnbezug könnten auch die Einnahmen der SPV stabilisiert werden. Eine weitere Anhebung des Renteneintrittsalters ist zwar ökonomisch gut zu begründen, politisch allerdings hoch umstritten.[36]

33 Vgl. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421pdf.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 18.1.2019.
34 Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), S. 6 und S. 8.
35 Vgl. Seko u.a. (2012), S. 30.
36 Vgl. http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/was-wird-aus-der-rente/debatte-um-erhoehung-des-gesetzlichen-rentenalters-14399453.html, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

Produktivitätsentwicklung[37]

Eine Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen könnte auch durch eine Steigerung der Einkommen erreicht werden, für die eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität notwendig wäre. Eine Studie des Bundesverbandes der Deutschen Industrie kommt zu dem Schluss, dass für moderate Steigerungen des Einkommens um 1 % in Zeiten des demografischen Wandels eine Steigerung der Arbeitsproduktivität von jährlich über 2 % erreicht werden müsste.[38]

Allerdings gibt es wenig Anzeichen dafür, dass eine solche Produktivitätssteigerung in den nächsten Jahrzehnten zu erreichen wäre: In Deutschland ist die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität seit 2005 nur geringfügig angestiegen. Im Zeitraum von 1995-2005 betrug das durchschnittliche Wachstum der Erwerbstätigenproduktivität noch 1,1 %, während es im Zeitraum von 2005-2014 nur 0,4 % betrug.[39] Diese Produktivitätsentwicklung wird in Deutschland vor allem durch den starken Beschäftigungsaufbau in arbeitsintensiven Branchen (Dienstleistungen) beeinflusst, deren Arbeitsproduktivität im Schnitt geringer ausfällt als in der verarbeitenden Industrie.[40] Aber auch die Produktivität im verarbeitenden Gewerbe, bisher traditionell hochproduktiv, hat merklich abgenommen. Der Outsourcing-Prozess in den Jahren 1995 bis 2005 hatte durch Auslagerung weniger produktiver Wertschöpfungsstufen (insbesondere durch den Bezug von ausländischen Vorleistungen) noch zu hohen Produktivitätssteigerungen geführt. Dieser Prozess kam nach 2009 zu seinem Ende.[41] Ob es gelingen wird, die Arbeitsproduktivität in Zeiten des demografischen Wandels deutlich zu steigern, bspw. im Zuge der Industrie 4.0-Prozesse, ist unklar. Eine Studie von Bitkom und des Fraunhofer-Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO[42] geht davon aus, dass Industrie 4.0 zu gesamtwirtschaftlichen Produktivitätssteigerungen im Zeitraum von 2013 bis 2025 von insgesamt 12 % führen könnte. Dies ergäbe aber eine jährliche Steigerungsrate von unter 1 %[43] und wäre für nennenswerte Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen daher zu gering. Auch die Deutsche Bundesbank geht davon aus, dass die Alterung der Gesellschaft tendenziell zu geringeren Lohnzuwächsen führt.[44] Es ist also davon auszugehen, dass eine nennenswerte Steigerung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen durch eine Zunahme der Arbeitsproduktivität in der Zukunft kaum zu erreichen ist.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die genannten stabilisierenden Effekte die Folgen der demografischen Verschiebungen nicht aufhalten, sondern nur abmildern können, weil die Zahl der (potentiellen) Beitragszahler abnimmt. Das benötigte Finanzierungsvolumen verteilt sich also auf weniger Köpfe und in der Folge müssen die Beiträge steigen.

Steuerzuschüsse

In der Politik wird aktuell eine teilweise Steuerfinanzierung der Sozialen Pflegeversicherung diskutiert. Vorbild hierfür sind die Steuerzuschüsse, die in die Renten- und Krankenversicherung fließen. Begründet wird der Vorstoß, wie in den anderen Sozialversicherungszweigen, mit der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Der GKV-Spitzenverband nennt hier die Finanzierung zusätzlicher Rentenansprüche für pflegende Angehörige und beziffert dies mit 2,7 Mrd. Euro.[45] Ein Argument für eine Steuerfinanzierung der Pflegeversicherung erwächst hieraus jedoch nicht automatisch. Vielmehr

37 Dieser Abschnitt ist Arentz/Ulrich (2017), S. 47ff. entnommen.
38 Vgl. Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (2016).
39 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015), S. 285-286.
40 Vgl. ebd., S. 289.
41 Vgl. ebd., S. 292-293.
42 Vgl. Bauer u.a. (2014).
43 Zitiert nach DZ Bank Research (2016), S. 6 und Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015). Laut SVR sind die Ergebnisse der Studie zudem kritisch zu sehen, weil die Zahlen lediglich auf Einschätzungen von Experten beruhen, die für die Studie interviewt wurden (vgl. ebd, S. 313).
44 Vgl. Deutsche Bundesbank (2017), S. 45.
45 Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_730176.jsp, abgerufen am 21.3.2019.

sollten versicherungsfremde Leistungen aus der Pflegeversicherung ausgegliedert werden und sachgerecht dem Sozialversicherungssystem zugeordnet werden, in dem die Leistungen anfallen.

Zudem kann durch Steuermittel keine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung erreicht werden. Steuermittel schwanken mit der Konjunktur und deren Verwendung unterliegt einem Haushaltsvorbehalt. Da es sich bei den Steuerzuschüssen nicht um individuelle Ansprüche der Versicherten (wie etwa bei bedürftigkeitsgeprüften staatlichen Unterstützungsleistungen) handelt, sondern um pauschale Zuweisungen, können sie auch je nach Haushaltslage gekürzt werden. Zudem führt die parallele Steuerfinanzierung zu einer Verschleierung der tatsächlichen Belastungen für die Beitragszahler, da sie in ihrer Mehrheit auch die Steuerzuschüsse tragen, ohne, dass sie dies den Pflegeversicherungskosten zurechnen können.

Neben den konjunkturellen Risiken spielt die Demografie auch bei der Steuerfinanzierung eine Rolle. So ist in einer abnehmenden Bevölkerung mit weniger Erwerbstätigen auch mit einer Abnahme der Steuereinnahmen zu rechnen. Letztlich zeigen sich auch bei den Steuereinnahmen dieselben negativen Effekte wie bei der umlagefinanzierten Sozialversicherung: Eine Studie des Frauenhofer-Instituts und Prognos geht davon aus, dass (je nach Szenario) die Einnahmen aus der Einkommenssteuer im Jahr 2045 um 8-12 % und in 2060 um 12-21 % geringer ausfallen. Die Einnahmen aus der Umsatzsteuer gehen bis 2045 um 7-16 % und in 2060 um 13-25 % zurück.[46] Der fiskalische Spielraum zur Finanzierung staatlicher Ausgaben wird also merklich geringer. Die Steuermittel, die für die Pflegeversicherung eingesetzt werden, fehlen für andere staatliche Aufgaben, insbesondere für das Wirtschaftswachstum notwendige Investitionen wie etwa Infrastruktur oder Bildung.

5.2 Faktoren auf der Ausgabenseite

Bevölkerungsstruktur und Lebenserwartung

Inwiefern eine steigende Lebenserwartung auch zu einem stärkeren Bezug von Pflegeleistungen führen wird, ist wissenschaftlich umstritten.[47] Allerdings wachsen in den nächsten Jahren die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersklassen hinein, in denen die höchsten Ausgaben in der Pflegeversicherung verursacht werden. Unabhängig davon, ob es zu einer Ausdehnung der Leistungsinanspruchnahme oder um eine Verschiebung der Leistungsinanspruchnahme in höhere Altersjahre kommt, sind damit die Klassen der Älteren mit hoher Pflegefallwahrscheinlichkeit in Zukunft stärker besetzt, so dass zu einer Zunahme der Ausgaben kommen wird.

Zudem sinkt das Potential an informeller Pflege durch Angehörige. Die höheren Erwerbsquoten von Frauen, die überwiegend die informelle Pflege übernehmen, führen dazu, dass diese weniger Zeit für die Pflege Angehöriger haben. Zudem rücken mehr Kinderlose in die pflegenahen Jahrgänge vor, so dass der Bedarf an formeller Pflege in Zukunft noch steigen dürfte.

Baumol'sche Kostenkrankheit

Ein weiterer Ausgabentreiber in der Pflege ist die sog. Baumol'sche Kostenkrankheit.[48] Die durchschnittliche Lohnentwicklung in einem Land wird vor allem durch Wirtschaftsbereiche bestimmt, die hohe Produktivitätssteigerungen aufweisen und in denen somit höhere Löhne bezahlt werden können. Da die Pflegebranche sehr personalintensiv ist, verzeichnet dieser Wirtschaftsbereich allerdings nur unterdurchschnittliche Produktivitätssteigerungen. Um eine Abwanderung der Arbeitnehmer in Branchen mit höherer Entlohnung zu verhindern, muss in Dienstleistungsbranchen ein mit anderen Wirtschaftszweigen vergleichbarer Lohn bezahlt werden, der dann allerdings über der Produktivität des

46 Vgl. Calahorrano et al. (2016). Zu den Effekten auf die Einkommenssteuer siehe auch: Beznoska/Heintze (2016).
47 Vgl. Diskussion um die Kompressions- vs. Medikalisierungsthese bzw. Dynamisches Gleichgewicht die Literatur in Lindgren (2016).
48 Vgl. Baumol (1967).

Dienstleistungsbereichs liegt. Damit kann die Baumol'sche Kostenkrankheit als ein Erklärungsansatz für in Zukunft weiter steigende Kosten im Pflegesektor herangezogen werden. [49]

Die Auswirkungen des Lohngefälles zwischen den Branchen sind schon heute in Deutschland zu spüren. Die nachkommenden Generationen sind zahlenmäßig kleiner und viele Branchen konkurrieren um Nachwuchs. Schon heute fehlen Fachkräfte für die Altenpflege, weil der Beruf aufgrund der Arbeitsbedingungen und geringerer Entlohnung für viele unattraktiv ist. Eine aktuelle Analyse der Bundesagentur für Arbeit kommt zu dem Schluss, dass in keinem Bundesland ausreichend Arbeitslose zur Verfügung stehen, um die offenen Stellen in der Altenpflege zu besetzen. Die Stellen sind zudem um 63 % länger vakant als im Durchschnitt über alle Berufe.[50] Angesichts der absehbar steigenden Zahlen an Pflegebedürftigen wird der Beruf auch durch höhere Entlohnung attraktiver werden müssen, um ausreichend Pfleger in der Branche zu halten und neue hinzuzugewinnen. Daher werden die Kosten weiter steigen.

Medizintechnischer Fortschritt

Welchen Einfluss der medizintechnische Fortschritt auf die Pflege hat, ist bisher ungewiss. Während er in der Krankenversicherung eindeutig zu Kostensteigerungen geführt hat und dies auch für die Zukunft als einer der Haupttreiber der Kosten angesehen wird, könnte er die Kosten in der Pflegeversicherung dahingehend verringern, dass die Versicherten dank der medizinischen Innovationen weniger stark auf Pflegeleistungen angewiesen sind.[51]

Eine zunehmende Automatisierung der Pflege durch Pflegeroboter oder digitale Assistenzsysteme könnte dabei helfen, die Kostensteigerungen zu dämpfen. Zum einen könnten Pflegebedürftige länger unabhängig bleiben und damit einen teureren Aufenthalt im Pflegeheim vermeiden. Zum anderen könnten durch den Einsatz von Robotern bzw. Digitalisierungsstrategien in Pflegeheimen die Personal- und Verwaltungskosten in Heimen gesenkt werden. Sie könnten qualifizierten Pflegekräften mehr Zeit für den Patienten ermöglichen, indem sie von Routinearbeiten entlastet werden.[52] Allerdings sind diese Roboter und Assistenzsysteme derzeit noch sehr teuer. Erfahrungen aus Japan zeigen, dass sie die Kosten in Pflegeheimen bisher nicht reduziert, dafür aber die Arbeitsbedingungen für die Pfleger verbessert haben.[53]

49 Vgl. auch La Maisonneuve/Oliveira Martins (2013).
50 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2018), S. 18.
51 Vgl. Diskussion in Lindgren (2016).
52 Vgl. Tak et al. (2010).
53 Vgl. https://www.japantimes.co.jp/news/2018/03/30/national/robots-making-inroads-japans-elder-care-facilities-costs-still-high/#.W08slmerfDA, zuletzt abgerufen am 18.7.2018.

6. Diskussion und Fazit

Die in dieser Analyse vorgenommene Simulation verdeutlicht, welche Finanzierungsschwierigkeiten sich ergeben, wenn in der SPV weiterhin eine Differenz zwischen dem Wachstum der Einnahmenbasis und der Ausgabenentwicklung besteht. Selbst in einem Szenario ohne Kostendruck käme es allein durch die demografischen Verschiebungen zu einem Anstieg des Beitragssatzes auf 4,1 % im Jahr 2040. Allein aufgrund der veränderten Altersstruktur der Versicherten der SPV müsste ein Mitglied bis zu 45 % mehr an Beitragsbelastung tragen. Unterstellt man dagegen einen Kostendruck im System, so wie es in der Vergangenheit zu beobachten war, resultieren Beitragssätze, die für das Jahr 2040 zwischen 5,2 % und 7,9 % liegen können und damit in einem Bereich, der nicht mehr tragbar erscheint.

Zudem muss beachtet werden, dass neben der SPV auch die anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme der Kranken-, Rente-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung mit den Folgen der demografischen Entwicklung konfrontiert werden. In der Summe ergeben sich Sozialversicherungsabgaben, die für die kleiner werdende Anzahl von erwerbstätigen Beitragszahlern finanziell überfordernd sein dürften.[54] Zudem sind negative Effekte auf dem Arbeitsmarkt aufgrund steigender Lohnkosten und damit negativer Zweitrundeneffekte auf die Sozialversicherung zu erwarten. Angesichts der hohen Belastung von Arbeit mit Sozialversicherungsabgaben dürften die Unternehmen vorsichtiger mit Einstellung sein bzw. Arbeit durch Kapital ersetzen. Der damit einhergehende Rückgang von Beschäftigung wirkt sich wiederum negativ auf die Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherungen aus, was wiederum steigende Beitragssätze zur Folge hat.

Zentrale Frage ist daher, wie die Reduktion des Abstands zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in Zukunft erreicht werden soll, wenn die demografischen Strukturveränderungen allein schon zu Ausgabensteigerungen führen werden, während die Beitragseinnahmenbasis demografiebedingt abnimmt.

Positiv auf die Einnahmenseite könnte zum einen die Erhöhung des Erwerbspersonenpotentials wirken. Dabei ist allerdings fraglich, ob die schon sehr hohen Erwerbsquoten weiter gesteigert werden können. Zudem sind potentiell negative Effekte auf der Ausgabenseite zu erwarten, weil das Potential an familiärer Pflege abnimmt. Nicht nur für die gesetzliche Pflegeversicherung wäre auch eine Ausweitung der Lebensarbeitszeit eine Möglichkeit, die Finanzen etwas zu stabilisieren, politisch ist dieser Weg allerdings umstritten. Auch Produktivitätssteigerungen könnten zu einer höheren Einnahmenbasis beitragen, wobei unklar ist, ob diese in Zukunft in nennenswertem Umfang zu erreichen sein werden.

Der derzeit diskutierte Vorschlag, die Einnahmen der Pflegeversicherung über Steuerzuschüsse zu stabilisieren, führt zu einer Verschleierung der tatsächlichen Belastungen für die Beitragszahler, da sie in ihrer Mehrheit auch die Steuerzuschüsse tragen, ohne dass sie dies den Pflegeversicherungskosten zurechnen können. Zudem sind auch die Steuereinnahmen konjunkturanfällig und könnten je nach Haushaltslage gekürzt werden.

Darüber hinaus führt die Steuerfinanzierung auch in der Zukunft nicht zu mehr Nachhaltigkeit. Die anstehenden demografischen Veränderungen wirken sich nicht nur auf die Finanzierung der Sozialversicherungen negativ aus, sondern führen auch zu geringeren Steuereinnahmen. Eine Steuerfinanzierung der Pflegeversicherung konkurriert dann noch stärker als heute mit anderen staatlichen Ausgabenposten. Die in die Pflegeversicherung fließenden Steuermittel würden für andere staatliche Aufgaben, wie etwa für die Finanzierung der Bildung oder Infrastruktur fehlen, die für das Wirtschaftswachstum eine Bedeutung haben.

Auf der Ausgabenseite müssten erhebliche positive Veränderungen auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit, etwa durch deutlich gesünderes Altern, erzielt werden. Inwiefern dies möglich ist, ist Gegen-

54 Schon heute ist die Steuer- und Abgabenlast in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch. Vgl. OECD (2017). Siehe auch Beznoska/Hentze (2017) und Döhrn u.a. (2017).

stand der wissenschaftlichen Diskussion. Manche Studien anhand von Befragungen älterer Kohorten deuten darauf hin, dass trotz steigender Prävalenz von sog. chronischen Krankheiten durch bessere Behandlungsmaßnahmen auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit zurückgehen könnte. Allerdings warnen andere Autoren davor, diese positiven Ergebnisse auf zukünftige Generationen zu übertragen, die stärker von Übergewicht und den damit verbundenen Krankheitsbildern betroffen sein dürften.[55]

Inwiefern der technologische Fortschritt (Digitalisierung, vermehrter Einsatz von Robotern in der Pflege) die Kostendynamik nach hohen Anfangsinvestitionen positiv beeinflussen könnte, bleibt abzuwarten. Erste Erfahrungen aus Japan zeigen, dass der Einsatz von Robotern bzw. Assistenzsystemen in der Pflege derzeit sehr teuer ist. Immerhin haben diese Systeme aber das Potential, die Arbeitszufriedenheit der Pfleger zu verbessern. Dies könnte wiederum die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen.

Sollten diese Faktoren nicht ausreichend wirken und damit der Druck auf die Beitragssätze weiter wachsen, besteht das politische Risiko, dass die Belastungsgrenze der Erwerbstätigen erreicht und Leistungen gekürzt werden müssen. Um diese Entwicklungen zu vermeiden, sollten weitere Leistungsausdehnungen nicht im Umlageverfahren durchgeführt werden. Dies gilt auch für den u.a. von Hamburg vorgebrachten Vorschlag, die Eigenanteile für die Pflegekosten im stationären Sektor auf dem heutigen Stand zu deckeln. So würden in Zukunft alle Kostensteigerungen von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen werden müssen, mithin käme es zu einer Ausweitung des Umlageverfahrens.

Das Ziel, die Eigenanteile frühzeitig abzusichern, um eine finanzielle Überforderung im Alter zu vermeiden, ist richtig. Hierfür böte sich als nachhaltige Alternative zum Umlageverfahren die Absicherung dieser Eigenanteile über kapitalgedeckte Zusatzversicherungen an.

55 Vgl. Lindgren (2016), S. 9 und die dort angegebene Literatur. Zum Zusammenhang zwischen Übergewicht und Pflegebedürftigkeit siehe bspw. Yang/Zhang (2014). Für Deutschland kommen Unger u.a. (2011) zu dem Schluss, dass es zu einer Ausdehnung der Lebenserwartung kommt und insgesamt absolut mehr Lebensjahre frei von Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Allerdings kommt es weder absolut noch relativ zur Lebenserwartung zu einer Kompression der Pflegebedürftigkeit (vgl. S. 295).

Literaturverzeichnis

Arentz, Christine/Ulrich, Volker (2017): Entwicklung des GKV -Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060), URL: http://www.fiwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_04-17.pdf, Stand: 24. Juli 2018.

Bauer, Wilhelm u. a. (2014): Industrie 4.0 – Volkswirtschaftliches Potenzial für Deutschland, URL: https://www.bitkom.org/noindex/Publikationen/2014/Studien/Studie-Industrie-4-0-Volkswirtschaftliches-Potenzial-fuer-Deutschland/Studie-Industrie-40.pdf, Stand: 26. April 2017.

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

Beznoska, Martin/ Hentze, Tobias (2016): Die Wirkungen des demografischen Wandels auf die Steuereinnahmen in Deutschland. IW-Trends 3.2016. URL: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2016/301307/IW-Trends_2016-03-05_Steuereinnahmen_Demografie.pdf, Stand: 21.3.2019.

Beznoska, Martin/Hentze, Tobias (2017): Die Verteilung der Steuerlast in Deutschland, in: Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 44. Jg., Nr. 1.

Bundesagentur für Arbeit (2018): Fachkräfteengpassanalyse, URL: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2018-06.pdf, Stand: 27. Juli 2018.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Rentenversicherungsbericht 2018, URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/rentenversicherungsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Stand: 18. Januar 2019.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2017, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2017_2.pdf.

Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (2016): Produktivitätswachstum in Deutschland, URL: http://bdi.eu/publikation/news/industriepolitik-dossier-112016/, Stand: 10. Mai 2017.

Bundesversicherungsamt (2018): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017, Stand: 6. Juli 2018.

Calahorrano, Lena; Ehrentraut, Oliver; Limbers, Jan; Rebeggiani, Luca; Stöwhase, Sven; Teuber, Martin (2016): Herausforderungen für das Steuerrecht durch die demografische Entwicklung in Deutschland - Analyse einer Problemstellung. Endbericht. URL: http://publica.fraunhofer.de/starweb/servlet.starweb?path=urn.web&search=urn:nbn:de:0011-n-4176903, Stand: 21.3.2019.

Deutsche Bundesbank (2017): Monatsbericht – April 2017, URL: https://www.bundesbank.de/resource/blob/665312/782594a6c3f31b136f8e81e1a5df80b7/mL/2017-04-demografischer-wandel-data.pdf, Stand: 20. März 2019.

Döhrn, Roland u. a. (2017): Steuer- und Abgabenlast in Deutschland. Eine Analyse auf Makro- und Mikroebene, URL: shop.freiheit.org/download/P2@675/96532/A4_Steuern%20und%20Abgaben_Gutachten.pdf, Stand: 24. April 2017.

DZ Bank Research (2016): Industrie 4.0 - Folgen für die deutsche Volkswirtschaft, URL: https://www.dzbank.de/content/dam/dzbank_de/de/home/research/PDF-Dokumente/KonjunkturUndKapitalmarkt_Industrie%204_0.pdf, Stand: 25. April 2017.

Gasche, Martin/Rausch, Johannes (2016): Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung - Projektionen und Determinanten, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 65. Jg., Nr. 3, S. 195–238.

Kochskämper, Susanna (2017): Alternde Bevölkerung Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, URL: https://www.iwkoeln.de/_storage/asset/330671/storage/master/file/12400497/download/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf, Stand: 27. März 2017.

La Maisonneuve, Christine de/Oliveira Martins, Joaquim (2013): A projection method for public health and long-term care expenditures, URL: http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf, Stand: 18. Juli 2018.

Lindgren, Björn (2016): The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care, URL: https://www.konj.se/download/18.45f4dff21532e40aa884dc49/1456823350974/Working-paper-142-The-rise-in-Life%20Expectancy-health-trends-among-the-elderly-and-the-demand-for-health-and-social-care.pdf, Stand: 20. Juli 2018.

Niehaus, Frank (2013): Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung?, URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Familienlastenausgleich_in_der_Gesetzlichen_Krankenversicherung.pdf, Stand: 31. Januar 2017.

Niehaus, Frank (2015): Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt, URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Pflege_Notwendigkeit_der_Kapitaldeckung_bleibt.pdf, Stand: 6. Juli 2018.

OECD (2017): Taxing Wages 2017.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015): Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt. Jahresgutachten 2015/16, URL: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201516/wirtschafts-gutachten/jg15_ges.pdf, Stand: 25. April 2017.

Seko, Rumi u. a. (2012): Trends in Life Expectancy With Care Needs Based on Long-term Care Insurance Data in Japan, in: Journal of Epidemiology, 22. Jg., Nr. 3, S. 238–243.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung Deutschlands. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179005.xlsx?_blob=publicationFile, Stand: 18. Januar 2019.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Arbeitsmarkt auf einen Blick – Deutschland und Europa - Ausgabe 2018.

Tak, Sunghee H./Benefield, Lazelle E./Mahoney, Diane Feeney (2010): Technology for long-term care, in: Research in gerontological nursing, Vol. 3, No. 1, pp. 61–72.

Unger, R./Müller, R./Rothgang, H. (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland, in: Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 73. Jg., Nr. 5, S. 292–297.

Yang, Zhou/Zhang, Ning (2014): The burden of overweight and obesity on long-term care and Medicaid financing, in: Medical care, Vol. 52, No. 7, pp. 658–663.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV – 2006 bis 2016, WIP-Analyse 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016, Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016, Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015, Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015, David Bowles, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015, Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Frank Niehaus

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014, Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Bruno Schönfelder, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Frank Wild

WIP
Wissenschaftliches
Institut der PKV