

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/341608849>

Finanzierung der Pflegekasse durch Leistungskürzung: Der eigentliche Grund für die explodierenden Pflegeheimkosten

Research · March 2020

DOI: 10.13140/RG.2.2.36642.04803

CITATIONS

0

READS

348

1 author:



Sebastian Preissner

Peking University

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE

FINANZIERUNG DER PFLEGEKASSEN DURCH LEISTUNGSKÜRZUNG: DER GRUND FÜR DIE EXPLODIERENDEN PFLEGEHEIMKOSTEN

Sebastian Preißner

Working Paper

Abstrakt

Es vergeht kaum eine Woche, in der nicht steigende Eigenanteile von Pflegeheimen zu Schlagzeilen führen. Entgegen der häufig angebrachten Argumente, dass hauptsächlich Lohnsteigerungen und Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistung die Ursache des Anstieges sind, zeige ich, dass der eigentliche Grund systematische indirekte Leistungskürzungen der Pflegekasse ist. In der theoretischen Analyse wird dargelegt, wie die Leistungskürzung verursacht wird und welche Faktoren Einfluss auf deren Entwicklung haben. Empirisch zeigt sich, dass der Anstieg des Eigenanteils von 1999 bis 2019 zum größten Teil auf die indirekte Leistungskürzung der Pflegekassen zurückzuführen ist. Alleine im Jahr 2019 sind die monatlichen einrichtungseigenen Eigenanteile im Bundesdurchschnitt um 100 € pro Monat gestiegen. Bei diesem Anstieg lassen sich 41,19 € auf die eigentliche Kostensteigerung und 58,81 € auf indirekte Leistungskürzungen der Pflegekassen zurückführen. In Anbetracht der strukturellen Probleme der Sozialen Pflegekasse scheint die Leistungskürzung ein wichtiger Hebel zu sein, die steigenden Kosten abzufedern. Somit konnte die Soziale Pflegekasse geschätzte Mehrausgaben von 17,77 Mrd. € im Zeitraum von 1999 bis 2015 sparen.

Keywords: Soziale Pflegeversicherung, Pflegestärkungsgesetz, Heimentgelt, SGB XI, Sozialpolitik.

JEL Classification: I11, I13, I18
© Sebastian Preißner 2020. All rights reserved.

1. Einleitung

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) und dem Programm „Konzentrierte Aktion Pflege“ sollten nicht nur die Rahmenbedingungen in der Pflege verbessert werden, sondern auch die Pflegebedürftigen finanziell entlastet werden. Fast drei Jahre nach dem PSG II sorgt eine Kostenexplosion der Eigenanteile zur finanziellen Überlastung von Pflegebedürftigen und zu einer angeheizten Debatte. Während Lohnpolitik, höhere Pflegeschlüssel und der Fachkraftmangel sicherlich die Personalkosten effektiv vorantreiben, entwickelt sich der von den Pflegebedürftigen zu tragende Anteil wesentlich stärker. Dass die Eigenanteilentwicklung nicht auf die Heimentgeltentwicklung der Pflegeheime zurückzuführen ist, wurde kürzlich von Kochskämper (2019) detailliert dargelegt.¹ Kochskämper zeigte, dass sich die Kosten überwiegend unter dem Verbraucherpreisindex entwickelten. Maßgebend für die Entwicklung sei die Tatsache, dass die Pflegeversicherungsleistungen real entwertet wurden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Bernd Meurer (Präsident des bpa) und macht die fixen Pflegeversicherungsleistungen für den Anstieg verantwortlich.² Laut dem Institut der Deutschen Wirtschaft sind die Pflegeversicherungsleistungen von 1999 bis 2015 (für Pflegestufe 1 und 2) real um 18 % gesunken.³ Jedoch wäre das eine durchschnittliche Realentwertung von 1 % pro Jahr. Es scheint unwahrscheinlich, dass dies allein die treibende Kraft hinter der Heimkostenentwicklung ist. Das Problem der stagnierenden Pflegeversicherungsleistungen hat jedoch weitaus komplexere Folgen. Im Kern des Problems liegt jedoch nicht nur der Realwertverlust der Versicherungsleistung, sondern die Teilversicherungsstruktur. Diese Kombination kann besser verstanden werden als eine systematische indirekte Leistungskürzung der Versicherungsleistung der Pflegekasse. Grundsätzlich ist eine Heimentgelterhöhung in zwei Faktoren zu unterteilen: zum einen auf die ausgehandelte umlegbare Kostenerhöhung im Rahmen der Pflegesatzverhandlung (i. S. d. § 85 SGB XI) und zum anderen auf eine indirekte Kürzung der Pflegeversicherungsleistungen. Im Folgenden wird gezeigt, wie die Leistungskürzungen zustanden kommen und dass dessen Anteil, oft größer ist als der, den angestiegenen Kosten zuzuordnen ist.

Die angeführte Methodik hilft auch zu verstehen, (1) warum die Eigenanteile nach dem Pflegestärkungsgesetz verstärkt gestiegen sind, (2) woher die unterschiedlichen

¹ Heimentgelt i. S. d. § 87 a SGB XI bestehend aus den Kosten für Pflegesatz, Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Der Eigenanteil ist der von den Pflegebedürftigen zu tragende Anteil, der sich aus der Differenz von Heimentgelt und der entsprechenden Versicherungsleistung der Pflegekasse ergibt.

² Vgl. *Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt?*, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., (25.11.2019), https://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=5283&cHash=c6365b5ad074fbc25b9a3cb1b5876776.

³ Vgl. *Wer kann das noch zahlen?*, Institution der Deutschen Wirtschaft (29.11.2019), <https://www.iwd.de/artikel/wer-kann-das-noch-zahlen-452374/>.

Entwicklungen zwischen den Bundesländern kommen und (3) weshalb sich Heimentgeltentwicklung nach Trägerschaft unterscheidet. Die Analyse zeigt auch klar auf, dass sich die Entwicklung der Eigenanteile weiter in diesem Trend fortsetzen wird, sollten keine wesentlichen Änderungen am System vorgenommen werden.

Die systematischen indirekten Leistungskürzungen der Pflegekassen haben jedoch auch einen Vorteil. Die Pflegekassen werden signifikant entlastet. Würden die Leistungen dynamisiert sein, hätte das eine Mehrbelastung von ca. 17,77 Mrd. € im Zeitraum von 1999 bis 2015 bedeutet. Somit konnte die Soziale Pflegekasse im gleichen Zeitraum den jährlichen Anstieg um durchschnittlich 60,0 % reduzieren. Die implizierte Leistungskürzung ist demnach eine Methode - neben der Anpassung der Beitragssätze – die Finanzierungsprobleme der Pflegekasse zu mildern. Da die indirekte Leistungskürzung jetzt von den Pflegebedürftigen und Kassen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege, § 61 ff. SGB XII) getragen wird, würde eine Umsetzung der Dynamisierung lediglich eine Umverteilungsmaßnahme bedeuten, weg von den Pflegebedürftigen hin zu den Beitragszahlern, was weitere Anpassungen an den Beitragssätzen mit sich ziehen müsste.

Der Artikel ist wie folgt strukturiert. In Kapitel 2 werden die Grundlagen der Preisbildung der vollstationären Pflegedienstleistung dargelegt. In Kapitel 3 werden die theoretischen Zusammenhänge von Heimentgelt, Eigenanteil, Pflegeleistung und ausgehandelte Kostensteigerung hergeleitet. Die Erkenntnisse aus diesem Kapitel werden dann im Kapitel 4 empirisch untersucht. Es zeigt sich, dass systematische Leistungskürzungen ein Haupttreiber der ansteigenden Eigenanteile sind. Kapitel 5 zeigt welchen Auswirkungen die implizierte Leistungskürzung für die Pflegekassen hat.

2. Preisbildung für die vollstationäre Pflege und die Versicherungsleistung

Die Preisbildung der Pflegedienstleistung in vollstationären Einrichtungen ist dem SGB XI unterlegen. Pflegeheime legen ihre Preise nicht selbst fest, sondern treten in Pflegesatzverhandlungen mit Leistungsträgern (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaft) (vgl. § 84 ff SGB XI). Basis der Verhandlung sind die erwarteten Kosten für die anstehende Periode (meist ein Wirtschaftsjahr). Das Pflegeheim muss die Verteilung der Pflegegrade (-stufen) der Bewohner für die bevorstehende Periode schätzen und die damit anfallenden Kosten. Aus den erwarteten Kosten leiten sich dann die Pflegesätze und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ab.

Unabhängig vom Ergebnis der Pflegesatzverhandlung sind die Leistungen der Pflegekasse. Diese wurden erstmalig mit Einführung der Pflegekasse 1995 für alle drei Pflegestufen nominal festgeschrieben. Die Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 43 SGB XI, worin der nominelle Betrag je Pflegegrad festgesetzt ist. Die nominellen Beträge

waren historisch gesehen relativ starr. Von 1999 bis 2015 gab es keine nominelle Anpassung für die Pflegestufen 1-2. Für die Pflegestufe 3 gab es im Jahr 2009, 2010 und 2012 eine Anpassung um jeweils ca. 2,7 %. Erst 2015 fand für alle drei Pflegestufen eine Leistungserhöhung von 4,0 % statt. Mit dem Inkrafttreten des PSG II im Jahr 2017 und die damit verbundene Einführung von Pflegegraden ist es schwer, eine pauschale Aussage über eine relative Leistungserhöhung zum Vorjahr zu treffen.

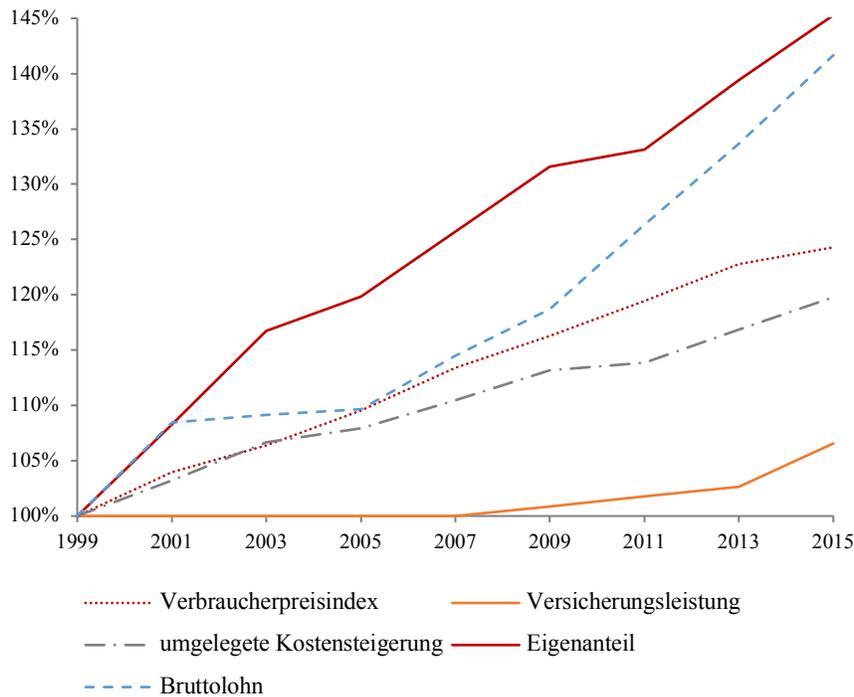
Demnach haben sich historisch die Versicherungsleistungen nicht an den Kostenentwicklungen angepasst. Nach § 30 SGB XI ist die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung alle 3 Jahre zu prüfen. Als Basis sollen die kumulierte Preisentwicklung, Bruttolohnentwicklung und gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.⁴

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Eigenanteil, umlegbare Kostensteigerung, Verbraucherpreisindex, Bruttolöhnen und den Versicherungsleistungen der Pflegekasse. Die umlegbaren Kosten, die sich durch die Pflegesatzverhandlung ergebenden Steigerungen, liegen fast ausschließlich immer unter der Steigerung des Verbraucherpreisindex und wesentlich unter der Bruttolohnentwicklung. Das bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen wahrscheinlich nicht im vollen Umfang die Kostensteigerung in den Pflegesatzverhandlungen umlegen konnten. Jedoch entwickelt sich im selben Zeitraum der von den Pflegebedürftigen getragene Eigenanteil weit über dem Level, als das, was die Pflegeheime durch die Pflegesatzverhandlung umlegen konnten. Im Gesetzentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz steht: „Mit der Neufassung der Regelung über die Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung soll erreicht werden, dass die Kaufkraft der Versicherungsleistungen im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen langfristig erhalten bleibt“ (BT-Drs.16/7439 S. 53). Die Versicherungsleistung in Abbildung 1 zeigt jedoch, dass es kaum eine Anpassung zur Kostenentwicklung gibt. Die Frage drängt sich auf, warum Pflegebedürftige mehr zahlen müssen, als die tatsächlichen Kosten steigen und was dieser Differenzbetrag darstellt.

⁴ Insbesondere gelten Verbraucherpreisindex und Bruttolohnentwicklung als Maßstab zur Anpassung der Versicherungsleistung. Da jedoch Kostensteigerungen in der stationären Pflege durch die prospektive Pflegesatzverhandlungen allgemein bekannt sind, könnte sich die Bundesregierung auch einfach daran orientieren. Dies war auch schon Debatte im Gesetzesentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drs.16/7439 S. 53).

ABBILDUNG 1 KOSTENENTWICKLUNG IM ZEITRAUM 1999 BIS 2015

Alle Daten wurden auf 100 im Jahr 1999 umbasiert. Die kumulierten Anstiege wurden mit dem logarithmisch transformierten Werten vorgenommen. Umlegbare Kostensteigerungen stellen die Kostensteigerungen dar, die durch Pflegesatzverhandlungen zwischen den Pflegeheimen und Kostenträger verhandelt wurden. Das Heimentgelt setzt sich zusammen aus den Pflegesätzen und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung abzüglich der Versicherungsleistungen. Zur klareren Darstellung wurden der Durchschnitt der Versicherungsleistung für die Pflegestufen 1-3 genommen.



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Statista.
Sample: Gesamtdeutschland in der Periode 1999 bis 2015.

Um die Entwicklung des Eigenanteils zu verstehen, werden wir im nächsten Kapitel die Zusammenhänge von Versicherungsleistung, umlegbarer Kostensteigerung, Heimentgelt und Eigenanteil im Detail betrachten.

3. Theoretische Grundlage

Stark steigende Eigenanteile stellen für Bewohner, Angehörige und dem Sozialleistungsträger eine Belastung dar. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde die Pflegekassenleistung zuletzt erhöht. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist, was bedeuten starre Pflegeversicherungsleistungen für die Eigenanteile und deren Entwicklung? Im Folgenden werden die Implikationen herausgearbeitet. $p_{t,j}$ steht für die

tatsächlichen Kosten je Pflegestufe, die sich aus den Pflegesätzen, Unterkunft und Verpflegung zusammensetzen.⁵ Wobei der Index t für die Periode steht und der Index j für eine der drei Pflegestufen.⁶ Die pflegestufenabhängige Pflegeversicherungsleistung werden mit $\tau_{t,j}$ dargestellt. Da sich die Pflegeversicherungsleistung im zeitlichen Verlauf nicht ändert, folgt, dass $\tau_{t,j}$ für alle t gleich bleibt und sich lediglich mit j ändert; daher kurz τ_j . Anpassungen an den Pflegeversicherungsleistungen werden mit $i_{\tau,j}$ dargestellt.

a. Umlegbare Kostensteigerung vs. Eigenanteilsteigerung

Die Kosten, die von den Pflegebedürftigen zu tragen sind bzw. die Eigenanteile, (im Folgenden $e_{t,j}$) ergeben sich damit aus:

$$e_{t,j} \equiv p_{t,j} - \tau_j$$

Die prozentuale Kostensteigerung, die im Rahmen der Pflegesatzverhandlung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer ausgehandelt wird, wird mit $i_{R,j}$ notiert.⁷ Daraus ergibt sich

$$p_{t+1,j} = p_{t,j}(1 + i_{R,j})$$

und

$$e_{t+1,j} \equiv p_{t+1,j} - \tau_t$$

Die relative Steigerung des Eigenanteils (notiert mit $i_{e,j}$) lässt sich damit wie folgt darstellen

$$i_{e,j} \equiv \frac{e_{t+1,j} - e_{t,j}}{e_{t,j}} = \frac{[p_{t,j}(1 + i_{R,j}) - \tau_j(1 + i_{\tau,j})] - (p_{t,j} - \tau_j)}{p_{t,j} - \tau_j}$$

Daraus ergibt sich grundsätzlich folgender Zusammenhang zwischen der umlegbaren Kostensteigerung, Eigenanteilsteigerung und Anpassung der Pflegekasse, wobei $i_{\tau,t}$ die Anpassungen an den Versicherungsleistungen sind:

⁵ Da keine verlässliche Datenbank für die Investitionskosten zur Verfügung steht, bleiben sie bei der Berechnung unberücksichtigt. Jedoch selbst, wenn eine Datenbank mit den aktuellen und historischen Investitionskosten verfügbar wäre, ist davon abzusehen, diese zu berücksichtigen. Auf Grund von staatlichen Förderprogrammen variieren die Investitionskosten in einem unverhältnismäßigen Maß und machen einen Vergleich unmöglich.

⁶ Da sich die empirische Untersuchung in Kapitel 3 überwiegend auf die Periode von 1999 bis 2015 erschließt, sprechen wir im Folgenden hauptsächlich von Pflegestufen.

⁷ Im Folgenden als „umlegbare Kostensteigerung“ bezeichnet.

$$i_{e,j} = i_{R,j} + (i_{R,j} - i_{\tau,t}) \frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_{t,j}} - 1} \quad (1)$$

Diese Darstellung lässt schon einige Schlussfolgerungen zu. Zum einen entspricht der Anstieg der Eigenanteile nur dann den ausgehandelten umlegbaren Kostensteigerungen, wenn $i_{R,j} = i_{\tau,t}$ ist, also die Anpassung genau der umlegbaren Kostensteigerung entspricht. Da die Anpassung nach § 30 SGB XI alle drei Jahre geprüft wird, gilt das für diese drei Jahre $i_{R,j} > i_{\tau,t}$, was bedeutet, dass für diese Periode die Eigenanteile stärker steigen als die tatsächliche Kostensteigerung. Für den Fall, dass die Leistungen angepasst werden und $i_{R,j} < i_{\tau,t}$ gelten sollte, steigen die Eigenanteile schwächer als die tatsächliche Kostenentwicklung.

Wir haben in Kapitel 2 gesehen, dass historisch kaum Anpassungen an den Pflegeleistungen vorgenommen wurden. Das bedeutet, dass meist $i_{\tau,t} = 0$ ist, und daraus ergibt sich

$$i_{e,j} = \frac{i_{R,j}}{1 - \frac{\tau_j}{p_{t,j}}} \quad (2)$$

Wie bereits dargestellt, ist der ausgehandelte umlegbare Kostenanstieg $i_{R,j}$ nicht der einzige Faktor, den die Bewohner bei einer Pflegesatzerhöhung zu tragen haben. Da die Höhe der umlegbaren Kostensteigerung nicht offengelegt wird, können wir die Gleichung umstellen und erhalten

$$i_{e,j} \left(1 - \frac{\tau_j}{p_{t,j}}\right) = i_{R,j} \quad (3)$$

Wir wissen, für alle Pflegestufen (und -grade) gilt immer $\tau_j < p_t$ (da die Pflegekasse nie mehr zahlt als die Gesamtkosten der Pflegeleistung) und somit gilt immer

$$\left(1 - \frac{\tau_j}{p_{t,j}}\right) < 1 \quad (4)$$

Daraus folgt, dass der real anfallende ausgehandelte Kostenanstieg immer kleiner ist als die eigentliche Preiserhöhung der Heimentgelte.

Mit $\frac{\tau_j}{p_{t,j}}$ wissen wir, welchen prozentualen Anteil die Pflegekasse an den Gesamtkosten der Heimentgelte trägt. Durch die starren Versicherungsleistungen ändert

sich jedoch dieses Verhältnis nach Kostenerhöhungen und zwar um $i_{R,j} \frac{\tau_j}{p_{t,j}}$ Prozent. Diesen prozentualen Anteil trägt die Pflegekasse weniger nach jeder Pflegesatzerhöhung. Das bedeutet, dass sich nach jeder Pflegesatzerhöhung der relative Anteil der Pflegekasse an der Leistung senkt. Jede Pflegesatzerhöhung ohne Anpassung an der Versicherungsleistung stellt somit eine Leistungskürzung der Pflegeversicherung dar. Der Umfang der Leistungskürzung hängt von mehreren Faktoren ab, die im Folgenden dargelegt werden.

b. Leistungskürzungsfaktor

Wir wissen nun, dass die ausgehandelte Kostensteigerung nur ein Teil der Eigenanteilerhöhung ist. Nun sehen wir, was der andere Teil der Erhöhung darstellt und wie dieser sich verhält. Setzt man in

$$i_{e,j} - i_{R,j} = i_{LK,j}$$

folgt daraus:

$$i_{LK} = i_{R,j} * \frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_j} - 1} \quad (5)$$

Den Faktor $\frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_j} - 1}$ werden wir im Folgenden als Leistungskürzungsfaktor bezeichnen, da die Leistungskürzung um genau diesen Faktor von den ausgehandelten Kostenerhöhungen abhängt. Es zeigt sich mit (5), dass der Anteil der Leistungskürzung abhängig vom Verhältnis der beiden Variablen Pflegeleistung und Pflegekosten ist. Diese Faktoren variieren zwischen Pflegestufen, den einzelnen Einrichtungen, Bundesländern und mit der Zeit.

c. Die Einflussfaktoren auf die Leistungskürzung

Da die Heimkosten maßgeblich den Warenkorb der Güter und Dienstleistung eines pflegebedürftigen Heimbewohners abbilden, kann der monetäre Realwertverlust der Versicherungsleistung maximal $i_{R,j}$ sein. Mit (3) haben wir aber gesehen, dass $i_{R,j}$ kleiner ist als der Anstieg der Eigenanteile. Daher kann von einem pauschalen Realwertverlust eher weniger geredet werden. Das Teilleistungssystem der Pflegekasse führt zu einem Mechanismus, beziehungsweise wirkt der Leistungskürzungsfaktor wie ein Hebel, der das Ausmaß des Realwertverlustes vervielfältigen kann.

Regionale Faktoren

Da $p_{t,j}$ einrichtungsindividuell ist, ist der Faktor $\frac{p_{t,j}}{\tau_j}$ auch unterschiedlich je Einrichtung. Da die Ermittlung von $p_{t,j}$ einem Kostenumlageverfahren unterliegt, hängt die Variable auch von den Kostenstrukturen der Region ab. Regionen mit niedrigeren Lohn- und Sachkosten haben ein niedrigeres $\frac{p_{t,j}}{\tau_j}$ Verhältnis. Dadurch ergibt sich ein höherer Leistungskürzungsfaktor, der zu unterschiedlicher Eigenanteilentwicklungen führt trotz gleichen Kostensteigerungen.

Unterschiede zwischen Trägerschaften

Nicht nur regional zeigen sich Unterschiede, sondern auch nach Art der Trägerschaft. Drei Trägerschaften werden grundsätzlich unterschieden, privat, freigemeinnützig und öffentlich. Empirisch weisen private Träger die niedrigsten Pflegesätze auf (Rothgang 2015). Im Folgenden notieren wir die Pflegesätze zzgl. Unterkunft und Verpflegung mit $p_{t,j,x}$, wobei x für die Trägerschaft steht, privat (p), freigemeinnützig (f) oder öffentlich (ö). Wenden wir die Ergebnisse aus Weiß et al. (2014) an, dann folgt

$$\frac{1}{\frac{p_{t,j,\ddot{o}}}{\tau_j} - 1} < \frac{1}{\frac{p_{t,j,f}}{\tau_j} - 1} < \frac{1}{\frac{p_{t,j,p}}{\tau_j} - 1} \quad (6)$$

Das würde bedeuten, dass bei gleicher, ausgehandelter umlegbarer Kostensteigerung, die Eigenanteile bei privaten Trägern stärker steigen würde. Folglich wäre der Anteil der Leistungskürzung für Pflegebedürftige in privaten Pflegeheimen höher als bei anderen Trägern. Sollten private Pflegeheime dennoch günstiger sein, könnte das letztendlich nur daran liegen, dass diese niedrigere umlegbare Kostensteigerungen haben.

Anpassung an den Versicherungsleistungen

Werden Anpassungen an den Pflegeversicherungsleistungen vorgenommen, hat das zwei Effekte. Zum einen, werden die Eigenanteile im Jahr der Anpassung weniger steigen, als hätte es keine Anpassung gegeben. Sei $i_{\tau,t}$ der Prozentsatz, um den die Versicherungsleistung angepasst wird, dann

$$i_{e,j} = \frac{i_{R,j}}{1 - \frac{\tau_{t,j}}{p_{t,j}}} - \frac{i_{\tau,t}}{\frac{p_{t,j}}{\tau_{t,j}} - 1} < \frac{i_{R,j}}{1 - \frac{\tau_{t,j}}{p_{t,j}}} \quad (7)$$

Zum anderen, steigt auch wieder der Anteil der Leistungskürzung in den folgenden Perioden. Da

$$\frac{\tau_j}{p_{t,j}} < \frac{\tau_{t+1,j}}{p_{t,j}} \quad (8)$$

lässt sich schließen, dass im Falle der Anpassung der Versicherungsleistungen, die Eigenanteile in den Folgejahren prozentual stärker steigen werden. \square

Wie wir sehen, hängt der Umfang der Leistungskürzung von verschiedenen Faktoren ab und ändert sich mit der Zeit. Interessant ist jedoch zu sehen, dass, wenn $\frac{\tau_j}{p_{t,j}} > 0,5$ gilt, der Anteil an Leistungskürzung höher ist als der Anteil der tatsächlichen Kostensteigerung.

Zeitlicher Verlauf

Das Ausmaß der Leistungskürzung ist nicht nur unter den einzelnen Einrichtungen und Regionen unterschiedlich, sondern verändert sich auch im Laufe der Zeit. Grundsätzlich gilt

$$\frac{p_{t,j}}{\tau_j} < \frac{p_{t+1,j}}{\tau_j} \quad (9)$$

da die Pflegeversicherungsleistungen gleich bleiben, während die Pflegekosten steigen. Das bedeutet, dass der Anteil der Leistungskürzung mit der Zeit geringer wird, da der Faktor $\frac{p_{t,j}}{\tau_j}$ größer wird. Hieraus lässt sich auch der Leistungskürzungscharakter am besten erkennen. Da $\frac{\tau_j}{p_{t,j}}$ den prozentualen Anteil der Heimkosten, den die Pflegekasse trägt, darstellt, sehen wir mit (7), dass sich nach einer Pflegesatzerhöhung die Pflegekasse prozentual weniger beteiligt.

In welchem Maß die einzelnen Variablen zum Anstieg des Eigenanteils im zeitlichen Horizont beitragen, lässt sich wie folgt zeigen.

$$\frac{\delta i_{e,j}}{\delta i_{R,j}} = \frac{1}{1 - \frac{\tau_j}{p_{t,j}}} > 0$$

Ein marginaler Anstieg der tatsächlich verhandelten Pflegekosten führt zu einem marginalen Eigenanteilanstieg um den Faktor $\frac{1}{1-\frac{\tau_j}{p_{t,j}}}$. Mit $\frac{\delta^2 i_{e,j}}{\delta i_{R,j}^2} = 0$ bleibt der Effekt konstant.

Anders verhält es sich mit τ_j und $p_{t,j}$. Eine marginale Erhöhung der Pflegeversicherungsleistungen führt zu einem marginalen Anstieg des Eigenanteils um

$$\frac{\delta i_{e,j}}{\delta \tau_j} = \frac{i_{R,j} p_t}{(\tau_j - p_t)^2} > 0$$

Mit $\frac{\delta^2 i_{e,j}}{\delta \tau_j^2} > 0$ folgt, dass der Effekt zunimmt. Das bedeutet, auch wenn die Leistungssätze periodisch angepasst werden würden, würde im Folgejahr der Eigenanteil stärker steigen.

Umgekehrt verhält es sich in Bezug auf $p_{t,j}$. Steigende Heimentgelte und gleichbleibende Versicherungsleistung führen zu einem niedrigeren Anstieg der Eigenanteile.

$$\frac{\delta i_{e,j}}{\delta p_{t,j}} = -\frac{i_{R,j} \tau_j}{(\tau_j - p_t)^2} < 0$$

Wir haben bis jetzt festgestellt, dass sich ein Anstieg im Eigenanteil zusammensetzt aus einem Teil ausgehandelter Kostensteigerungen und einem Teil indirekter Leistungskürzungen der Pflegekasse. Die Anteile hängen wiederum am Verhältnis von Pflegeversicherungsleistungen zu Pflegekosten, welches abhängig ist von mehreren Faktoren, wie regionale Kostenstrukturen, Trägerschaft und einrichtungsindividuelle Kostenstruktur. Zusätzlich ändert sich das Verhältnis auch nach jeder Pflegesatzverhandlung und damit zeitlich. Wie anfangs erwähnt, wird oft vom Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen gesprochen. Es handelt sich bei $i_{LK,j}$ nicht allein um einen Realwertverlust, da dieser nicht ausschließlich mit einem Warenkorb bzw. den tatsächlichen Kostensteigerungen zusammenhängt. Der tatsächliche Mehranstieg ist auf den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung zurückzuführen. Das exakte Ausmaß hängt von mehreren Faktoren ab und übersteigt fast immer den eigentlichen umlegbaren Kostenanstieg. Da somit eine Pflegesatzerhöhung zu einem niedrigeren Deckungsteil der Pflegekasse führt, ist die Differenz von dem Anstieg $i_{e,j}$ und ausgehandeltem Kostenanstieg $i_{R,j}$ am besten als systematische Leistungskürzung der Pflegekasse zu verstehen. Folglich zahlen bei einer Pflegesatzerhöhung Pflegebedürftige

und Sozialkassen nicht nur den Anstieg der Kosten, sondern müssen auch die systematische Leistungskürzung der Pflegekassen tragen.

4. Empirische Untersuchung

a. Datenbasis

Um die aus Kapitel 3 erhaltenen Schlussfolgerungen empirisch zu untersuchen, benutze ich die von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Daten. Die Erhebung findet alle zwei Jahre statt, angefangen im Jahr 1999. Aufgrund des PSG II und die damit verbundene Umwandlung von Pflegestufen in Pflegegrade gibt es zwei Datensätze. Einmal von 1999 bis 2015 mit Pflegestufen und die ersten Datensätze für das Jahr 2017 mit Pflegegraden. Da keine verlässliche Datenbank für die Investitionskosten vorliegt, bleiben diese bei der Berechnung unberücksichtigt. Jedoch selbst, wenn eine Datenbank mit den aktuellen und historischen Investitionskosten zur Verfügung stehen würde, wäre davon abzusehen, diese zu berücksichtigen. Auf Grund von staatlichen Förderprogrammen variieren die Investitionskosten unverhältnismäßig und machen damit einen Vergleich schwer möglich. Ein direkter Vergleich vor und nach Inkrafttreten des PSG II ist nicht ohne weiteres möglich, daher fokussiere ich die empirische Untersuchung hauptsächlich auf die Periode 1999 bis 2015.

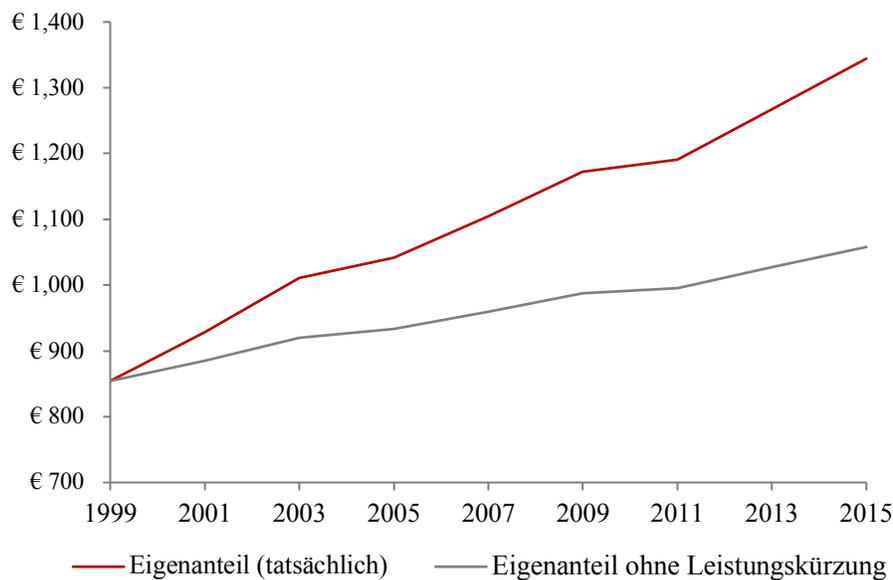
b. Umfang der Leistungskürzungen

Mit (2) haben wir gezeigt, dass die in den Pflegesatzverhandlungen vereinbarte Kostensteigerung immer kleiner ist als die Steigerung des von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteils. Den Unterschiedsbetrag zwischen Eigenanteilerhöhung und ausgehandelte Kostensteigerung stellt eine Leistungskürzung der Pflegekasse dar. Mit (5) lassen sich so die historischen Eigenanteile in umlegbare Kostensteigerung und Leistungskürzung zerlegen. Im Jahr 1999 betrug das durchschnittliche Heimentgelt für die 1 bis 3 Pflegestufe 854 € pro Monat. Zwei Jahre später in 2001 waren diese bei 925 €, ein Anstieg von 8,31 %. Davon gehen aber jedoch nur 3,69 % auf ausgehandelte Kostensteigerungen zurück und 4,62 % auf Leistungskürzungen der Pflegekasse. Die Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile von 1999 bis 2015. Hätten keine Leistungskürzungen der Pflegekasse mittels Anpassung der Leistungsbezüge stattgefunden, wäre das Heimentgelt in den 16 Jahren um 23,8 % gestiegen. Das bedeutet eine durchschnittliche jährliche Kostensteigerung von 1,3 %. Das ist niedriger als der Verbraucherpreisindex im selben Zeitraum, der durchschnittlich um 1,4 % jährlich stieg. Tatsächlich jedoch, ist das Heimentgelt im Bundesdurchschnitt auf 1.344 € pro Monat gestiegen, ein Anstieg um 57,4 % (2,9 % jährlich). Um genau zu sein, gingen mehr als ein Drittel der Prozentpunkte der Erhöhung auf Leistungskürzung zurück, das sind 58,4 % des

Gesamtanstieges. Folglich ist der historische Anstieg des Eigenanteils mehr auf die Leistungskürzung als auf Kostensteigerung zurückzuführen.

ABBILDUNG 2
ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN EIGENANTEILE AUFGRUND DER
LEISTUNGSKÜRZUNG DER PFLEGEKASSEN VON 1999 BIS 2015

Basis der Berechnungsgrundlage ist die durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege in Pflegeheimen in Gesamtdeutschland. Die Vergütung setzt sich zusammen aus den Pflegesätzen und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Die Tagessätze wurden mit dem Faktor 30,42 auf Monatslevel gesetzt. Die Effekte der Leistungskürzung unterscheiden sich je nach Pflegestufe. Zur klareren Darstellung wurde der Durchschnitt der Pflegesätze 1-3 und der Durchschnitt der Versicherungsleistung als Berechnungsgrundlage genommen.



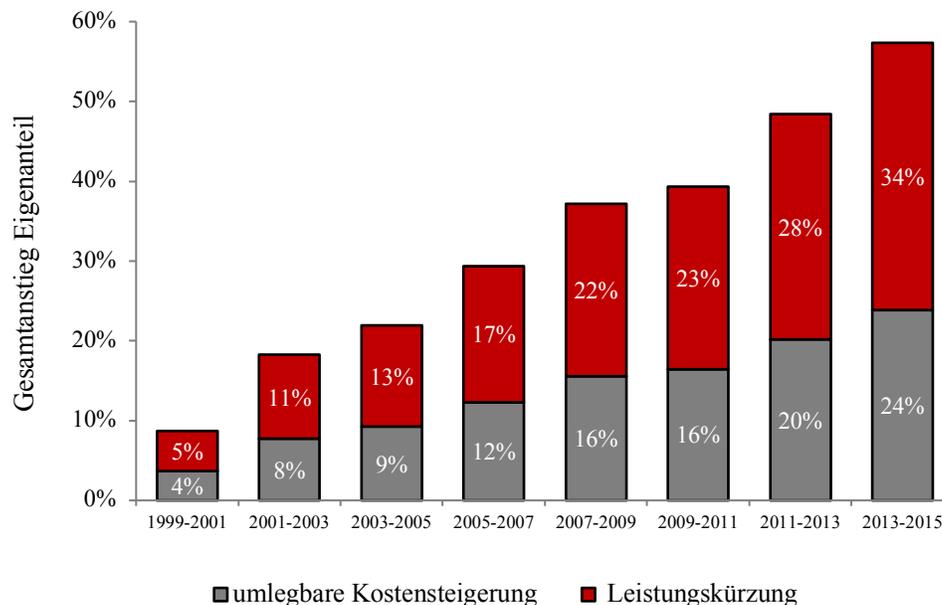
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Sample: Gesamtdeutschland in der Periode 1999 bis 2015.

Einen detaillierteren Einblick verschafft Abbildung 3. Der Graph zeigt, wie sich der Gesamtanstieg des Heimentgelts in der Periode 1999 bis 2015 zerlegen lässt. Der rote Anteil stellt die Prozentpunkte dar, die auf die Leistungskürzung zurückgehen, während der graue Anteil den Teil der Erhöhung darstellt, der auf die umlegbare Kostensteigerung durch die Pflegesatzverhandlung zurückgeht. Wie wir in (7) gesehen haben, nimmt der relative Anteil der Leistungskürzung mit der Zeit ab. Während vom Jahr 1999 bis 2001 noch 59 % auf Leistungskürzung zurückgeht, gingen in den Jahren 2013 bis 2015 nur noch 50 % darauf zurück. Man sieht auch, dass die Anpassung der Versicherungsleistung in den Jahren 2008 und 2010 zu einem kurzfristigen Stagnieren der Steigung - wie in (7) gezeigt

– geführt hat. Wie jedoch mit (9) demonstriert, steigen die Leistungskürzungen in den folgenden Jahren um so mehr, wie man an den Jahren 2011 bis 2015 erkennen kann.

ABBILDUNG 3
AKKUMULIERTER ANTEIL DER DURCHSCHNITTLICHEN EIGENANTEILSTEIGERUNG
VON 1999 BIS 2015

Die Abbildung zeigt den historischen akkumulierten Anteil der Heimentgeltsteigerung, der auf die umlegbare Kostensteigerung und auf Leistungskürzungen von 1999 bis 2015 zurückgeht. Basis der Berechnungsgrundlage ist die durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege in Pflegeheimen in Gesamtdeutschland. Die Vergütung setzt sich zusammen aus den Pflegesätzen und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Die Effekte der Leistungskürzung unterscheiden sich je nach Pflegestufe. Zur klareren Darstellung wurden der Durchschnitt der Pflegesätze 1-3 als Berechnungsgrundlage genommen.



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
 Sample: Gesamtdeutschland in der Periode 1999 bis 2015.

In den 16 Jahren Beobachtungszeitraum ist das durchschnittliche Heimentgelt um ca. 58% gestiegen. Ca. 34 Prozentpunkt vom Gesamtanstieg (57,4 %) gehen davon auf Leistungskürzungen der Pflegekasse zurück und lediglich 24 Prozentpunkte (41,6 %) auf eine tatsächliche Kostensteigerung.

Der starke historische Anstieg der Eigenanteile geht nicht auf die Kostenentwicklung oder den Fachkräftemangel zurück. Entscheidend für den wesentlichen Anstieg ist vielmehr der Mechanismus, unter welchem die Eigenanteile zustande kommen.

Diese gehen offensichtlich zu Lasten der Pflegebedürftigen und Sozialkassen. In welchem Umfang diese Kürzung tatsächlich eintritt, hängt maßgeblich mit dem Leistungskürzungsfaktor zusammen. Dieser wird im nächsten Teil genauer untersucht.

c. Der Leistungskürzungsfaktor

In welchen Umfang die Leistungskürzung zu der tatsächlich umlagefähigen Kostensteigerung ausfällt, hängt von dem Leistungskürzungsfaktor $\frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_j} - 1}$ ab (siehe Formel

(5)). Dieser Faktor ist wiederum maßgeblich beeinflusst vom Verhältnis der Gesamtkosten je Pflegestufe zur Versicherungsleistung. Da wir davon ausgehen können, dass sich die Versicherungsleistung immer zwischen 0% (keine Zuzahlung) und 100% (Volldeckung) bewegt, kann man den Zusammenhang funktional darstellen (siehe Abbildung 4). Zur besseren Darstellung wurde die y-Achse mit logarithmischer Skalierung abgebildet. Man sieht, je höher der Deckungsbeitrag der Pflegeversicherung ist, desto stärker fällt das Ausmaß der Leistungskürzung aus. Mit Formel (7) wurde gezeigt, dass der Faktor mit der Zeit abnimmt, da die Versicherungsleistungen unverändert bleiben und die Gesamtkosten jährlich steigen.

Die farbigen Markierungen auf den Funktionsgraphen zeigen, wie sich die Leistungen historisch entwickelt haben. Für Pflegestufe 2 wurden im Jahr 1999 noch fast 62 % der Pflegeheimkosten übernommen, so waren es im Jahr 2015 lediglich die Hälfte (50 %). Damit fiel der Leistungskürzungsfaktor von 1,63 im Jahr 1999 auf 1,00 im Jahr 2015. Das bedeutet, dass eine Steigerung der umlegbaren Kosten um 3 % im Jahr 1999 zu einer 7,9 % Erhöhung des Heimentgelts geführt hat. Dieselbe Steigerung der umlegbaren Kosten hätte jedoch im Jahr 2015 nur zu einer 6 % Erhöhung geführt.⁸

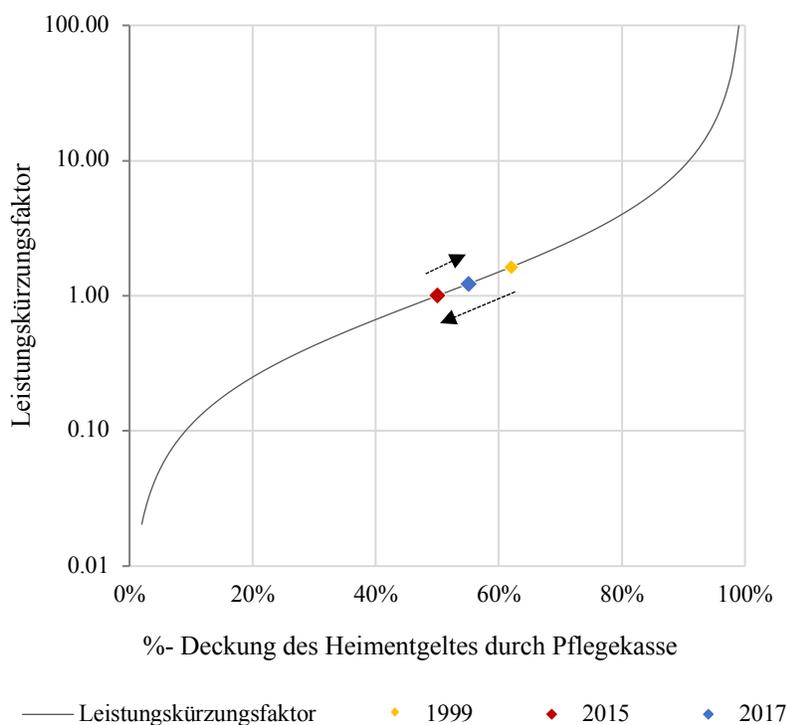
Weshalb die Debatte sich in den letzten Jahren zugespitzt hat, kann vermutlich auch auf die Leistungserhöhungen der Pflegekasse im Rahmen des PSG II zurückgeführt werden. Durch die Erhöhung der Leistungsbezüge hat sich auch der Leistungskürzungsfaktor erhöht von 1,0 auf 1,23 (blaue Markierung in Abbildung 4).⁹ Das bedeutet im konkreten Beispiel, dass nach der Leistungserhöhung eine Kostenerhöhung von 3 % zu einer Heimentgelterhöhung von 6,7 % im Jahr 2017 geführt hat. Es ist daher nicht verwunderlich, dass durch stark steigende Lohnkosten, verursacht durch den Fachkräftemangel und verstärkt von einem höherem Leistungskürzungsfaktor, die Eigenanteile stärker steigen als zuvor.

⁸ Für das Jahr 1999 ergibt sich 7,9% aus $((1+1,63)*3\%)$ und für 2015 die 6,0 % aus $((1+1)*3\%)$.

⁹ Als Vergleich zu Pflegegrad 2 wird der Durchschnitt der Leistungskürzungsfaktor der Pflegegrade 3 und 4 verwendet.

ABBILDUNG 4
FUNKTIONALER ZUSAMMENHANG VON LEISTUNGSDECKUNG UND DEM
LEISTUNGSKÜRZUNGSFAKTOR

Die Abbildung zeigt den funktionalen Zusammenhang zwischen Leistungskürzungsfaktor und der Leistungsdeckung (*Pflegeversicherungsleistungen/Heimentgelt*). Die Ordinate ist zur Verdeutlichung in logarithmischer Darstellung. Die farblichen Markierungen sind durchschnittliche Leistungsdeckungen der Pflegestufe 2 im Jahr 1999 (gelb), 2015 (rot) und der Durchschnitt der Pflegegrade 3 und 4 im Jahr 2017 (blau).



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
 Sample: Gesamtdeutschland.

d. Unterschiede zwischen den Bundesländern

Die kürzlich gestartete Debatte über die unterschiedlichen Anstiege in den Bundesländern scheint auch maßgeblich auf den Leistungskürzungsfaktor zurückzugehen. Unter den Bundesländern variiert der Faktor zwischen 1,42 (Berlin) und 5,55 (Thüringen).¹⁰

¹⁰ Da die Debatte um die unterschiedlichen Anstiege je Bundesländer kürzlich aufgekommen ist, verwende ich die aktuellen Daten von 2018 und 2019. Da durch den PSG II die Umstellung von Pflegestufen auf

Die unterschiedlichen Anstiege werden oft mit länderrechtlichen Rahmenbedingungen in Verbindung gebracht (z. B. höhere bauliche oder personelle Anforderungen) (Kochskämper 2019). Dies trägt sicher zu den Unterschieden bei, jedoch zeigt sich, dass ein Großteil der Variation auf Leistungskürzungen zurückgeht. Im Durchschnitt der 16 Bundesländer gehen fast zweidrittel der Erhöhungen der eeE (62,9 %) auf Leistungskürzungen zurück.

Das wiederum liegt daran, dass die Gesamtkosten stark variieren, zwischen den Bundesländern aber die Versicherungsleistung nicht an das Preislevel angepasst sind. So trägt im Durchschnitt die Pflegekasse bei Pflegegrad 4 in Thüringen 63 % der Gesamtheimkosten inklusive Investitionskosten, während in Baden-Württemberg gerade einmal 50 % der Gesamtheimkosten inklusive Investitionskosten getragen werden. Da das Lohnlevel in den Bundesländern mit höheren Heimkosten auch höher ist, zahlen diese Versicherten absolut mehr in die Pflegekasse ein und bekommen relativ weniger Leistung zurück. Vergleicht man die Bruttomonatsverdienste¹¹, zahlen Bürger in Baden-Württemberg 41 % pro Monat mehr Pflegekassenbeiträge als Bürger in Thüringen. Das würde bedeuten, dass effektiv die Pflegekasse zu 36 % in Baden-Württemberg getragen wird und zu 63 % in Thüringen. Damit beziehen Thüringer effektiv 76 % mehr Versicherungsleistung als Baden-Württemberger von ihren Einzahlungen in die Soziale Pflegekasse. Das sind indirekte Umverteilungseffekte, die insbesondere zu Gunsten der neuen Bundesländer gehen, die auf die fehlende Anpassung der Versicherungsleistung je Bundesland zurückgehen und weitestgehend unbeachtet bleiben.

Im Bundesdurchschnitt stiegen die eeE im Jahr 2018 bis 2019 um 16,8 %. Dieser Anstieg setzt sich zusammen aus 6,9 % Erhöhungen durch gestiegene Kosten und 9,9 % Leistungskürzung. Die Leistungskürzung macht somit mehr als die Hälfte der Erhöhung aus (58,8 %). Auf Länderebene zeigt sich jedoch eine wesentlich stärkere Variation (siehe Abbildung 5). In Thüringen sind es sogar 76,0 %. Bei der durchschnittlichen Erhöhung in 2019 von monatlichen 141,0 € gehen 33,78 € auf Kostensteigerung und 107,22 € auf Leistungskürzung zurück.¹²

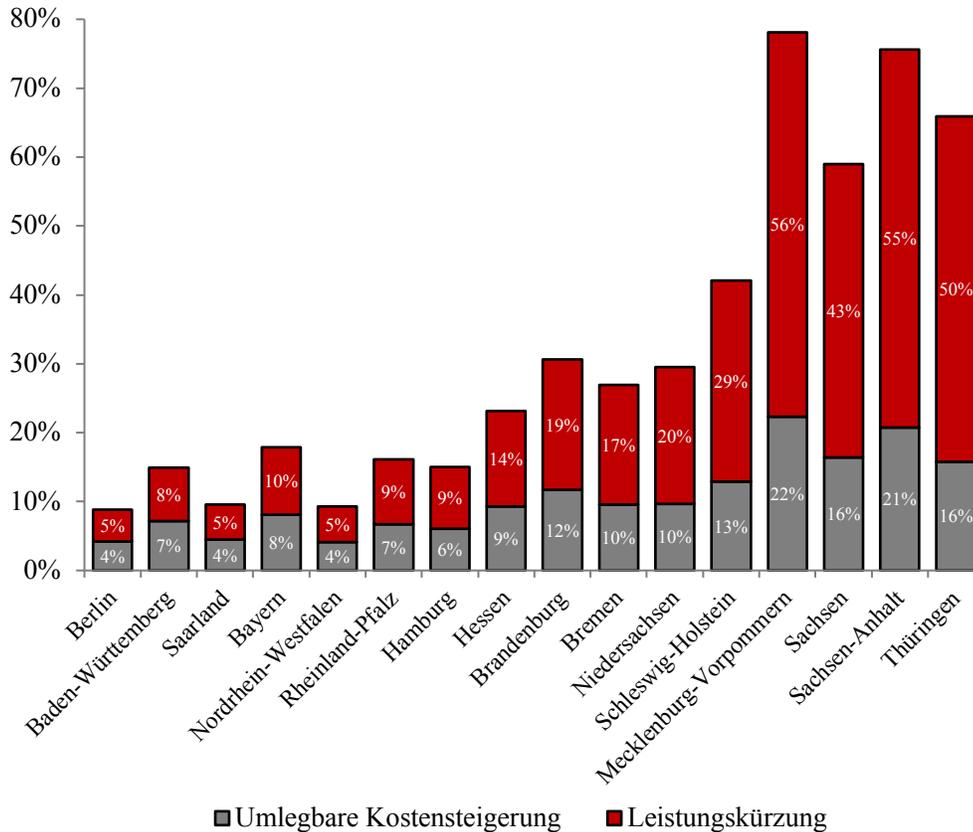
Pflegegrade stattgefunden hat, betrachten wir hier lediglich den einrichtungseigenen Eigenanteil, der inhaltlich nicht genau den vorherige Untersuchten Eigenanteil darstellen.

¹¹ Vgl. *Durchschnittlicher Bruttomonatsverdienst von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern* (mit Sonderzahlungen) in Deutschland nach Bundesländern und Geschlecht im Jahr 2018*, Statista (März 2019), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/255209/umfrage/studierende-an-hochschulen-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>.

¹² Eine detaillierte Aufstellung über die Unterschiede zwischen den Bundesländern ist in Tabelle 2 (siehe Anhang) zu finden.

ABBILDUNG 5
 STEIGERUNG DER DURCHSCHNITTlichen EINRICHTUNGSEIGENEN EIGENANTEILE JE
 BUNDESLAND VON 2018 BIS 2019

Basis der Berechnungsgrundlage sind durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteile für vollstationäre Dauerpflege in Pflegeheimen je Bundesland. Die Effekte der Leistungskürzung unterscheiden sich je nach Pflegegrad. Die Bundesländer in der Darstellung sind nach aufsteigenden Leistungskürzungsfaktor geordnet $\frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_j} - 1}$.



Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft.
 Sample: 16 Bundesländer in der Periode 2018 bis 2019.

e. Unterschiede zwischen Trägerschaften

Wie wir in (6) gesehen haben, bestehen theoretisch auch Unterschiede im Ausmaß nach Trägerschaften. Da sich die Kostenstrukturen nach Trägerschaft unterscheiden, werden auch von der Pflegekasse unterschiedliche relative Anteile der Heimkosten getragen. Unterschiede zwischen Trägern wurden in der Vergangenheit bereits im Detail untersucht, mit dem Fazit, dass private Träger im Durchschnitt günstiger sind verglichen mit anderen Trägerschaften (Rothgang 2015).

Tabelle 1 zeigt den Anstieg der Eigenanteile nach Trägerschaften. Von 1999 bis 2015 sind die Eigenanteile bei privaten Trägern um 49,22 % gestiegen, verglichen mit 68,55 % bei freigemeinnützigen Trägern und 62,08 % bei öffentlichen Trägern. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages ist vermerkt, dass private Betreiber oft Schwierigkeiten haben, Lohnerhöhungen bis auf Tarifniveau durchzusetzen und Anträge werden, trotz Anspruch, von den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern abgelehnt (Drucksache 18/10510, S. 117). Das würde sich auch in den Daten widerspiegeln. Im Vergleich: freigemeinnützigen Träger haben mit 31,82 % einen um 41,1 % höheren Anstieg an umlegbaren Kosten als private Träger mit 22,55 %.

TABELLE 1
EIGENANTEILSTEIGERUNG, UMLEGBARE KOSTENSTEIGERUNG UND LEISTUNGSKÜRZUNGEN
NACH TRÄGERSCHAFT

Die Tabelle zeigt den relativen Anstieg der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile nach Trägerschaft von 1999 bis 2015. Da die Zuzahlung der Pflegekasse sich je nach Pflegegrad unterscheidet, unterscheidet sich auch die Verteilung von umlegbarer Kostensteigerung und Leistungskürzung, daher wurde der Durchschnitt der drei Pflegestufen genommen. Die Summe aus Leistungskürzung und umlegbarer Kostensteigerung ergibt jeweils den prozentualen Anstieg des Heimentgelts.

<i>Anstieg Heimentgelt</i>									
	1999- 2001	2001- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2009	2009- 2011	2011- 2013	2013- 2015	1999- 2015
Private	4.17%	11.47%	3.59%	8.12%	4.43%	0.31%	6.74%	2.49%	49.22%
Öffentliche	5.37%	9.53%	7.54%	0.00%	12.10%	3.08%	5.06%	7.44%	62.08%
Freigemeinnützige	9.99%	12.67%	2.92%	1.70%	9.51%	2.50%	6.93%	8.11%	68.55%
<i>Anstieg durch umlegbare Kosten</i>									
	1999- 2001	2001- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2009	2009- 2011	2011- 2013	2013- 2015	1999- 2015
Private	1.56%	4.42%	1.47%	3.37%	2.42%	0.63%	3.50%	3.30%	22.55%
Öffentliche	2.29%	4.19%	3.49%	0.00%	6.26%	2.01%	3.03%	5.80%	30.31%
Freigemeinnützige	4.03%	5.48%	1.34%	0.80%	4.92%	1.68%	3.89%	6.11%	31.82%
<i>Anstieg durch Leistungskürzung</i>									
	1999- 2001	2001- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2009	2009- 2011	2011- 2013	2013- 2015	1999- 2015
Private	2.61%	7.06%	2.12%	4.75%	2.01%	-.32%	3.24%	-.82%	26.67%
Öffentliche	3.09%	5.34%	4.06%	0.00%	5.84%	1.08%	2.03%	1.64%	31.77%
Freigemeinnützige	5.96%	7.19%	1.57%	0.90%	4.59%	0.82%	3.04%	2.00%	36.73%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Sample: Gesamtdeutschland nach Trägerschaft in der Periode 1999 bis 2015.

Auffällig ist auch, dass es lediglich bei privaten Trägern in den Jahren der Leistungsanpassung zu durchschnittlich negativen Auswirkungen auf die Eigenanteile festzustellen waren. Bei den anderen Trägerschaften hat es trotz Leistungsanpassung im Durchschnitt zu Leistungskürzungen geführt. Bei den ersten Anpassungen im Jahr 2009 waren es noch durchschnittliche Leistungskürzungen von 1,08 % bei öffentlichen Trägern und 0,82 % bei freigemeinnützigen Trägern bzw. 1,64 % und 2,0 % im Jahr 2015. Obwohl private Träger absolut betrachtet den niedrigsten Effekt von Leistungskürzungen ausgesetzt waren (26,67 %), machte die Leistungskürzung, verglichen zu den anderen Trägern, relativ am meisten an der Gesamterhöhung (54 %) aus, das ist auch konsistent mit (6).

Nicht nur auf Länderebene variieren die Leistungskürzungen, sondern auch in Bezug auf Trägerschaften. Hierbei ist auffällig, dass historisch die privaten Träger – trotz niedrigerem Pflegesatzlevel – auch niedrigere Kostensteigerungen hatten als die anderen Träger, der Effekt der Leistungskürzung jedoch umso stärker wirkt.

Theoretisch und empirisch haben wir gesehen, dass der Haupttreiber der Anstiege bei den Eigenanteilen bzw. der eeE die implizierten systematischen Leistungskürzungen der Pflegekasse sind. Der Anstieg von 1999 bis 2019 wäre um mehr als die Hälfte niedriger, würden die Versicherungsleistungen dynamisiert. Sollten keine wesentlichen Änderungen am System der Pflegeversicherung vorgenommen werden, würden beim jetzigen bundesdurchschnittlichen Heimentgelt von 1.900 € pro Monat in 2019 die Heimentgelte bis 2029 auf ca. 3.013 € steigen. Wobei hierbei ca. 684 € auf Leistungskürzungen zurückgehen würden.

Natürlich haben die Leistungskürzungen auch einen Vorteil. Die Soziale Pflegekasse hat existentielle Finanzierungsprobleme, die sich in den kommenden Jahrzehnten noch zuspitzen werden. Implizierte Leistungskürzungen helfen die Kosten zu reduzieren und führen, historisch gesehen, zu wenig Aufschrei.

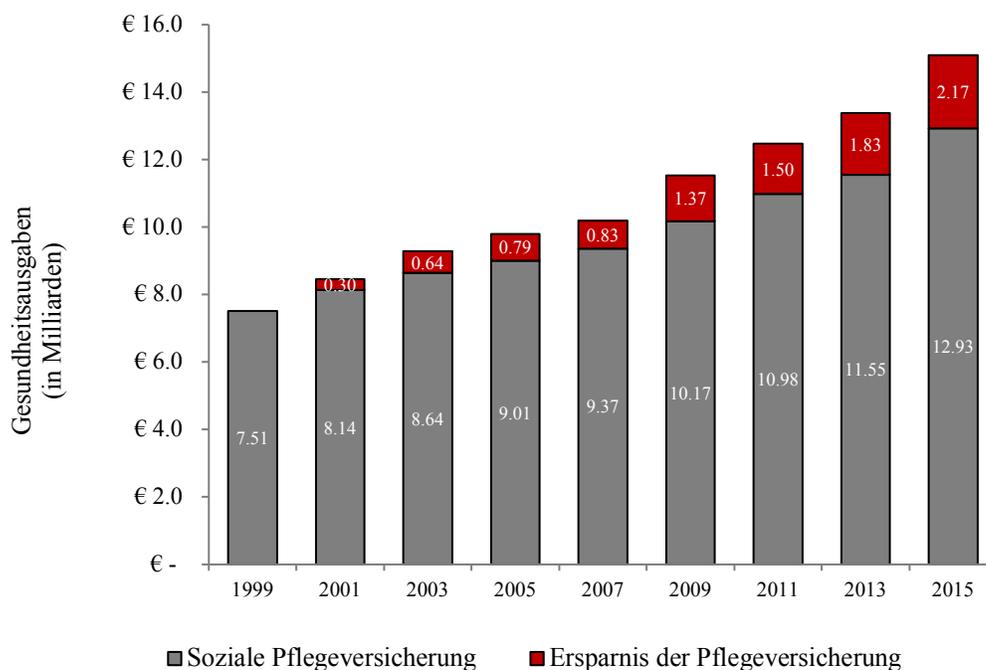
5. Pflegekasse

Das Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung ist allgemein bekannt. Mit den neuen Anpassungen der Beitragssätze in 2019 sollte die Finanzierung bis 2022 sichergestellt werden, jedoch kommen in Anbetracht der politischen Maßnahmen Zweifel auf, ob selbst diese kurzgesteckten Ziele erreicht werden können (Greß et al. 2019). Von 1999 bis 2017 sind die jährlichen Gesundheitsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung um 112 % gestiegen. Allein die Umsetzung des PSG II hatte zu einem signifikanten Anstieg der Ausgaben geführt. Diese Problematik wurde schon frühzeitig von Ökonomen

erkannt und ständig vor der Entwicklung gewarnt (Ottvad 2003, Häcker & Raffelhüschen 2004, Bahnsen et al. 2019). Schätzungen zeigen, dass neben der 2019 eingeführten Beitragssatzerhöhung eigentlich 6 % nötig gewesen wären, um den Finanzierungsbedarf nachhaltig zu decken (Bahnsen et al. 2018). Während die Umstände auf Finanzierungsseite durch Beitragserhöhung, steigende Bruttolöhne und hohe Beschäftigungszahlen positiven Rückenwind bekommen, bestünde auch die Möglichkeit durch Leistungskürzungen auf der Ausgabenseite, die Nachhaltigkeit der Pflegekasse zu sichern. Eine nominale Kürzung der Leistung scheint in Anbetracht der hitzigen Debatte über hohe Heimkosten für Pflegebedürftige unwahrscheinlich zu sein. Dass eine auf Realwerte basierte Kürzung stattfindet, haben wir theoretisch in Kapitel 3 und empirisch in Kapitel 4 gesehen. Welche Auswirkungen das auf die Pflegekasse hat, zeigt Abbildung 6.

ABBILDUNG 6
GESUNDHEITSAUSGABEN FÜR STATIONÄRE/TEILSTATIONÄRE PFLEGE DER SOZIALEN
PFLEGEVERSICHERUNG MIT LEISTUNGSKÜRZUNGEN VON 1999 BIS 2015

Abbildung 6 zeigt die Gesundheitsausgaben für stationäre/teilstationäre Pflege der Sozialen Pflegeversicherung von 1999 bis 2015 (grau). Der rot gekennzeichnete Teil stellt die Ausgaben dar, hätte eine Dynamisierung der Versicherungsleistung im gleichen Umfang wie die umlegbare Kostensteigerung stattgefunden und spiegelt somit den Umfang der Ersparnisse durch die Leistungskürzung dar.



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
 Sample: Gesamtdeutschland in der Periode 1999 bis 2015.

Der graue Bereich zeigt die Gesundheitsausgaben für stationäre/teilstationäre Pflege der Sozialen Pflegekasse. Der rote Bereich in der Abbildung stellt den Betrag dar, den die Pflegekasse mehr zahlen müsste, würden die Pflegeleistungen jährlich dynamisiert sein und damit auch das Ausmaß der indirekten Leistungskürzung. Die Pflegeversicherung spart sich so im Jahr 2015 rund 2,17 Mrd. €. Das wären 16,8 % mehr Gesundheitsausgaben hätte man eine jährliche Anpassung der Versicherungsleistung vorgenommen. In der Summe hat die Pflegeversicherung im Zeitraum von 1999 bis 2015 somit geschätzte 17,77 Mrd. € gespart.¹³ In Anbetracht der strukturellen Probleme der Sozialen Pflegekasse scheint die indirekte systematische Leistungskürzung, neben Beitragserhöhung, ein wichtiger Hebel zu sein, die steigenden Kosten, die durch den kontinuierlichen Anstieg der Leistungsempfänger und politisch motivierten Leistungserweiterungen begründet sind abzufedern. Dass diese Leistungserweiterungen indirekt durch Leistungskürzungen von aktuell Pflegebedürftigen und zukünftigen Pflegebedürftigen getragen wird, wurde in den vorherigen Kapiteln gezeigt. Es scheint, dass ähnlich wie bei der Finanzierung von Staatsausgaben durch Inflation (Bailey 1956) die Soziale Pflegekasse denselben Mechanismus zu Hilfe zu nimmt und durch Realwertverlust Leistungskürzung verursacht, um ihre Finanzierbarkeit zu festigen.

6. Fazit

Der stark steigende Eigenanteil im vollstationären Bereich treibt immer mehr Menschen in die pflegebedingte Armut. Mit der Einführung der Sozialen Pflegekasse sollte diesem Trend entgegengewirkt werden. 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung scheint das Problem durch immer stärker steigende Eigenanteile nicht gelöst zu sein. Kürzlich veröffentlichte Studien zeigen, dass die Eigenanteilentwicklung nicht durch die tatsächliche Kostenentwicklung zu erklären ist. Als Ursache wurde pauschal auf den Realwertverlust der Versicherungsleistung der Pflegekasse gedeutet. Jedoch war der Realwertverlust der Versicherungsleistung gemessen am Verbraucherpreisindex im Zeitraum von 1999 bis 2015 real um 18,0 % gesunken und kann nicht hinreichend die Entwicklung erklären. Der Zusammenhang zwischen Kostenentwicklung, Teilversicherungsleistung und Eigenanteil blieb jedoch offen.

In diesem Artikel habe ich die funktionalen Zusammenhänge der drei Faktoren dargelegt und gezeigt, dass systematische implizierte Leistungskürzungen und nicht nur die tatsächlich ausgehandelte umlegbare Kostensteigerung für den Anstieg verantwortlich sind. Dabei lässt sich zeigen, dass für die Kostenentwicklung zwei Faktoren hauptsächlich verantwortlich sind, die umlegbaren Kostensteigerungen und das Verhältnis von

¹³ Da die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Zahlen nicht jährlich, sondern zweijährlich veröffentlicht, wurde der gesparte Anteil der nicht veröffentlichten Jahre durch Interpolation geschätzt.

Versicherungsleistung zu den Eigenanteilen. Letzteres wiederum ist abhängig von mehreren Faktoren, wie regionale Kostenstrukturen, Trägerschaft und die einrichtungsindividuellen Kostenstrukturen. Zusätzlich ändert sich das Verhältnis auch nach jeder Pflegesatzverhandlung und damit zeitlich. Im Jahr 2019 sind die monatlichen einrichtungseigenen Eigenanteile im Bundesdurchschnitt um 100,00 € pro Monat gestiegen, bei diesem Anstieg lassen sich 41,19 € auf die eigentliche Kostensteigerung zurückführen und 58,81 € auf indirekte Leistungskürzungen der Pflegekassen. In Anbetracht der Finanzierungsprobleme der Pflegekassen und den zuspitzenden demographischen Wandel kommen die implizierten Leistungskürzungen den Pflegekassen recht.

Da die Anpassung der Versicherungsleistung nach § 30 SGB XI in den Händen der Bundesregierung liegt, ist diese Entscheidung nicht nur eine wirtschaftliche, sondern auch eine politische. Beitragserhöhung oder nominale Leistungskürzungen sind politisch äußerst unpopuläre Mittel. Die reale Entwertung der Versicherungsleistung ist daher ein geeigneter Kompromiss den Finanzierungsdruck der Pflegekassen zu mindern und mit keinen politischen Konsequenzen rechnen zu müssen.¹⁴

Des Weiteren haben wir gesehen, dass die umlegbaren Kosten historisch weniger gestiegen sind als Verbraucherpreisindex und Bruttolöhne. Die Ursache davon liegt sicher nicht im effizienten Wirtschaften der Marktteilnehmer oder an einen speziellen Warenkorb. Es ist eher davon auszugehen, dass Pflegekassen und Träger der Sozialhilfe die volle Umlage der Kostensteigerungen nur bedingt zulassen. In diesem Rahmen kompensierte die Pflegekasse teilweise für ihre Leistungskürzungen zu Gunsten der Pflegebedürftigen und Sozialkassen; zu Lasten geht das gegenwertige System von Pflegeeinrichtungen. Einrichtungen, die durch niedrige Auslastungen, stark steigenden Kosten und hohen Investitionsbedarf ohnehin schon belastet sind. Dieser Sachverhalt könnte auch den signifikanten Anstieg an defizitären Einrichtungen erklären. Nach Angaben des Pflegeheim Rating Report 2020 verzeichneten im Jahr 2017 24% aller Pflegeheime einen Verlust, während es im Jahr 2015 nur 14% waren (Heger et al. 2019). Das ist ein jährlicher Anstieg von 4,3%. Sollte sich die Dynamik fortsetzen, wäre bis 2022 jedes zweite und bis 2029 jedes Pflegeheim defizitär. Dies scheint im Hinblick auf Abbildung 1 auch nicht verwunderlich. Bruttolohnentwicklung und Verbraucherpreise entwickelten sich wesentlich stärker als die umlegbaren Kostensteigerungen von Pflegeheimen. Aufgrund des Fachkräftemangels und des demographischen Wandels haben Einrichtungen aktuell und in Zukunft hohen Investitionsbedarf. Unter dem jetzigen System scheinen Einrichtungen es nicht einmal zu schaffen, tatsächliche Kostensteigerungen auf den Preis umlegen zu können. Mit immer mehr Heimen, die defizitär betrieben werden, können

¹⁴ Die Wahrnehmungsunterschiede zwischen Real- und Nominalwerten wurden von Shafir et al. 1997 eingehend ausgearbeitet.

weder Investitionen in die Akquise oder Ausbildung von Fachkräften geleistet werden, noch ein Ausbau der Kapazitäten, die notwendig wären, um den wachsenden Bedarf abzudecken, den der demographische Wandel mit sich bringt.

Wäre es politische gewollt, die Entwicklung des Heimentgeltes zu verlangsamen, dann bedarf es nicht zwangsläufig eine Pflegekassenreform. Im Gegenteil, nach § 30 SGB XI ist die Bundesregierung ermächtigt, zur Einleitung eines Verfahrens zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Anpassung der Leistung. Damit wäre zumindest kurz- und mittelfristig eine nachhaltige Entlastung der Pflegebedürftigen geschaffen. Von der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angestrebten Werterhaltung der Versicherungsleistung kann unter den jetzigen Umständen nicht gesprochen werden. Die Daten von 2018 bis 2019 zeigen, dass die systematische indirekte Leistungskürzung auch noch nach Einführung des Gesetzes stattfindet und dies sogar stärker als zuvor.

Literatur

- Bahnsen, L., Kohlstruck, T., Manthei, G., Raffelhüschen, B. & Seuffert, S.** (2019) Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Update 2019: Fokus: Pflegefall Pflegeversicherung?, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, No. 146.
- Bahnsen, L., Fetzer, S., Franke, F. & Hagist, C.** (2018) Gone with the Windfall - Germany's Second LTC Strengthening Act and its Intergenerational Implications, Working Paper 18/05.
- Bailey, M. J.** (1956) The Welfare Cost of Inflationary Finance, Journal of Political Economy, Volume 64, Number 2, Apr., 1956.
- Bundesrat** (2019) Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 106/19 vom 01.03.2019 (Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein).
- Deutscher Bundestag** (2007) Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache 16/7439 vom 07. 12. 2007.
- Deutscher Bundestag** (2016) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Drucksache 18/10510 vom 30.11.2016.
- Greß, S., Haun, D. und Jacobs, K.** (2019) Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung, Pflege Report 2019, S.242.
- Häcker, J. & Raffelhüschen, B.** (2004) Denn sie wussten, was sie taten: zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Vol. 73, Iss. 1, pp. 158-174.
- Heger, D., Augurzky, B., Kolodziej, I., Krolop, S. & Wuckel, C.** (2019) Pflegeheim Rating Report 2017. Medhochzwei, Heidelberg.
- Kochskämper, S.** (2019) Pflegeheimkosten und Eigenanteile in der stationären Pflege, Köln, Institut der deutschen Wirtschaft.
- Kochskämper, S., Arentz, C. & Moritz, M.** (2019) Zwei-Säulen Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung, Köln, Institut der deutschen Wirtschaft.
- Ottnad, A.** (2003) Pflegeversicherung - Last Exit, Wirtschaftsdienst, Vol. 83, Iss. 12, pp. 777-785.

- Rothgang, H.** (2015) Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (Hrsg.).
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T.** (2017) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform.
- Shafir, E., Diamond, P. & Tversky, A.** (1997) Money Illusion, The Quarterly Journal of Economics, Volume 112, Issue 2.
- Weiß, C., Sünderkamp, S. & Rothgang, H.** (2014) Strukturelle Einflüsse auf die Pflegenoten: Eine Analyse nach Anbietergröße, Trägerschaft und regionaler Lage, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Vol. 83, Iss. 4, pp. 87-105.

TABELLE 2

UMLEGBARE KOSTENSTEIGERUNG UND LEISTUNGSKÜRZUNGEN VON 2018 BIS 2019 JE BUNDESLAND UND PFLEGEGRAD

Die Tabelle zeigt den relativen Anstieg der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile je Bundesland von 2018 bis 2019. Da die Zuzahlung der Pflegekasse sich je nach Pflegegrad unterscheidet, unterscheiden sich auch die Verteilung von umlegbaren Kostensteigerung und Leistungskürzung je Pflegegrad. Die Summe aus Leistungskürzung und umlegbare Kostensteigerung ergibt jeweils den prozentualen Anstieg der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile. Unter den prozentualen Leistungskürzungen sind die pflegegradabhängigen Leistungskürzungsfaktoren in Klammern dargestellt $\frac{1}{\frac{p_{t,j}}{\tau_j} - 1}$.

Bundesland	%eeE Steigerung	Umlegbare Kostensteigerung						Leistungskürzung (Leistungskürzungsfaktor)					
		PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	Ø	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	Ø
Baden-Württemberg	15%	13%	8%	6%	5%	4%	7%	2%	7%	9%	10%	11%	8%
								(0,15)	(0,93)	(1,52)	(2,14)	(2,42)	(1,43)
Bayern	18%	15%	9%	7%	5%	5%	8%	3%	9%	11%	13%	13%	10%
								(0,17)	(1,05)	(1,72)	(2,42)	(2,74)	(1,62)
Berlin	9%	8%	5%	4%	3%	3%	4%	1%	4%	5%	6%	6%	5%
								(0,15)	(0,92)	(1,50)	(2,11)	(2,38)	(1,41)
Brandenburg	31%	25%	12%	9%	7%	6%	12%	6%	18%	22%	24%	24%	19%
								(0,25)	(1,52)	(2,49)	(3,51)	(3,96)	(2,35)
Bremen	27%	21%	10%	7%	5%	5%	10%	6%	17%	20%	22%	22%	17%
								(0,29)	(1,76)	(2,88)	(4,05)	(4,58)	(2,71)
Hamburg	15%	12%	6%	5%	4%	3%	6%	3%	9%	10%	11%	12%	9%
								(0,22)	(1,35)	(2,21)	(3,10)	(3,51)	(2,08)
Hessen	23%	19%	10%	7%	6%	5%	9%	4%	13%	16%	18%	18%	14%
								(0,22)	(1,36)	(2,23)	(3,14)	(3,54)	(2,10)
Mecklenburg-Vorpommern	78%	55%	21%	15%	11%	10%	22%	23%	57%	63%	67%	68%	56%
								(0,43)	(2,64)	(4,32)	(6,08)	(6,87)	(4,07)
Niedersachsen	30%	22%	10%	7%	5%	5%	10%	7%	20%	23%	24%	25%	20%
								(0,33)	(2,05)	(3,36)	(4,72)	(5,33)	(3,16)
Nordrhein-Westfalen	9%	8%	4%	3%	3%	2%	4%	1%	5%	6%	7%	7%	5%
								(0,18)	(1,11)	(1,83)	(2,57)	(2,90)	(1,72)
Rheinland-Pfalz	16%	13%	7%	5%	4%	4%	7%	3%	9%	11%	12%	12%	9%
								(0,21)	(1,28)	(2,10)	(2,95)	(3,34)	(1,98)
Saarland	10%	8%	5%	4%	3%	3%	4%	1%	5%	6%	7%	7%	5%
								(0,16)	(0,99)	(1,62)	(2,27)	(2,57)	(1,52)
Sachsen	59%	41%	16%	11%	8%	7%	16%	18%	43%	48%	51%	52%	43%
								(0,45)	(2,77)	(4,54)	(6,38)	(7,21)	(4,27)
Sachsen-Anhalt	76%	52%	20%	13%	10%	9%	21%	24%	56%	62%	66%	67%	55%
								(0,46)	(2,84)	(4,66)	(6,55)	(7,40)	(4,38)
Schleswig-Holstein	42%	31%	13%	9%	7%	6%	13%	11%	29%	33%	35%	36%	29%
								(0,38)	(2,31)	(3,79)	(5,33)	(6,02)	(3,57)
Thüringen	66%	42%	14%	10%	7%	6%	16%	24%	52%	56%	59%	60%	50%
								(0,58)	(3,60)	(5,90)	(8,29)	(9,37)	(5,55)

Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft
Sample: 16 Bundesländer