

Faktenblatt

Thema: Pflegeversicherung

15.03.2018, Pressestelle GKV-Spitzenverband

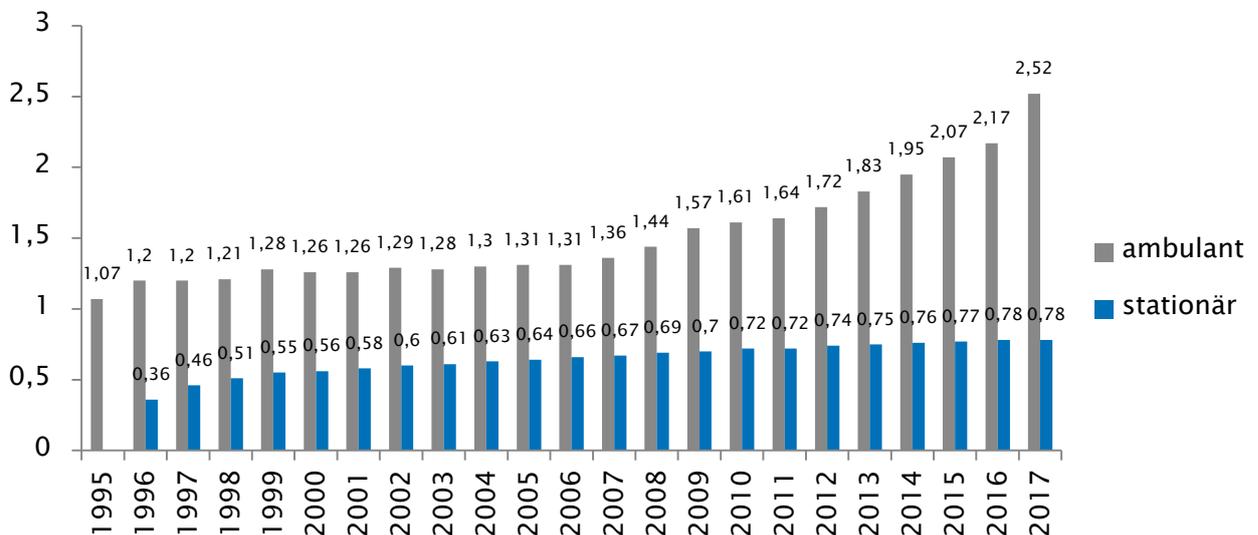


Was will die Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung sichert seit 1995 das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit ab und ermöglicht den Hilfebedürftigen ein relativ selbstständiges und selbstbestimmtes Leben. GKV-Versicherte sind automatisch in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung übernimmt die soziale Pflegeversicherung nicht alle anfallenden Pflegekosten, sondern nur einen Teil. Seit 1. Januar 2017 greift eine neue Systematik; es gibt nun fünf Pflegegrade (früher drei Pflegestufen + Pflegestufe Null). Der jeweilige Pflegegrad wird mit Hilfe eines neuen Begutachtungsinstruments ermittelt. Körperliche und geistige Einschränkungen sind dabei gleichwertig zu beachten.

Anzahl der Leistungsempfänger

Ende 2017 erhielten 3,30 Millionen Frauen und Männer in Deutschland Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Rund 2,52 Millionen gesetzlich Versicherte werden zu Hause durch Angehörige oder Pflegedienste betreut, rund 780.000 leben in Heimen. Bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 bezogen etwas über 1 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung.



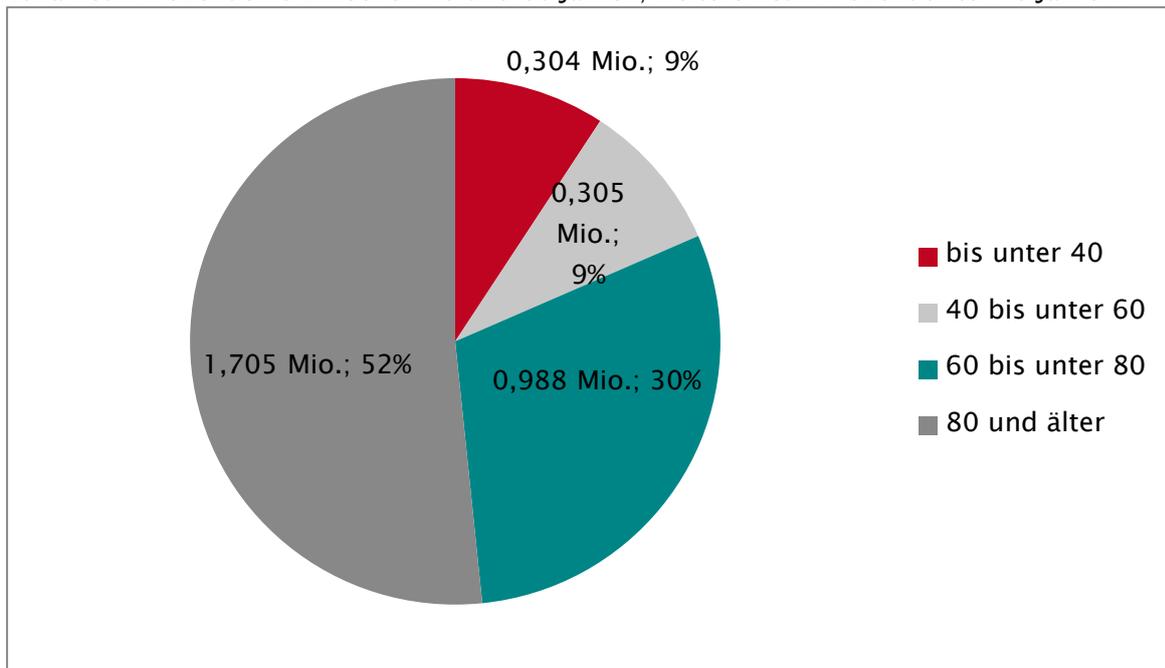
Angaben in Millionen und ohne die private Pflegeversicherung

Quelle: Amtliche Statistik PG 2



Leistungsempfänger nach Altersgruppen

Im Jahr 2017 war jeder zweite der rund 3,3 Millionen Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung 80 Jahre oder älter. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen waren zwischen 60 und 80 Jahren (30 Prozent). Von der sozialen Pflegeversicherung profitieren aber auch Jüngere: Etwa neun Prozent sind zwischen 40 und 60 Jahren; weitere neun Prozent unter 40 Jahren.



Quelle: Amtliche Statistik PG 2 12/2017

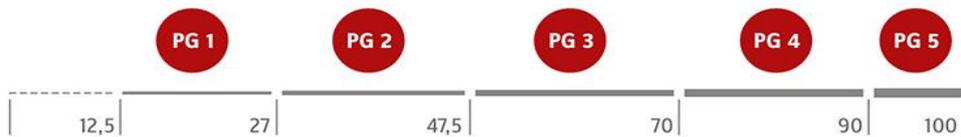
Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Pflegeversicherte haben u. a. Anspruch auf Geld- und/oder Sachleistungen. Die Sachleistungen umfassen Leistungen wie z. B. die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und vollstationäre Pflege.

Diese Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt. Durch Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder durch andere von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Experten wird ein Gutachten über den Grad der Hilfebedürftigkeit erstellt.

Die Gutachter stellen in einem Besuch vor Ort fest, wie selbstständig ein Mensch seinen Alltag noch meistert und an welchen Stellen er Hilfe braucht. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Betroffene körperliche oder psychische Einschränkungen hat. Zu bewerten ist allein, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Seit 1. Januar 2017 gibt es fünf Pflegegrade (früher drei Pflegestufen + Pflegestufe Null).

Fünf Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegrade)



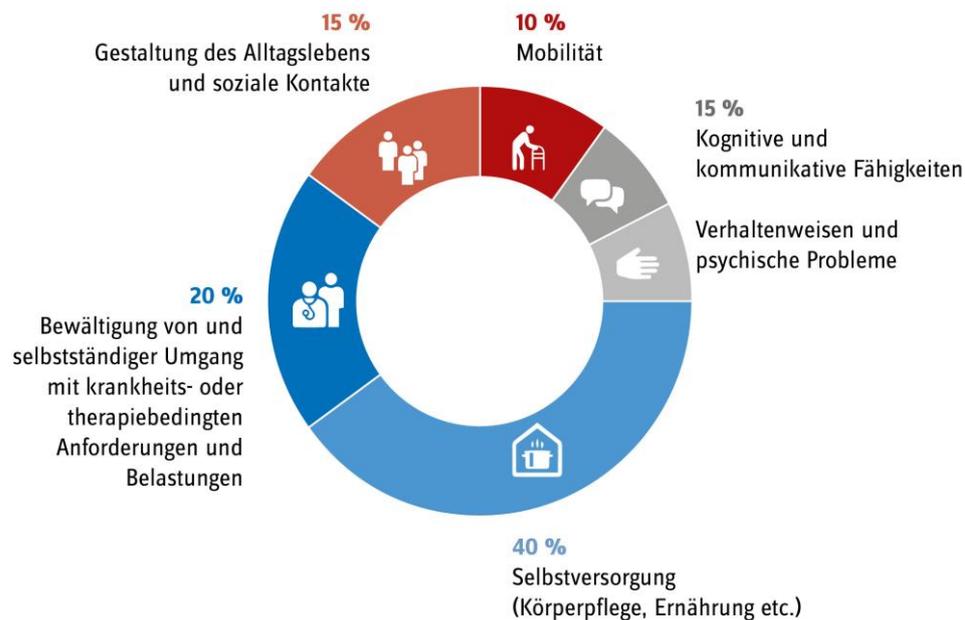
- PG 1 **geringe** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2 **erhebliche** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3 **schwere** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4 **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5 **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Quelle: Medizinischer Dienst der Krankenkassen; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Der jeweilige Pflegegrad wird auf der Grundlage eines neuen Begutachtungsinstruments ermittelt, der die Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Möglichkeiten, deren Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen, besser erfasst. Es wird klarer als bisher erkennbar, wo und wie Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen ansetzen müssen.

Beim Erfassen des Pflegegrades werden sechs Lebensbereiche betrachtet und unterschiedlich gewichtet:

- Mobilität, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte



Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Darstellung: MDS, GKV-Spitzenverband

Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

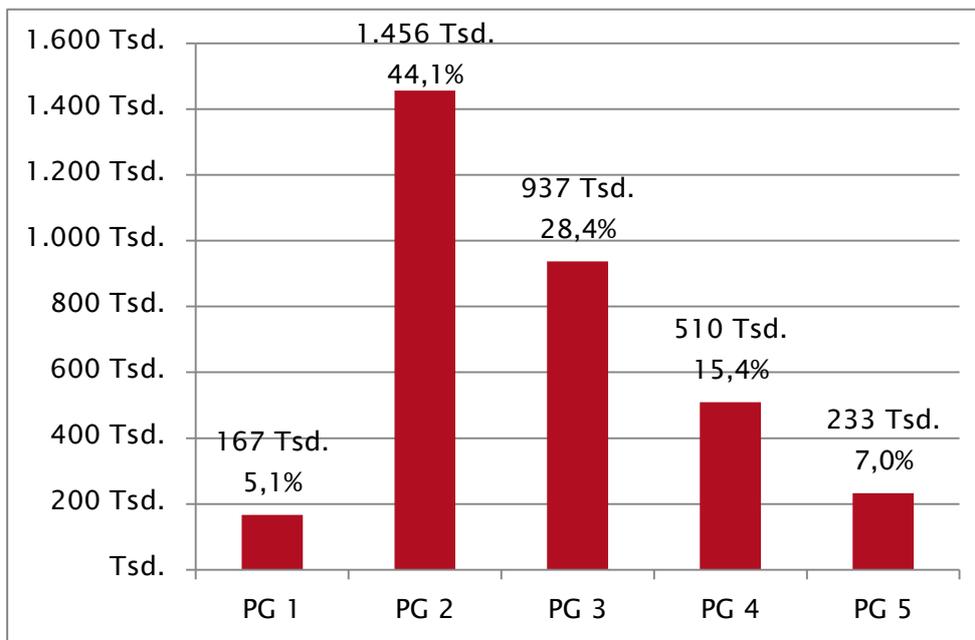
Versicherte, die bis Ende 2016 bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen haben, sind automatisch in die neuen Pflegegrade übergeleitet worden. Dabei galt der Grundsatz: Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten anstelle der bisherigen Pflegestufe den nächsthöheren Pflegegrad. Pflegebedürftige, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden zwei Pflegegrade höher eingestuft.

aktueller Pflegegrad	Alltagskompetenz	Frühere Pflegestufe
Pflegegrad 2	mit eingeschränkter Alltagskompetenz	keine Pflegestufe
Pflegegrad 2	ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegestufe 1
Pflegegrad 3	mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe 1
Pflegegrad 3	ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegestufe 2
Pflegegrad 4	mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe 2
Pflegegrad 4	ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegestufe 3
Pflegegrad 5	mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe 3

Niemand sollte durch die Umstellung schlechter gestellt werden. Alle, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hatten, bekommen diese weiterhin mindestens im gleichen Umfang wie bisher. Bei den meisten Betroffenen führte die Überleitung in die neuen Pflegegrade jedoch zu höheren Leistungen als bisher.

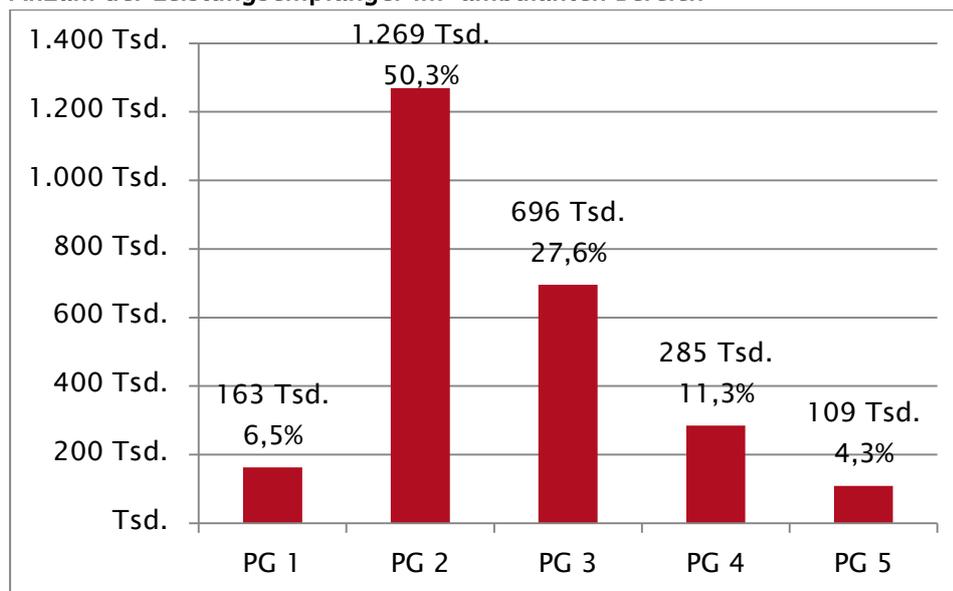
Anzahl der Leistungsempfänger insgesamt

nach der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade, inklusive neueingestufter Fälle



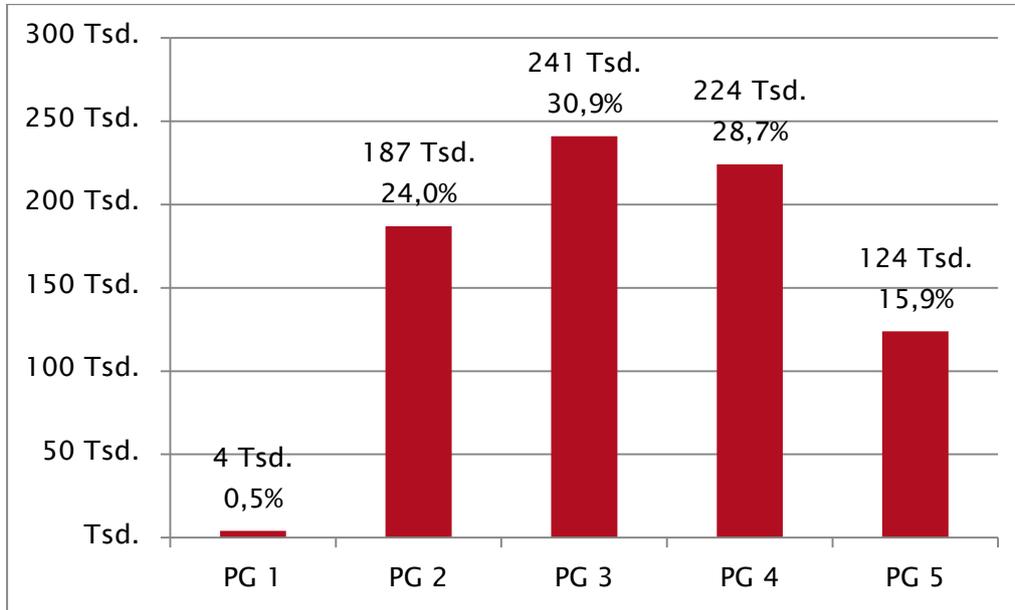
Quelle: Amtliche Statistik PG 2 12/2017

Anzahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich



Quelle: Amtliche Statistik PG 2 12/2017

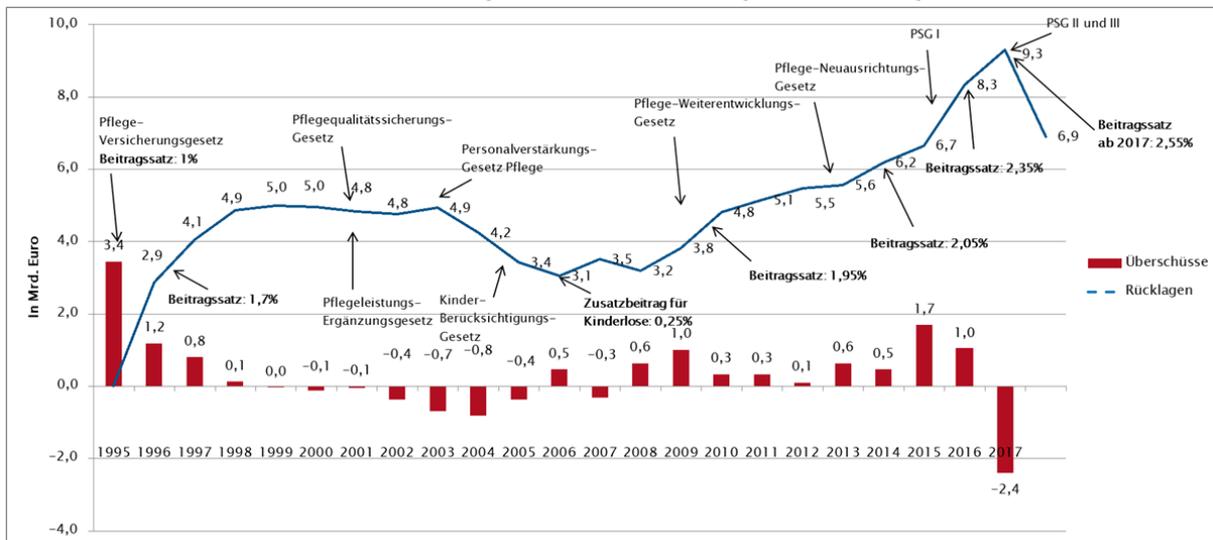
Anzahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich



Quelle: Amtliche Statistik PG 2 12/2017

Finanzsituation der Pflegeversicherung

Finanzielle Überschüsse und Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds

Seit Einführung der Pflegeversicherung haben sich die Ausgaben von damals fünf Milliarden Euro auf 29,71 Milliarden Euro im Jahr 2016 nahezu versechsfacht. Seit 1999 weist die Pflegeversicherung in der Regel eine negative Entwicklung auf und es wird kontinuierlich auf die in den ersten Jahren aufgebauten Rücklagen zurückgegriffen. 2006 kam es durch einen

Buchungseffekt – die Pflegekassen hatten durch ein zeitliches Vorziehen praktisch 13 Monatsbeiträge erhalten – zu einem Überschuss von 450 Millionen Euro. 2008 und 2009 erhöhte sich der Beitragssatz um 0,25 Beitragssatzpunkte, was zu einem Einnahmeüberschuss von 0,6 Mrd. Euro bzw. 1 Mrd. Euro führte. Im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes 2013 wurde der Beitragssatz um 0,1 Punkte angehoben. Die soziale Pflegeversicherung wies im Jahr 2013 einen Überschuss von 0,6 Mrd. Euro auf. Der Beitragssatz erhöhte sich ab 2015 mit Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG) 0,3 Beitragsspunkte.¹ Dies und die gute konjunkturelle Lage führten in 2015 zu einem Einnahmeüberschuss von 1,7 Mrd. Euro und im Jahr 2016 zu einem Überschuss von 1 Mrd. Euro. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs überstiegen erwartungsgemäß die Ausgaben die Mehreinnahmen, was zu einem negativen Saldo von 2,4 Mrd. Euro führte.

Die Rücklagen als „Sondervermögen“

Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Ausgleichsfonds) die eingehenden Beiträge u. a. aus den von den Pflegekassen überwiesenen Überschüssen aus Betriebsmitteln und Rücklagen (vgl. § 65 SGB XI i. V. m. §§ 63 und 64 SGB XI). Die Rücklagen der Pflegeversicherung erreichten Ende 2016 einen historischen Höchststand von 9,37 Milliarden Euro. Allerdings war dieser hohe Mittelbestand politisch geplant, um die mit dem PSG II einhergehenden Leistungsdynamisierungen, Überleitungskosten und den Besitzstandschutz in den nächsten Jahren finanziell abzufangen. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schmolz der Mittelbestand 2017 ab. Er liegt derzeit bei 6,9 Mrd. €. Die Überschüsse müssen aber immer für den monatlichen Finanzausgleich und dem Jahresfinanzausgleich zwischen den Pflegekassen zur Verfügung stehen.

¹ Hierbei muss berücksichtigt werden, dass 0,1 Beitragsspunkte dem Aufbau des Pflegevorsorgefonds dienen. Der Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Prozent des Bruttolohns ist unverändert geblieben.

Ausgaben nach Leistungen

Für Leistungen hat die Pflegeversicherung 2017 insgesamt 35,5 Milliarden Euro ausgegeben.
Einige Leistungsbereiche im Detail (in Mrd. €)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
vollstationäre Pflege	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74	10,91	13,00
Geldleistung	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46	6,84	9,99
Pflegesachleistungen	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70	3,83	4,50
Soziale Sicherung Pflegeperson	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96	0,99	1,54
Pflegeurlaub	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88	1,05	1,12
Stationäre Vergütungszuschläge	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03	1,23	1,31
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,34	0,36	0,44	0,53	0,76	0,81	0,88
Zusätzliche Betreuungsleistungen	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68	1,01	1,23
Kurzzeitpflege	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50	0,57	0,60
Tages-/Nachtpflege	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41	0,52	0,68
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28	0,29	0,40
sonstige Leistungsausgaben	0,06	0,08	0,11	0,12	0,14	0,16	0,20
Pflegeberatung	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09

Quelle: Amtliche Statistik PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs standen für das Jahr 2017 jedem Leistungsempfänger durchschnittlich Leistungen von rund 10.800 Euro zur Verfügung. Das ist eine Steigerung von 12 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Durchschnittliche jährliche Leistungen pro Leistungsempfänger in Euro

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
8.900 €	8.900 €	9.000 €	8.900 €	9.400 €	9.600 €	10.800 €

Quelle: Amtliche Statistiken PG 2 und PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds

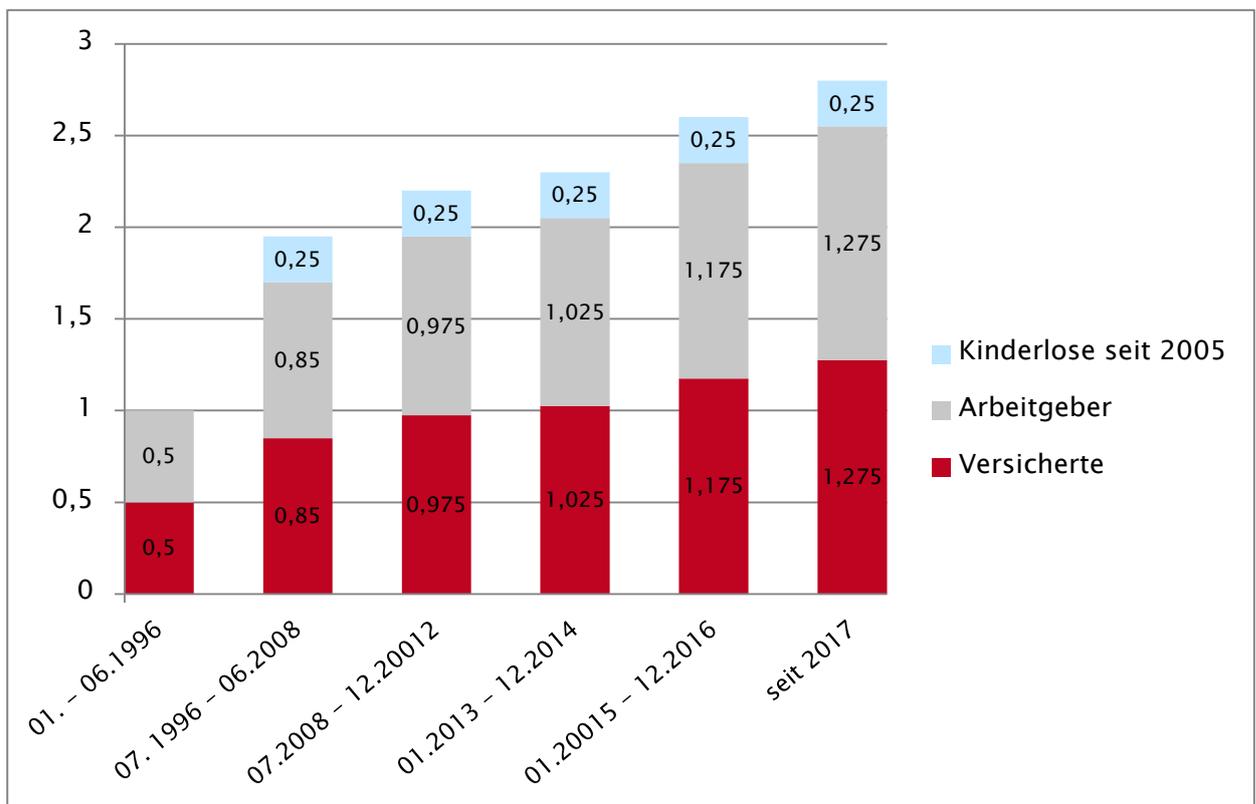
Beitragssatz

Ab 1. Januar 2017 beträgt der Beitragssatz für gesetzlich Versicherte 2,55 Prozent (zuvor 2,35 Prozent) vom Bruttobetrag des Arbeitsentgelts oder der Rente – jedoch nur bis zum Höchstbetrag für die Krankenversicherung von monatlich 4.425 Euro. Familienangehörige sind beitragsfrei mitversichert, wenn in der Krankenkasse ein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Rentner tragen seit dem 1. April 2004 den Beitrag zur Pflegeversicherung allein; davor erhielten sie 50 Prozent Beitragszuschuss vom Träger der Rentenversicherung. Kinderlose Mitglieder der GKV (ab dem 23. Lebensjahr, jedoch nicht vor 1940 geboren) zahlen seit 2005 zusätzlich pro Monat 0,25 Beitragssatzpunkte. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert, hierfür wurde 1995 der Buß- und Betttag als Feiertag abgeschafft; den Zuschlag für Kinderlose tragen die Versicherten alleine. Mit der Einführung des Ersten

Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) am 01. Januar 2015 werden 0,1 Beitragssatzpunkte für den neu geschaffenen Pflegevorsorgefonds verwendet.

Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung

Angaben in Prozent



Personengruppe	Beitragssätze ab 1. Januar 2017	
	Versicherte	Arbeitgeber/ Träger
GKV-Pflichtversicherte (außer Sachsen)	1,275 %	1,275 %
GKV-Pflichtversicherte Sachsen (Buß- und Bettag erhalten geblieben)	1,775 %	0,775 %
Familienversicherte	0,000 %	0,000 %
Rentner	2,55 %	0,000 %
Freiwillig gesetzliche Versicherte Angestellte	1,275 %	1,275 %
Freiwillig gesetzliche Versicherte Freiberufler	2,55 %	0,000 %
Kinderlose (seit 2005 zusätzlich)	0,250 %	0,000 %