



# DISKUSSIONSBEITRÄGE DISCUSSION PAPERS

Effizienzreserven in der stationären  
Pflege in Deutschland: Versuch einer  
Quantifizierung und Implikationen für  
die Reform der Gesetzlichen  
Pflegeversicherung

Jasmin Häcker  
Birgit König  
Bernd Raffelhüschen  
Matthias Wernicke  
Jürgen Wettke

No. 16 – August 2007



# **Effizienzreserven in der stationären Pflege in Deutschland: Versuch einer Quantifizierung und Implikationen für die Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung**

**Jasmin Häcker**

Forschungszentrum Generationenverträge  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Birgit König**

McKinsey & Company, Inc.

**Bernd Raffelhüschen**

Forschungszentrum Generationenverträge  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Matthias Wernicke**

McKinsey & Company, Inc.

**Jürgen Wettke,**

McKinsey & Company, Inc.

Erste Version: Januar 2007

Diese Version: August 2007

Korrespondenz: Jasmin Häcker, Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79085 Freiburg

(Fax: +49-761-203 2290; [jasmin.haecker@generationenvertraege.de](mailto:jasmin.haecker@generationenvertraege.de))

Für wertvolle Hinweise und konstruktive Kritik gilt unserer besonderer Dank Frau Karen Mühlenbein.

## **Abstract**

The design of the German statutory long-term care insurance (LTCI) is deficient in many respects. One of the major flaws in nursing home care is the inherent incentive problem concerning the relationship of the insured, the insurers and the nursing homes: For one, there is no competition amongst the insurers which influences the negotiation behaviour towards the nursing homes concerning the fixing of the daily payment rates. The nursing homes in turn are more or less unrestricted at setting the daily payment rate as the insured are mostly not in a position to fully practice their consumer sovereignty in case of the need of long-term care treatment. In the framework of this paper we try to quantify the efficiency reserve behind these disincentives in nursing home care and try to assess to what extent the contribution rate to LTCI could be reduced, if the efficiency reserves were exhausted.

JEL-Classification: I18; H55; J10

## 1. Einleitung

Die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV), darunter insbesondere die stationäre Altenpflege in Deutschland, stehen an einem Scheidepunkt. Das aktuelle System ist in seiner jetzigen Aufstellung nicht mehr finanzierbar, die durch das System geleistete Qualität der stationären Altenpflege stark schwankend und in vielen Fällen unbefriedigend.

Die Finanzierungsschwierigkeiten der GPV entstehen dabei im Wesentlichen durch die Finanzierung im Umlageverfahren vor dem Hintergrund des „doppelten Alterungsprozesses“. Im Umlageverfahren müssen die laufenden Ausgaben aus den laufenden Einnahmen finanziert werden. Bedingt durch den doppelten Alterungsprozess, der durch eine sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung gekennzeichnet ist, sinken einerseits die durchschnittlichen Beitragseinnahmen je Mitglied der GPV, da die durchschnittlichen Beitragszahlungen eines Rentners geringer sind als die eines Erwerbstätigen. Andererseits führt die Finanzierung nach dem Umlageverfahren bei einer im Durchschnitt alternden Gesellschaft zu höheren Ausgaben der GPV, da Pflegeleistungen fast ausschließlich im Alter in Anspruch genommen werden. Obwohl momentan noch ein recht ausgewogenes Verhältnis von Beitragszahlern und Transferempfängern vorliegt, ist die GPV nichtsdestotrotz seit dem Jahr 1999 unterfinanziert: seit sieben Jahren decken die jährlichen Ausgaben nicht mehr die im gleichen Jahr erzielten Einnahmen. Bislang konnten die Defizite noch durch die in der Anfangsphase der Pflegeversicherung angesparten Finanzreserven beglichen werden, jedoch ist angesichts der zukünftig zu erwartenden Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben bereits heute absehbar, dass der Beitragssatz maximal noch zwei Jahre auf dem heutigen Niveau von 1,7 Prozent<sup>1</sup> gehalten werden kann, bis die Demographiereserve schließlich zur Gänze abgeschmolzen ist. Danach sind Beitragssatzsteigerungen unausweichlich.<sup>2</sup>

Strukturbedingt verschärft sich die Finanzierungssituation der GPV durch die an unterschiedlichen Stellen auftretenden Fehlanreize – das Resultat des mangelnden Kassen- und Vertragswettbewerbs in der GPV. So kommt es insbesondere im stationären Bereich (der ca. 50% der Gesamtausgaben der GPV ausmacht) durch unzureichende Markttransparenz sowie kollektive Vergütungsregelungen zu erheblichen Fehlanreizen, die in der Folge u.a. bei den Leistungsanbietern Anstrengungen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung reduzieren. Damit sind sowohl auf der Kosten- als auch auf der Qualitätsseite

---

<sup>1</sup> Seit dem 01. Januar 2005 tragen kinderlose Versicherte außerdem einen Beitragsaufschlag von 0,25 Prozentpunkten.

<sup>2</sup> Die Anwendung der isolierten Form der Generationenbilanzierung auf die GPV und die methodisch darauf basierende Berechnung von Beitragssatzentwicklungen erfolgte erstmals durch Fetzer et al. (2002, 2003).

nützliche Effekte des Wettbewerbs außer Kraft gesetzt, was die momentan zu beobachtende kritische Finanzentwicklung in Zukunft verstärken kann. Jede Diskussion zu einer Reform der Pflegeversicherung und der stationären Pflege muss zunächst damit beginnen, diese Fehlanreize zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen zu adressieren. Erst nachdem diese grundsätzliche Diskussion gelöst ist, sollten weitere Fragen, wie die notwendige Leistungsdynamisierung oder die Umstellung der Finanzierung auf kapitalgedeckte Modelle, diskutiert werden.

Im Rahmen dieses Beitrags soll analysiert werden, wo im System der GPV die Fehlanreize liegen, in welchem Ausmaß sich diese beheben und damit Effizienzgewinne realisieren lassen und inwiefern dies zu einer Entschärfung der Finanzproblematik der GPV führen kann. Dazu werden in Abschnitt 2 die durch Fehlanreize hervorgerufene Ineffizienzen im Bereich der stationären Pflege aufgezeigt und quantifiziert, bevor in Abschnitt 3 Beitragssatzprojektionen der GPV unter Berücksichtigung der Ausschöpfung dieser im System liegenden Effizienzreserven erfolgen. Abschnitt 4 schließt mit einem Ausblick.

## **2. Fehlanreize in der stationären Pflege**

### **2.1 Hintergrund: Status quo**

In einem effizienten Markt führt das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage zu einem gesamtwirtschaftlich optimalen Preis-Leistungs-Verhältnis. Der Markt für Pflegedienstleistungen und für Pflegeversicherungen ist jedoch nicht effizient in diesem Sinne. Pflegedienstleistungen sind im wirtschaftlichen Sinne ein *Vertrauensgut*, d.h. die wirkliche Qualität der erbrachten Dienstleistung kann vom Konsumenten nicht oder nur sehr schwer eingeschätzt werden – sogar nach dem Konsum dieser Dienstleistung. Aus diesem Grund können Konsumenten nicht immer das optimale Preis-Leistungs-Verhältnis auswählen und dadurch Wettbewerbsdruck auf die anderen Anbieter zur Kostensenkung oder Qualitätssteigerung ausüben.

Durch die staatliche Vorgabe von Versicherungsleistungen und -kosten sowie die bei den Leistungsanbietern vorliegende „leistungsgerechte“ Vergütung, die zusammen mit §84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI letztlich aber dem Selbstkostendeckungsprinzip entspricht, werden zudem die positiven Kräfte eines wettbewerblichen Marktes, nämlich Druck zu Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen sowie die Differenzierung von

Versicherungsangebot und Dienstleistung, außer Kraft gesetzt.<sup>3</sup> Es entstehen Strukturen, in denen diese Anreize fehlen und die dadurch wiederum zu Ineffizienzen führen. Worin bestehen die grundsätzlichen Fehlanreize? Zur Beantwortung dieser Frage ist ein tieferes Verständnis des aktuellen Systems notwendig.

Im Wesentlichen handelt es sich bei dem System der Erstattung stationärer Pflegeleistungen um eine Dreiecksbeziehung zwischen Versichertem, Pflegekasse und Pflegeheim. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Absicherung einer Grundleistung für einen fixen, gesetzlich geregelten Beitrag des Versicherungsnehmers. Im Leistungsfall zahlt die Pflegekasse diese Grundleistung (den so genannten Pflegestufensatz) direkt an das Heim aus. Allerdings ist die Grundleistung nicht komplett kostendeckend, so dass der Versicherte zusätzlich eine Eigenbeteiligung an das Heim zu leisten hat. Wiederum richtet sich aber die Gesamtvergütung des Heimes für einen Pflegebedürftigen nach den Pflegesätzen, die individuell zwischen den Pflegekassen und den Heimen verhandelt werden.<sup>4</sup> Innerhalb dieser Dreiecksbeziehung bestehen eine Reihe von Fehlanreizen:<sup>5</sup>

1. *Beschränkter Kostendruck auf Heime:* In den Verhandlungen über die Heimgesamtvergütung (Pflegesatzverhandlungen zwischen Pflegekasse und Pflegeheim) haben die verhandlungsführenden Pflegekassen keinen materiellen Anreiz, die Kosten möglichst gering zu verhandeln, da die Kosten für Heimaufenthalte durch die Pflegeversicherung stets und völlig unabhängig vom Pflegesatz bis zur pauschalisierten Höhe der Pflegestufe übernommen wird.
2. *Beschränkter Wettbewerb zwischen Heimen auf Qualitäts- und Kosten-Ebene:* Welches Pflegeheim gewählt wird, entscheidet der Versicherte bzw. seine Angehörigen. Im Prinzip sollten verschiedene Heime bei dieser Entscheidung im Wettbewerb stehen, allerdings kann sich auch auf dieser Ebene aus drei Gründen kaum Wettbewerbsdruck aufbauen: Erstens haben Versicherte und deren Angehörige bisher kaum verlässliche und vergleichbare Informationen über die Qualität der Pflege in den verschiedenen, potenziell zur Verfügung stehenden

---

<sup>3</sup> Das SGB XI sieht eine „leistungsgerechte“ Vergütung vor (§84 Abs. 2 SGB XI). Darin ist festgelegt, dass die „leistungsgerechten“ Pflegesätze es einem Heim ermöglichen müssen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsvertrag zu erfüllen. De facto sind damit die individuellen Kosten ausschlaggebend für die Höhe der Entgelte. Dies hat zur Folge, dass die Heimentgelte für Pflegebedürftige seit Inkrafttreten der GPV stetig und über der Inflationsrate gestiegen sind und sich in der Tendenz nach oben, also zu den teuersten Heimen hin, angeglichen haben; siehe hierzu Roth und Rothgang (1999;2000).

<sup>4</sup> Siehe u.a. Klie (2000) für eine detaillierte Darlegung der entgeltlichen Vorgaben, der Entgeltstruktur und Entgelthöhe.

<sup>5</sup> Eine ausführliche Darstellung der Probleme der derzeitigen Heimentgelt-Regelungen und den damit verbundenen Fehlanreizen findet sich u.a. in Rothgang et al. (2005) und in Enquete-Kommission (2005).

Heimen, so dass eine Entscheidung nicht auf Basis von belastbaren und vergleichbaren Qualitätsindikatoren getroffen werden kann. Zweitens kann der Versicherte in Fällen von akut eintretender Pflegebedürftigkeit (typischerweise nach einem Krankenhaus-Aufenthalt) in den seltensten Fällen zwischen mehreren lokalen Anbietern auswählen – häufig ist nur in einem der ortsansässigen Heime ein Pflegeplatz verfügbar, so dass die Heime in einer Situation von temporären lokalen Monopolstellungen agieren. Drittens ist in ca. 30 Prozent der Fälle auch das Kostenargument bei den Zuzahlungen außer Kraft gesetzt, da die Sozialämter in diesen Fällen einen Teil der Versicherten-Eigenbeteiligung übernehmen.<sup>6</sup>

3. *Kein Versicherungs-Wettbewerb:* In der GPV sind bei einer allgemeinen Versicherungspflicht sowohl Leistungsumfang als auch Beitragssatz gesetzlich vorgeschrieben. Damit gibt es für die Basisleistung weder Kostenwettbewerb noch Angebotsdifferenzierung auf Seiten der Pflegekassen. Darüber hinaus gibt es auch bei Pflegezusatztarifen der privaten Anbieter – bspw. im Vergleich zum Krankenversicherungsmarkt – nur eine geringe Vielfalt. Die Gründe dafür ergeben sich allerdings nicht nur aus der Marktstruktur, sondern sind auch in der Nachfragesituation (basierend auf der individuellen Wahrnehmung der Dringlichkeit des Themas) zu suchen.<sup>7</sup>

Die beschriebenen Fehlanreize bringen mehrere Probleme mit sich: Zum einen führen sie zu einer system-immanenten Kostensteigerung, da essentielle Wettbewerbselemente zur Kostenbegrenzung und Qualitätssicherung außer Kraft gesetzt sind. Das führt dazu, dass auch ineffiziente und niedrig-qualitative Anbieter am Markt bestehen bleiben. Im Gesamtsystem schlummern auf diese Weise Reserven, die unter allen Umständen zu heben sind – unabhängig von einer weiteren Diskussion beispielsweise über eine Umstellung der Finanzierung oder eine Ausweitung des Leistungsspektrums.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2005). Im Jahr 2003 erhielten von ca. 640.000 Personen in Pflegeheimen ca. 185.000 Personen vollstationäre "Hilfe zur Pflege"

<sup>7</sup> Mit einer zunehmenden Wahrnehmung der Wichtigkeit individueller Altersvorsorge ist davon auszugehen, dass eine Änderung der Kundennachfrage auch für die Pflegevorsorge bevorsteht – es müssen dann aber auch die regulatorischen Rahmenbedingungen für eine größere Produktvielfalt geschaffen werden.

<sup>8</sup> Bei der im Folgenden noch durchzuführenden Quantifizierung der Einsparpotentiale bleibt die mögliche Ausschöpfung von Effizienzreserven resultierend aus einer Intensivierung des Versicherungswettbewerbs ausgeklammert. So ist es aufgrund des bislang nicht-wettbewerblich ausgestalteten Pflegeversicherungssystems a priori nicht quantifizierbar, wie stark sich die Einführung von wettbewerblichen Elementen in der Höhe des Beitragssatzes niederschlägt. Dies würde zudem stark von der genauen Ausgestaltung dieser wettbewerblichen Elemente abhängen. Sollten allein die Verwaltungskosten durch den Wettbewerbsdruck betroffen sein, wäre der zu erwartende Effekt sehr gering (5% der Ausgaben sind Verwaltungsausgaben). In diesem Zusammenhang muss außerdem berücksichtigt bzw. darf vielmehr nicht ausgeschlossen werden, dass es ggf. auch zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand (aufgrund einer intensiveren Wettbewerbsaufsicht o.ä.) kommen kann.

Als hilfreich erweisen sich bei der Adressierung dieser Fehlanreize die Erfahrungen aus der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Beispiel sei die Kostenerstattung für Krankenhäuser genannt. Bis zum Jahr 2002 wurde diese auf Basis von Tagessätzen geregelt, was zu dem Fehlanreiz für Krankenhäuser führte, Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu behalten. Die Umstellung der Erstattung auf Fallpauschalen ab dem Jahr 2004 hat zu einer deutlichen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus geführt (siehe z.B. WIdO (2006)).

## **2.2 Adressieren der Fehlanreize: Maßnahmen zur Behebung der Fehlanreize und zur Ausschöpfung der Effizienzreserven**

Grundsätzlich können Konstruktionen auf der Systemebene, die zu Fehlanreizen führen, auf zwei Ebenen adressiert werden:

- *Langfristig* können die systemischen Fehlanreize durch Änderungen der gesetzgeberischen Rahmenbedingungen (z.B. bei den Kostenerstattungsregelungen und in den Wettbewerbselementen, die im System hinterlegt sind) adressiert und beseitigt werden.
- *Kurzfristig* können systemische Fehlanreize durch Marktteilnehmer (z.B. die Pflegekassen) zwar nicht vollständig aber zumindest teilweise in einzelnen Initiativen (z.B. in Netzen zur Integrierten Versorgung) adressiert werden.

### **2.2.1 Notwendige langfristige, durch den Gesetzgeber zu initiierende Maßnahmen**

Der Markt für stationäre Pflegedienstleistungen und für Pflegeversicherungen wird u.a. aufgrund der Vertrauensgutproblematik immer ein unvollständiger Markt bleiben. Dennoch können Mechanismen gefunden werden, welche die strukturellen Elemente von Marktversagen besser kompensieren als das bisher praktizierte System:

#### *1. Aufbau eines system-immanenten Kostendrucks auf Pflegeheime*

Wie oben dargelegt, erhält im aktuellen System prinzipiell jedes Pflegeheim seine tatsächlichen Kosten mit einer Kosten-Plus-Logik vergütet. Dieses System bestraft Kosteneffizienz, da eine günstigere Kostenstruktur eines Anbieters nicht zu höheren Erträgen führt, sondern zu abgesenkten Pflegesätzen. Zur Wiederherstellung eines system-immanenten Anreizes zur Kostensenkung für das einzelne Heim bieten sich landes- bzw.



bundesweit einheitliche Pflegesätze für die Basisleistungen der stationären Pflege an, wie es mit dem sogenannten *Standard-Pflegesatz-Modell* (SPM) bereits angedacht war.<sup>9</sup> Zusatzleistungen jenseits des Basisangebots, wie beispielsweise Einzelzimmer, spezielle Betreuungsangebote oder geronto-psychiatrische Leistungen, müssten dann separat vergütet werden.<sup>10</sup> Damit würden kostengünstigere oder qualitativ hochwertige Heime auf der Ertragsseite profitieren; Heime mit schlechten Kostenstrukturen und eingeschränktem Leistungsspektrum müssten Kosten senken oder den Markt verlassen.

## 2. *Stärkung des Qualitäts-Wettbewerbs zwischen den Heimen*

Die Auswahl eines Pflegeheimplatzes erfolgt heute zumeist auf Basis der simplen Verfügbarkeit eines Platzes. Eine solche „Zuteilung“ trägt naturgemäß nicht zum Wettbewerb zwischen Anbietern bei. Jedoch selbst in Situationen, in denen mehrere Heime potenziell in Frage kommen, kann ein Versicherter in den seltensten Fällen eine wirklich informierte Entscheidung treffen, da es keine aussagekräftigen öffentlich zugänglichen Informationen über Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege gibt und auch selbst auf Basis eigener Erfahrung die Qualität der Pflege schwierig zu kalibrieren ist. Um hier die Balance wieder stärker auf die Marktmechanismen zu legen, sollte eine öffentliche Publikation von unabhängig erfassten und anerkannten Qualitätsindikatoren für alle Pflegeheime umgesetzt werden: Heime, die hier schlechte Indikatoren bekommen, würden deutlich weniger Interessenten haben und damit viel stärker als bisher gezwungen sein, an den Qualitätsproblemen zu arbeiten.

## 3. *Stärkere Differenzierung des Produkt-Angebots sowohl auf Versicherungs- als auch auf Angebotsseite*

Der Gesetzgeber muss langfristig sowohl auf der Versicherungs- als auch auf der Angebotsseite die Voraussetzungen schaffen, die eine stärkere Produktdifferenzierung zulassen und unterstützen. Sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Versicherer

---

<sup>9</sup> Im Jahr 1996/97 wurde die Einführung eines *Standard-Pflegesatz-Modells* (SPM) von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden vorgestellt und diskutiert. Das SPM sah die Einführung bundesweit einheitlicher Pflegesätze vor, die um etwa 25 bis 30 Prozent unter den damaligen, sehr unterschiedlichen Sätzen liegen sollten, vgl. BT-Drucksache 13/8278. Dieser Versuch der Standardisierung der Pflegesätze stieß allerdings auf deutlichen Widerstand, insbesondere bei den Vertretern der freien Wohlfahrtspflege, die Leistungseinschränkungen befürchteten, und wurde in der Folge abgelehnt. Siehe auch Rothgang und Vogler (2000), die das Ausmaß aufzeigen, zu dem sich die Heimentgelte gemäß der Vergütungsregelung nach dem SPM in allen Pflegestufen absenken lassen würden.

<sup>10</sup> Dieses Konzept entspricht der Vergütungsfindung im ambulanten Pflegebereich. Durch die Modularisierung der Leistungen wird damit nicht mehr ein „Pflegetag“ finanziert, sondern vielmehr ein Leistungskatalog, der für jeden Tag eine Reihe von Leistungskomplexen enthält. Siehe hierzu ausführlich Rothgang et al. (2004), S. 44 ff.

müssen hier stärker den Markt entwickeln: heutige Pflege(zusatz-)tarife bilden in ihrer Einheitlichkeit nicht die potenziell sehr verschiedenen Pflegebedürfnisse im Alter ab.

Auch auf der Anbieterseite sollte stärker an der Produktdifferenzierung *Altenpflege* gearbeitet werden. Von Seiten des Gesetzgebers ist hier vor allem über die Gestaltung des Erstattungssystems sicherzustellen, dass eine solche Produktvielfalt möglich ist und auch entsprechend entlohnt wird. So muss beispielsweise darüber nachgedacht werden, ob statt drei Pflegestufen nicht eine Erstattungslogik von Grundbedarf und zusätzlichen Einzelmodulen sinnvoller ist, wobei im Bereich der zusätzlichen Einzelmodule stärker individuelle Vorsorgemaßnahmen zur Finanzierung herangezogen werden sollten, die analog zu den privaten Kranken(zusatz-)tarifen wären.<sup>11</sup>

### **2.2.2 Kurzfristige, durch einzelne Marktteilnehmer umsetzbare Maßnahmen**

Einzelne Marktteilnehmer haben innerhalb des Gesamtsystems nur begrenzte Möglichkeiten, die beschriebenen strukturellen Fehlanreize zu adressieren. Jedoch können sie bereits heute ihre individuelle Strategie so ausrichten, dass diese zu einer in Zukunft stattfindenden Systemreform kompatibel ist. Dies kann z.B. für Versicherungen bedeuten, stärker als in der Vergangenheit den Markt für zusätzliche private Absicherung im Bereich der Altenpflege zu bedienen. Für Anbieter bedeutet das beispielsweise, dass strukturelle Kostennachteile – zu vergleichbaren Heimen in der Region – bereits jetzt adressiert werden müssen, und man sich nicht auf die de facto Kostenerstattung über die Pflegesatzverhandlung im heutigen System verlassen kann. Solche Kostenoptimierungen können sowohl über interne Prozess- und Ausgabenoptimierung auf Ebene der einzelnen Heime als auch über gesamthafte Ansätze durch Konsolidierung von Pflegeheimanbietern durchgeführt werden.

Innovative Anbieter gehen über die Einzeloptimierungen bereits heute einen Schritt weiter: In so genannten Netzen zur „Integrierten Versorgung“ können gesetzliche Krankenkassen seit dem Jahr 2004 lt. §140 SGB V mit ihren Versicherten Leistungen vereinbaren, die über den normalen Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und die beispielsweise Versicherten und ihren Angehörigen eine deutlich größere Transparenz über die tatsächliche Qualität der Pflege in den Heimen ermöglichen.

---

<sup>11</sup> Überprüft werden müsste in diesem Zusammenhang, inwiefern durch eine Flexibilisierung der Leistungen und/oder durch eine weitere Ausdifferenzierung der Pflegestufen eine stärkere Bedarfsorientierung erzielt werden könnte, was sich wiederum in einem Absenken der Leistungssätze bei gleichem Versorgungsniveau niederschlagen könnte bzw. bei gleichen Leistungssätzen das Versorgungsniveau erhöhen könnte. Eine Quantifizierung der hiermit verbundenen Effizienzgewinne bzw. Einsparpotentiale sei von der nachstehenden Analyse allerdings außen vor gelassen, da hiermit sehr wahrscheinlich auch Veränderungen bei der Wahl der Pflegeform einhergehen, die ihrerseits ebenfalls auf die Ausgabenentwicklung Einfluss hat. Damit aber lässt sich eine sinnvolle Isolierung des Einsparpotential-Effekts nicht durchführen.

Innerhalb solcher Netze können damit einige der strukturellen Fehlanreize zumindest teilweise kompensiert werden.

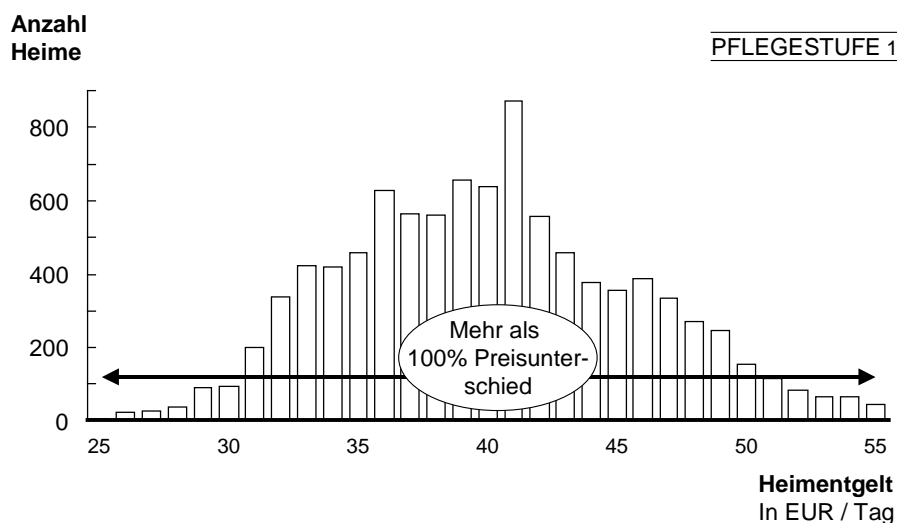
## 2.3 Einsparpotentiale: Berechnung und Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die zu erwartenden Effekte aus der oben beschriebenen Adressierung der Fehlanreize grob über einen „Kosten-Benchmarking-Ansatz“ quantifiziert. Dazu wurden die Heimentgelt-Daten von 10.175 Pflegeheimen der Bundesrepublik untersucht und die Spreizung bei diesen Heimentgelten je Pflegestufe und je Bundesland analysiert.

Diese Analyse zeigt zum Teil auffällige Unterschiede in den Kosten von vergleichbaren Pflegeheimplätzen, die sich nicht durch unterschiedliche Serviceleistungen, Altersstrukturen oder Pflegebedürftigkeiten erklären, sondern ihre Ursache im Wesentlichen in der Wirtschaftlichkeit der Heimführung haben. So gibt es in der Verteilung der Heimentgelte eine Spreizung von bis zu 100% innerhalb einer Pflegestufe (siehe Abb. 1). Da die Heimentgelte nach einer Kostenerstattungslogik festgelegt werden, zeigt die große Bandbreite starke Unterschiede in der Effizienz der Leistungserbringung der Pflegeheime. Offensichtlich gibt es viele Heime, die eine angemessene Pflege auch zu einem geringeren Kostensatz erlauben. Was machen solche kostengünstigen Heime anders als die teuren?

**Abb. 1: Bandbreite bei Heimentgelten**

Streuung der Heimentgelte über alle deutschen Pflegeheime, N=10.175



Quelle: BKK Pflegedatenbank und eigene Berechnungen

Da ein Großteil der Kosten für die stationäre Altenpflege Personalkosten (ca. 70%) sind, konzentrieren sich die meisten Ansätze zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit von Pflegeheimen auf den effizienteren Einsatz von pflegerischen Fachkräften. Dabei ist nicht zwangsläufig die absolute Anzahl der Beschäftigten, sondern der „Personalmix“ entscheidend. Es gilt, das pflegerische Aufgabenspektrum optimal unter Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten zu gestalten. Neben derartigen Ansätzen zur direkten Steigerung der Arbeitsproduktivität gibt es auch teilweise großes Einsparpotential bei der Ausgestaltung der Ablauforganisation. Durch eine bessere Koordination der Versorgungsverläufe, professionelles Schnittstellenmanagement sowie gut dokumentiertes Case Management (z.B. standardisierte Pflegeanamnesen) lässt sich die Zeit des Personals eines Pflegeheimes effektiver für die Arbeit mit den Heimbewohnern nutzen.

In der öffentlichen Diskussion wird häufig unterstellt, es gebe einen direkten (positiven) Zusammenhang zwischen Kosten und Qualität. Studien hierzu können allerdings keinen positiven Zusammenhang aufweisen. So fanden Porell und Caro (1998) keine signifikante Korrelation zwischen Kosten und Pflegequalität. Grabowski (2001) verweist auf Studien, die sogar eine negative Beziehung feststellten, d.h. eine sinkende Qualität bei steigenden Kosten, und wieder andere, welche eben keine Wirkungen einer besseren Finanzausstattung im Hinblick auf die Ergebnisqualität, gemessen z.B. an der Mortalität oder dem Vorkommen von Druckgeschwüren, feststellen. Schließlich zeigen Mukamel und Spector (2000), dass eine höhere Pflegequalität nicht notwendigerweise mit höheren Kosten einhergehen muss.

Analysen für den deutschen Markt zeigen darüber hinaus, dass große regionale Unterschiede zwischen den Heimkosten bestehen (vor allem getrieben durch unterschiedliche Lohnkostenniveaus) und dass die Größe eines Heimes a priori nicht entscheidend für die Kosten der Pflege im Heim ist (siehe auch Abb. 2).<sup>12</sup>

---

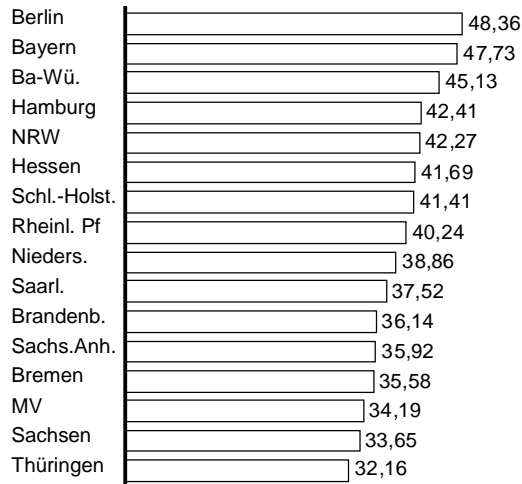
<sup>12</sup> Siehe hierzu auch Roth und Rothgang (1999, 2000), die ebenfalls aufzeigen, dass sich die Heimgröße nicht in der Entgelthöhe niederschlägt.

**Abb. 2: Durchschnittliche Heimentgelthöhe nach Bundesland und Heimgröße**

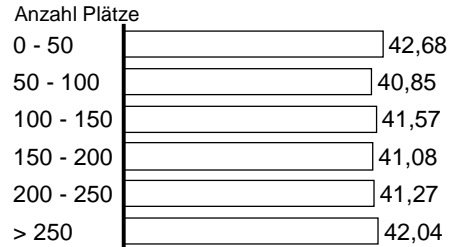
Durchschnittliche Heimentgelte in EUR/Tag  
N=10.175 Pflegeheime

PFLEGESTUFE 1

**Heimentgelt nach Bundesland**



**Heimentgelt nach Größenklasse**

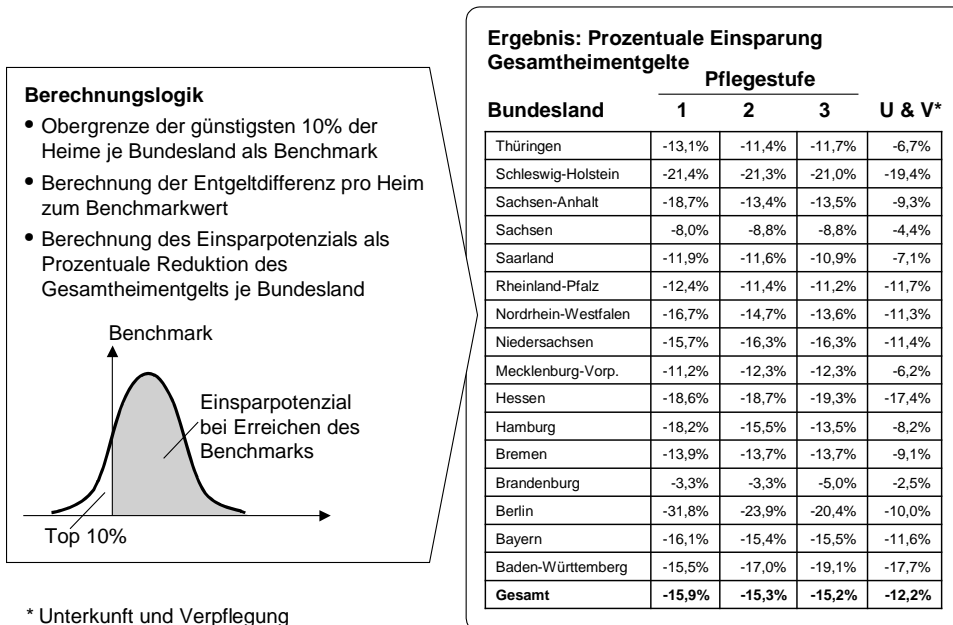


Quelle: BKK Pflegedatenbank und eigene Berechnungen

Zur Abschätzung von möglichen Größenordnungen des Einsparpotenzials wird eine Bundesland-spezifische „Kosten-Benchmarking-Logik“ angewendet. Mit der Einschränkung der „Benchmark-Vergleiche“ auf einzelne Bundesländer wird vermieden, dass regionale Lohnkostenunterschiede als Einsparpotenzial gemessen werden.

Bei der Verwendung eines solchen, vor allem aus Anwendungen in der Prozess-Industrie bekannten „Benchmarking-Ansatzes“, werden die einzelnen Heime nach der Höhe der Heimentgelte (entlang der Normalverteilung) sortiert, siehe hierzu auch Abb. 3. Die kostengünstigsten 10%, 20% oder 30% aller Heime eines Bundeslandes in einer Pflegestufe werden als „Benchmark“ definiert. Die durchschnittliche Entgelthöhe dieser Gruppe von Heimen wird für die verbleibenden 70%, 80% oder 90% der Heime als eine realistisch erreichbare Größenordnung für deren Entgelt angenommen, die durch eine wirtschaftlichere Führung bei gleich guter Qualität erzielt werden kann. Für die als „Kosten-Benchmark“ angenommenen Heime wird bei der hier angewendeten Simulation keine weitere Kostenverbesserung unterstellt. Wendet man dieses Vorgehen differenziert auf alle Bundesländer an, ergeben sich insgesamt – bezogen auf das über alle Heime berechnete durchschnittliche Heimentgelt – mögliche Einsparungen in Höhe von zwischen 11% und 16% der Gesamtheimentgelte, vgl. Abb. 3.

**Abb. 3: Effizienzreserven**  
 durchschnittlich 15%, in einzelnen Ländern deutlich höher

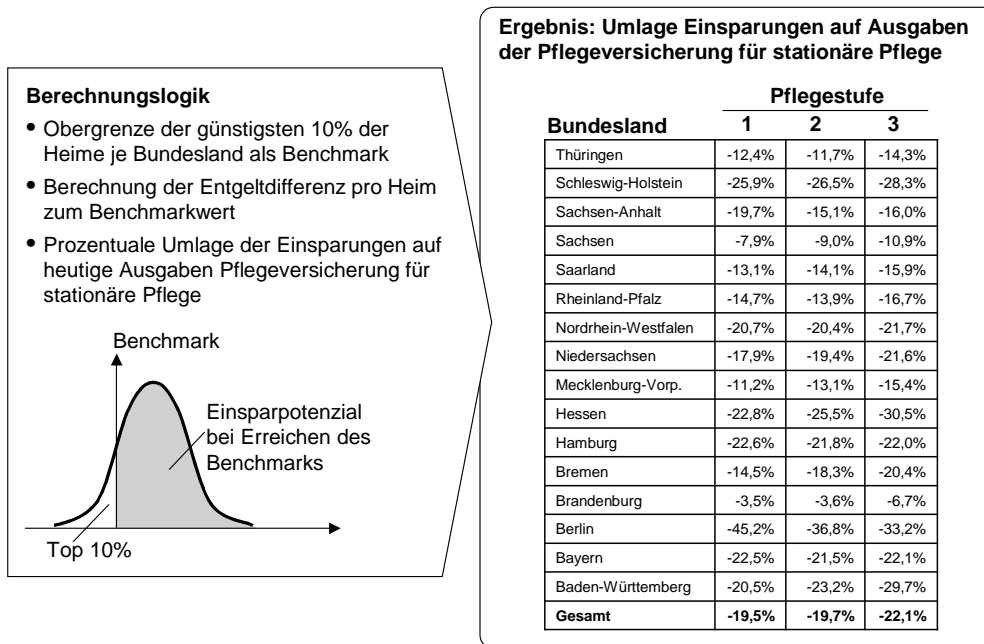


Quelle: BKK Pflegedatenbank und eigene Berechnungen

Um simulieren zu können, wie sich eine solche Kostenreduktion auf die Situation der GPV auswirken würde, muss eine Annahme getroffen werden, wie genau diese Einsparungen der GPV zu Gute kommen. Hierfür wird im Folgenden angenommen, dass die erzielbare (durchschnittliche/rechnerische) Einsparung komplett der Pflegekasse zugeschlagen wird, was eine Reduktion der Pflegestufen-Vergütung durch die GPV ermöglicht, gleichzeitig aber die Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen real unverändert lässt. Je nach der Höhe des zu erreichenden Benchmarkwertes und der betrachteten Pflegestufe ergeben sich hier Einsparungen zwischen 15% und 22%, gerechnet auf die heutige Gesamtvergütung der stationären Pflege durch die Pflegekassen (siehe Abb. 4 bzw. Tab. 1).

Die von den Pflegekassen erzielten Einspareffekte wiederum werden allen Versicherten über niedrigere Beitragssätze weitergegeben. Demzufolge werden sämtliche Effizienzgewinne in Prozent der Lohnsumme ausgedrückt und alle Nutzeneffekte dieser Strukturreform folglich auch komplett abgebildet.

**Abb. 4: Ausgaben der GPV für stationäre Pflege könnten bei Erreichung des 10%-Benchmarks um ca. 20% gesenkt werden**



Quelle: BKK Pflegedatenbank und eigene Berechnungen

**Tab. 1: Prozentuale Einsparungen der Ausgaben der Pflegeversicherung für stationäre Pflegeleistungen**

	<b>30%-Benchmark</b>	<b>20%-Benchmark</b>	<b>10%-Benchmark</b>
Pflegestufe I	-15.2%	-16.5%	-19.5%
Pflegestufe II	-14.8%	-16.4%	-19.7%
Pflegestufe III	-16.0%	-18.1%	-22.1%

### 3. Bedeutung der Ausschöpfung von Effizienzreserven für die Beitragssatzentwicklung der GPV

#### 3.1 Methodisches Vorgehen zur Bestimmung der Beitragssatzprojektion der GPV

Ausgangspunkt der Beitragssatzprojektion ist die Bestimmung von Anpassungsfaktoren für den Beitragssatz der GPV, die gewährleisten, dass alle Ausgaben eines Jahres stets durch die Einnahmen desselben Jahres gedeckt sind.<sup>13</sup> Um den Anpassungsfaktor für jedes Jahr  $s$  nach dem Basisjahr  $t$ , im Weiteren das Jahr 2004, berechnen zu können, müssen alle zukünftigen Ausgaben- und Einnahmenströme bestimmt werden.

<sup>13</sup> Die folgende methodische Darstellung findet weitestgehend in Anlehnung an Bonin (2000) statt.

Hierzu wird in einem ersten Schritt für ein durchschnittliches in  $k$  geborenes Individuum auf der Mikroebene eine relative altersspezifische Zahlungs- bzw. Transferposition  $\zeta_{t-k,i,t}$  des entsprechenden Beitrags- bzw. Transfertyps  $i$  der GPV, das sogenannte Rohprofil, ermittelt.<sup>14</sup> Dabei gibt  $t-k$  das Alter des Individuums im Basisjahr an. Insgesamt werden bei den altersspezifischen durchschnittlichen Nettozahlungen  $I=II$  unterschiedliche Beitrags- und Transfertypen berücksichtigt: Auf der Beitragsseite wird zwischen Beiträgen aus der Arbeitslosenhilfe, Beiträgen von Rentnern und Beiträgen von Erwerbstätigen differenziert. Auf der Leistungsseite werden die Sozialleistungen für Pflegepersonen sowie die Pfl egetransfers berücksichtigt. Die Transfers werden dabei aufgeschlüsselt nach den Pflegestufen I bis III sowie geordnet in die Kategorien ambulant und stationär. Zusätzlich findet ein uniformes Profil zur Verteilung von Verwaltungsausgaben Verwendung.

In einem zweiten Schritt werden diese Rohprofile nun mit einem entsprechenden Reskalierungsparameter  $\lambda_{i,t}$  multipliziert, so dass sich die folgenden altersspezifischen individuellen Zahlungen und Transfers  $h_{t-k,i,t}$  ergeben:<sup>15</sup>

$$(1) \quad h_{t-k,i,t} = \lambda_{i,t} \zeta_{t-k,i,t}.$$

Dabei muß der Reskalierungsparameter die Erfüllung der folgenden im Basisjahr  $t$  – das einzige Jahr, für welches tatsächlich makroökonomische Aggregatsdaten vorliegen – geltenden Gleichung gewährleisten: Die mit der Kohortengröße gewichtete Summe der altersspezifischen individuellen Zahlungen und Transfers  $h_{t-k,i,t}$  muss dem korrespondierenden makroökonomischen Beitrags- oder Transferaggregat  $H_{i,t}$  entsprechen, so dass gilt:

---

<sup>14</sup> Für die Rohprofilermittlung eines durchschnittlichen Individuums erfolgt die Unterscheidung in Mann und Frau. Aus Darstellungsgründen wird auf diese Differenzierung im Folgenden allerdings verzichtet. Die durch das Rohprofil ermittelten Pflegewahrscheinlichkeiten liegen für die Altersklasse der 60- bis 64-Jährigen (65- bis 69-Jährigen) bei 1,7 Prozent (2,6 Prozent), für die Altersklasse der 70- bis 74-Jährigen (75- bis 79-Jährigen) bei 4,8 Prozent (9 Prozent), für die Altersklasse der 80- bis 84-Jährigen (85- bis 89-Jährigen) bei 19,1 Prozent (35 Prozent) und schließlich bei 55,6 Prozent für alle 90-Jährigen und Älteren.

<sup>15</sup> Datengrundlage dieser Profile sind zum einen die makroökonomischen Aggregatsdaten, die aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung stammen, vgl. Statistisches Bundesamt (2006). Zum anderen werden altersspezifische Querschnittsdaten benötigt. Die altersspezifischen Leistungsprofile wurden dabei aus Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (2006) generiert. Die Profile für die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen und Arbeitslosen stammen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 (Statistisches Bundesamt (2003b)). Die Zahlungsprofile der Rentner aus direkten und – bis zum 1. April 2004 durch die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten – indirekten Beiträgen wurden mit Hilfe der VDR-Statistik 2004 gewonnen, siehe VDR (2005).



$$(2) \quad H_{i,t} = \sum_{k=t-D}^t h_{t-k,i,t} P_{t,k}.$$

Hierbei entspricht  $P_{t,k}$  der Anzahl der männlichen und weiblichen Überlebenden der entsprechenden Kohorte im Basisjahr  $t$ . Der Parameter  $D$  steht für das maximale Lebensalter der Individuen und ist auf  $D=100$  begrenzt. Für die Berechnung der zukünftigen Kohortenstärken wird eine umfassende Bevölkerungsprojektion benötigt. Hierfür wird auf die fünfte Variante („mittlere“ Variante) der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2003a) zurückgegriffen.

Der Anpassungsfaktor des Beitragssatzes lässt sich nun für jedes Jahr  $s$  berechnen, indem die im Jahr  $s$  anfallenden Gesamtausgaben in Relation zur Summe der im selben Jahr erzielten Beitragseinnahmen gesetzt werden. Die im Folgenden aufgeführten Indizes 1 bis 3 stellen dabei die drei zuvor bereits genannten Beitragstypen (Beiträgen aus der Arbeitslosenhilfe, Beiträgen von Rentnern und Beiträgen von Erwerbstätigen) und die Indizes 4 bis 11 die sechs unterschiedlichen Typen von Transferleistungen (ambulante und stationäre Pflege jeweils der Pflegestufe I bis III ) sowie die Verwaltungsausgaben dar:

$$(3) \quad q_s = \frac{\sum_{i=4}^{11} \sum_{k=s-D}^s h_{s-k,i,t} P_{s,k}}{\sum_{i=1}^3 \sum_{k=s-D}^s h_{s-k,i,t} P_{s,k}} = \frac{\sum_{i=4}^{11} H_{i,s}}{\sum_{i=1}^3 H_{i,s}}.$$

Ist  $q_s > 1$  so impliziert dies im Vergleich zum Basisjahr eine Beitragssteigerung von  $100 \cdot (q_s - 1)$  Prozent. Formal wird also der Beitragssatz des Basisjahres  $t$  – hier 1,7 Prozent – in jedem Jahr  $s$  mit einem Faktor  $q_s$  multipliziert.<sup>16</sup>

Welche Anpassungen des Beitragssatzes aufgrund der Fortführung der gegenwärtigen „Pflegerpolitik“ unter Berücksichtigung des demographischen Alterungsprozesses notwendig sind und inwiefern eine Strukturreform, welche die im bisherigen System vorliegenden Fehlanreize behebt, den Beitragssatz stabilisieren kann, soll im nächsten Abschnitt illustriert werden. Die Ergebnisse werden dabei sowohl für ein Basisszenario ausgewiesen, dem die Annahme eines konstanten Inanspruchnahmeverhaltens von Pflegeleistungen zugrunde liegt, als auch für den Fall einer zunehmenden Inanspruchnahme professionell erbrachter ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen (d.h. eine Verschiebung weg von Leistungen,

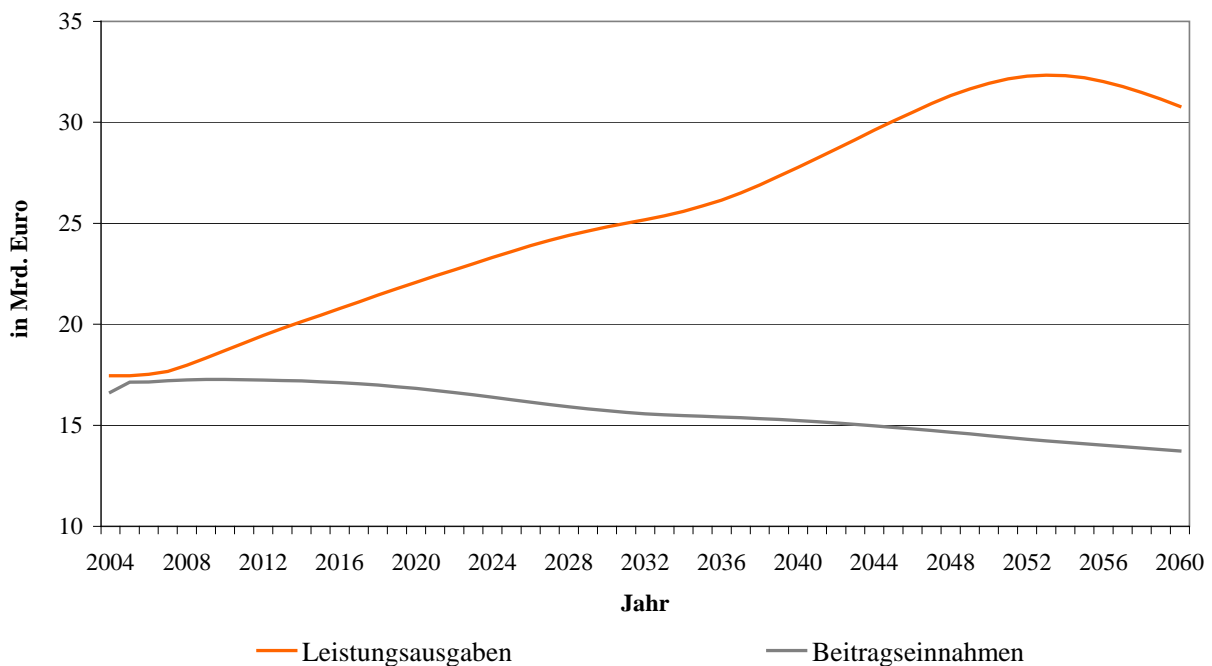
<sup>16</sup> Für die Beitragssatzprojektion wird außerdem angenommen, dass das Vermögen der GPV (abzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben [§§ 63, 64 SGB XI]) dazu dient, das Defizit solange zu decken, bis es aufgebraucht ist – danach erfolgt eine laufende Anpassung der Beitragssätze.

die in der Familie erbracht werden).<sup>17</sup> Damit soll die bislang in der GPV beobachtbare Zunahme an professionellen ambulanten und stationären Leistungsempfängern auch für die Zukunft eingefangen werden. So bedeutet eine Zunahme an Pflegebedürftigen in diesen Bereichen nicht nur eine erhebliche Verschärfung der Finanzierungssituation der GPV, vielmehr gewinnt der stationäre Leistungssektor für die Adressierung der im System der GPV zugrundeliegenden Fehlanreize an Bedeutung.

### 3.2 Ergebnisse im Basisszenario

Die eingangs erläuterten Finanzierungsschwierigkeiten, mit denen sich die GPV in ihrer momentanen Ausgestaltung konfrontiert sieht, treten bei Betrachtung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GPV des Status quo deutlich zutage. Während die Einnahmen aufgrund des demographisch bedingten Rückgangs an Beitragszahlern im erwerbsfähigen Alter von heute knapp über 17 Mrd. Euro auf real ca. 14 Mrd. Euro im Jahr 2055 zurückgehen, kommt es im selben Zeitraum fast zu einer Verdoppelung der Leistungsausgaben, nämlich von 17,4 Mrd. im Jahr 2005 auf 32,3 Mrd. im Jahr 2055 (vgl. Abb. 5).

**Abb. 5: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GPV im Status quo**  
(Basisjahr 2004, in realer Kaufkraft 2004)

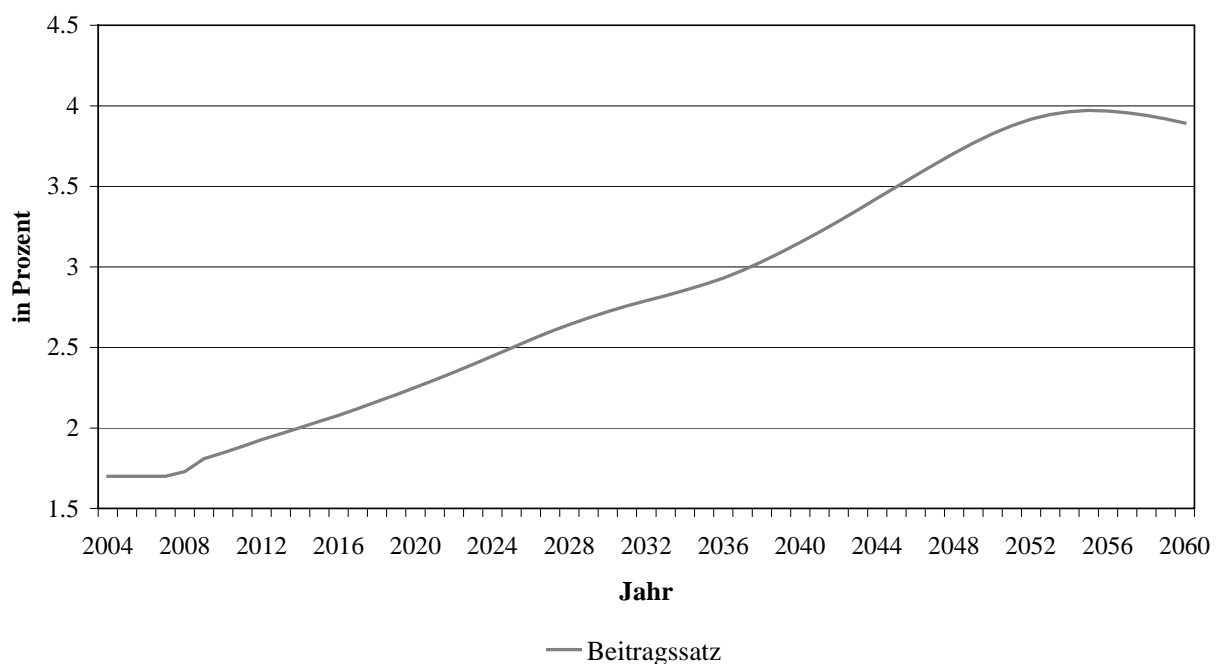


Quelle: Eigene Berechnungen

<sup>17</sup> Im Basisszenario bleiben die Anteile für verschiedene Pflegearrangements zwar konstant, Anzahl und Anteil verschiedener Arrangements verändern sich aber aufgrund der demographischen Entwicklung bzw. der sich ändernden Zahl von Pflegebedürftigen in den jeweiligen Altersgruppen.

Um diese über die Zeit zunehmende Diskrepanz in der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung zu beheben, bedarf es entsprechender jährlicher Beitragssatzsteigerungen. Eine Anpassung muss erstmals im Jahr 2008 erfolgen, das Jahr in dem die Demographiereserve der GPV zur Gänze erschöpft sein wird. Entsprechend des sich verschlechternden Verhältnisses von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern steigt der Beitragssatz stetig auf 2,5 Prozent im Jahr 2025 und auf ca. 4 Prozent im Jahr 2055 an (vgl. auch Abb. 6).<sup>18</sup>

**Abb. 6: Beitragssatzentwicklung der GPV im Status quo**  
(Basisjahr 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen

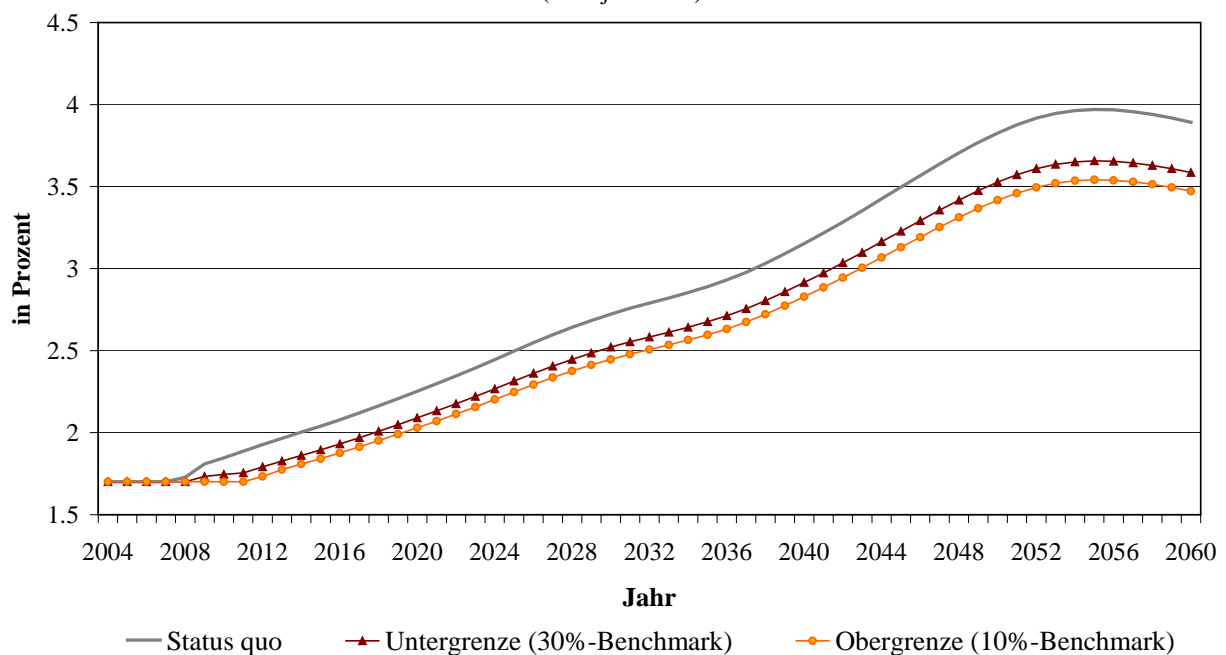
Inwiefern durch ein Ausschöpfen der in Abschnitt 2 errechneten Effizienzreserven nun eine Entschärfung bzw. Dämpfung der Status-quo-Beitragssatzentwicklung erreicht werden kann, sei im Weiteren aufgeführt. Dabei stellt das Szenario 30%-Benchmark den pessimistischen Fall (Untergrenze) und das Szenario 10%-Benchmark den optimistischen Fall (Obergrenze) dessen dar, was mittels der Strukturreform an Einsparungen erzielt werden kann. Entsprechend liegt das Szenario des Erreichens des 20%-Benchmarks der günstigsten Heime zwischen der hier abgesteckten Ober- und Untergrenze und wird aus Darstellungsgründen daher vorerst nicht weiter aufgeführt. Für die Beitragssatzprojektion wird entsprechend unterstellt, dass die (lineare) Einphasungslänge bis zur vollständigen

<sup>18</sup> Unterschiede in der Beitragssatzentwicklung zu Häcker und Raffelhüschen (2005) ergeben sich aufgrund der Wahl eines neuen Basisjahres.

Implementierung wettbewerblicher Elemente in der GPV und damit der Realisierung der Einsparpotentiale fünf Jahre beträgt.

Bei Umsetzung der hypothetischen Strukturreform im Jahr 2007 kann der Beitragssatz – unabhängig von dem erreichten Perzentil – zumindest bis einschließlich des Jahres 2008 noch konstant gehalten werden. Während im Rahmen des pessimistischen Szenarios, also bei Erreichen lediglich der Untergrenze möglicher Einsparungen durch die Strukturreform, spätestens im Jahr 2009 eine Beitragssatzanpassung erfolgen muss, kann die Konstanz im Beitragssatz im optimistischen Szenario sogar bis zum Jahr 2011 aufrecht erhalten werden. Danach erfolgen aber auch hierunter stetige Beitragssatzerhöhungen: Bei Realisierung der Obergrenze (Untergrenze) an möglichen Einsparungen durch die Strukturreform, steigt der Beitragssatz ausgehend von 1,7 Prozent im Jahr 2011 (2008) auf 2,2 Prozent (2,3 Prozent) im Jahr 2025 und auf einen Maximalwert von 3,5 Prozent (3,7 Prozent) im Jahr 2050, vgl. auch Abb. 7. Damit liegt der Beitragssatz im optimistischen Fall (pessimistischen Fall) im Jahr 2055 um 0,5 Prozentpunkte (0,3 Prozentpunkte) unter dem des Status-quo-Beitragssatzes. Mittels der Strukturreform wird also eine Dämpfung in der Höhe des Beitragssatzes erreicht, nicht jedoch die Beitragssatzdynamik behoben.

**Abb. 7: Beitragssatzentwicklung der GPV im Basisszenario ohne und mit Strukturreform**  
(Basisjahr 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen

Das über die Zeit leichte Auseinanderklaffen der Beitragssätze unter der Strukturreform im Vergleich zu dem Status-quo-Beitragssatz ist dabei auf den Effekt einer

demographisch bedingten Zunahme an stationären Leistungsempfängern und damit auch an stationären Leistungsausgaben zurückzuführen. So steigt der Anteil stationärer Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben von im Basisjahr 2004 knapp 47 Prozent auf 55 Prozent im Jahr 2050, wodurch es im Rahmen der Strukturreform auch absolut betrachtet zu höheren Gesamteinsparungen kommt. Dies wiederum schlägt sich auf die Reduktionsmöglichkeit in der Höhe des Beitragssatzes nieder. Die Unter- bzw. Obergrenze der möglichen absoluten Einsparungen beträgt im Jahr 2025 knapp 1,7 Mrd. Euro bzw. 2,3 Mrd. Euro und im Jahr 2050 ca. 2,5 Mrd. Euro bzw. 3,4 Mrd. Euro.

Während in dem soeben dargelegten Basisszenario ein über die Zeit unverändertes Inanspruchnahmeverhalten in der Art der Pflegeleistung unterstellt wurde, soll im Folgenden der in den letzten Jahren in der GPV beobachtbare Trend einer zunehmenden Substitution ambulanter durch stationäre Leistungen untersucht werden. So geht mit diesem Substitutionseffekt nicht nur eine deutliche Verschärfung der Finanzlage der GPV einher, auch die Behebung der in der Dreiecksbeziehung von Versichertem, Pflegekasse und Pflegeheim vorliegenden Anreizprobleme erlangt dadurch zunehmende Relevanz, da ein immer größerer Teil der Gesamtausgaben den stationären Leistungsausgaben zuzuschreiben ist und durch diese maßgeblich bestimmt wird. Im nächsten Abschnitt sollen daher nun unter Berücksichtigung der Professionalisierungs- bzw. Heim-Migration die Wirkungen auf den Beitragssatz aufgezeigt werden, die sich im Rahmen einer Strukturreform einstellen.

### **3.3 Ergebnisse unter Berücksichtigung des Professionalisierungseffektes**

Grundsätzlich sind in der GPV zweierlei Trends in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu unterscheiden. Zum einen der Wandel innerhalb der ambulanten Pflege, nämlich die Verschiebung von Geld- hin zu Sachleistungen und zum anderen die Verschiebung von der ambulanten hin zur stationären Versorgungsform.

Für die im folgenden durchgeführte Analyse wird auf ein von Häcker und Raffelhüschen (2006) ermitteltes Szenario einer veränderten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zurückgegriffen. Dieses Szenario erfasst dabei die Veränderung, die sich allein aus der demographisch bedingten Verschlechterung des Verhältnisses von potentiellen Pflegepersonen zu den Pflegebedürftigen ergibt, wodurch die Substitution der informellen durch die professionelle Pflege hervorgerufen wird.<sup>19</sup> Neben der rein demographisch

---

<sup>19</sup> Für den Zusammenhang zwischen dem Rückgang des Pflegepotentials (theoretisch zur Verfügung stehende Pflegepersonen) und der Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen wird bei den hier

bedingten Verschiebung in der Wahl der Art der Pflege spielen darüber hinaus auch die Pflegebereitschaft von Ehepartnern sowie die zukünftig zu erwartende Frauenerwerbsquote eine Rolle, die den demographisch bedingten Effekt zusätzlich verschärfen. Diese Faktoren werden von der folgenden Analyse jedoch ausgeklammert.

Bezüglich der Frage, ob es zu einer Verschiebung der Versorgungsform hin zu mehr professioneller ambulanter oder zu mehr stationärer Pflege kommt, werden im Folgenden zwei unterschiedliche Verschiebungsvarianten untersucht. Zum einen wird der Fall betrachtet, in dem die Pflegegeldempfänger ausschließlich auf die ambulanten Sachleistungen ausweichen. Diese Veränderung in der Wahl der Art der Pflege wird im Folgenden als *Professionalisierungsmigration* bezeichnet. Zum anderen wird ein Szenario aufgeführt, in dem sich die Pflegegeldempfänger – bedingt durch einen Rückgang des Pflegepotentials – auf ambulante professionelle und stationäre Pflege in dem heute in der GPV vorliegenden Verhältnis aufteilen. Aktuell liegt hier das Verhältnis bei 1/3 ambulanter professioneller Pflege zu 2/3 stationärer Pflege. Diese Veränderung in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wiederum wird im Weiteren als *Heim-Migration* aufgeführt.

Unter diesen beiden Szenarien stellt die *Professionalisierungsmigration* den optimistischen Fall dar, da hierunter die Pflegegeldempfänger ausschließlich auf die ambulanten Sachleistungen ausweichen. Entsprechend stellt die *Heim-Migration* den ungünstigen Fall dar, da das Pflegegeld immerhin zu 2/3 durch die teure stationäre Pflege substituiert wird. Damit bilden diese beiden Szenarien die Bandbreite möglicher Veränderungen in der Wahl der Art der Pflege ab. Einen Überblick über die Verschiebungen in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen liefert Tabelle 2. Ausgehend von einer Empfängerquote ambulanter Sachleistungen von 17 Prozent im Jahr 2004 steigt diese unter der *Professionalisierungsmigration* auf 35 Prozent. Die Quote stationärer Leistungsempfänger bleibt demgegenüber von dem Rückgang im Pflegepotential unverändert und entspricht damit jener des Basisszenarios. Im ungünstigsten Fall der *Heim-Migration* steigt die Quote ambulanter Sachleistungsempfänger von 17 Prozent im Jahr 2004 auf immerhin 24 Prozent und die Quote stationärer Leistungsempfänger von 33 Prozent im Jahr 2004 auf 49 Prozent im Jahr 2050.

---

durchgeführten Berechnungen eine Elastizität von eins angenommen. Damit führt ein Rückgang des Pflegepotentials um 1 Prozent zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege, und damit Pflegegeld, ebenfalls um 1 Prozent.

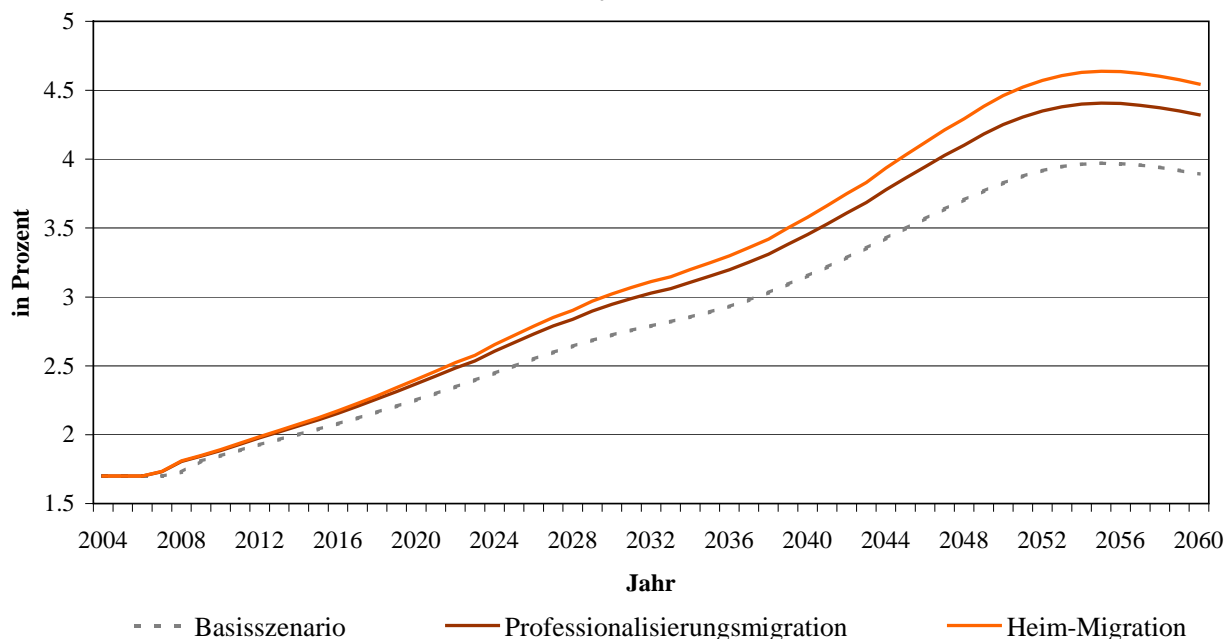
**Tab. 2:** Entwicklung des Anteils der Empfänger unterschiedlicher Pflegearrangements für die Jahre 2004 bis 2050

	Professionalisierungsmigration			Heim-Migration		
	ambulante Pflege		stationäre Pflege	ambulante Pflege		stationäre Pflege
	Geldleistungen	Sachleistungen		Geldleistungen	Sachleistungen	
<b>2004</b>	50.7%	16.6%	32.7%	50.7%	16.6%	32.7%
<b>2010</b>	49.4%	18.3%	32.3%	49.4%	17.3%	33.3%
<b>2020</b>	43.4%	22.4%	34.2%	43.4%	18.9%	37.7%
<b>2030</b>	37.4%	27.5%	35.1%	37.4%	20.7%	41.9%
<b>2040</b>	33.4%	31.2%	35.4%	33.4%	22.1%	44.5%
<b>2050</b>	27.5%	35.2%	37.3%	27.5%	23.6%	48.9%

Quelle: Eigene Berechnungen

Entsprechend des jeweils unterstellten Inanspruchnahmeszenarios kommt es auch zu unterschiedlich starken Beitragssatzentwicklungen. Während der Beitragssatz im Fall der *Professionalisierungsmigration*, also dem Fall, dass die Pflegegeldempfänger ausschließlich auf die professionelle ambulante Pflege ausweichen, ausgehend von 1,7 Prozent im Jahr 2004 auf 2,7 Prozent 2025 und schließlich auf 4,4 Prozent im Jahr 2055 ansteigt, erhöht sich der Beitragssatz unter der *Heim-Migration*, dem ungünstigen Fall einer vermehrten Inanspruchnahme stationärer Leistungen, auf 4,6 Prozent im Jahr 2055 (vgl. Abb. 8). Welche Verschiebungsvariante sich in der Realität tatsächlich einstellen wird sei an dieser Stelle dahingestellt. Im Vergleich zum *Basiszenario* sind in dem hier betrachteten realistischen Szenario einer *Professionalisierungs-* bzw. einer *Heim-Migration* in jedem Fall schärfere Beitragssatzerhöhungen zu erwarten.

**Abb. 8: Beitragssatzentwicklung der GPV im Status quo der Professionalisierungs- und Heim-Migration**  
(Basisjahr 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen

Angesicht dieser Tatsache erscheint die Notwendigkeit der Behebung der im System der GPV zugrundeliegenden Anreizprobleme besonders dringlich. So fallen im Vergleich zum *Basisszenario* und unabhängig davon, welches Migrations-Szenario sich in der Realität einstellen wird, Mehrausgaben an. Bis auf die reine Form der *Professionalisierungsmigration*, also der Fall, in dem die Pflegegeldempfänger aufgrund des Rückgangs im Pflegepotential ausschließlich auf ambulanten Sachleistungen umsteigen, sind diese Mehrausgaben – je nach Stärke der *Heim-Migration* – zu unterschiedlich großen Teilen den stationären Leistungsausgaben zuzuschreiben. Demzufolge wirkt die Strukturreform in dem hier aufgeführten „Extremfall“ der *Heim-Migration*, also dem Fall, in dem Pflegegeldempfänger zu zwei Dritteln in die stationäre Pflege überwechseln, auch stärker als die im *Basisszenario* bzw. im Szenario der *Professionalisierungsmigration*, was in absolut stärkeren Beitragssatzdämpfungen im Rahmen des *Heim-Migrations-Szenarios* Ausdruck findet.<sup>20</sup>

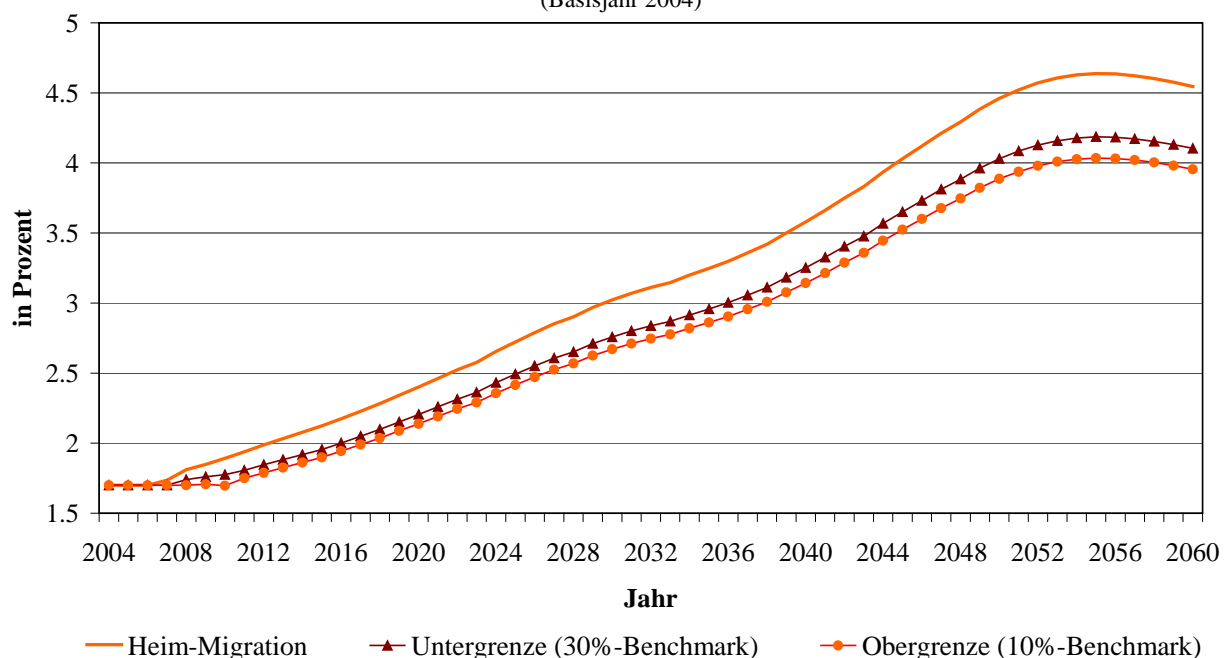
Zur Veranschaulichung des stärkeren Dämpfungseffekts im *Heim-Migrations-Szenario* gegenüber dem *Basisszenario* wird im Folgenden exemplarisch auf die hypothetische Strukturreform bei Realisierung des 30%- und 10%-Benchmarks zurückgegriffen. Für den Fall, dass sich lediglich die Untergrenze an möglichen Einsparungen

<sup>20</sup> Der Dämpfungseffekt unter dem Szenario der Professionalisierungsmigration ist derselbe wie er im Basisszenario erzielt wird, da der Anteil der stationären Leistungsempfänger und damit -ausgaben in beiden Fällen gleich ist.



umsetzen lässt, also das 30%-Benchmark vorliegt, steigt der Beitragssatz unter der Strukturreform ausgehend von 1,7 Prozent im Jahr 2004 auf 2,5 Prozent im Jahr 2025 und auf 4,2 Prozent im Jahr 2055. Im Maximum kann der Beitragssatz durch die Strukturreform damit um 0,4 Prozentpunkte im Vergleich zu einer Situation ohne Reform gesenkt werden, siehe auch Abb. 9. Lässt sich im Zuge der Strukturreform hingegen der 10%-Benchmark (Obergrenze) erreichen, so erhöht sich der Beitragssatz im Jahr 2055 auf „lediglich“ 3,5 Prozent, was eine Beitragssatzsenkung um 0,6 Prozentpunkte im Vergleich zu einer Situation ohne Reform bedeutet.

**Abb. 9: Beitragssatzentwicklung der GPV im Heim-Migrations-Szenario ohne und mit Strukturreform**  
(Basisjahr 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen

Dieser Vergleich zum Basisszenario verdeutlicht, dass abhängig von der Zunahme des Anteils der stationären Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben, unterschiedlich starke Reduktionen in der Beitragssatzhöhe durch die Realisierung der Effizienzgewinne stattfinden.<sup>21</sup> So steigen die Gesamteinsparungen durch das Ausschöpfen der Effizienzreserven auch absolut. Unter dem Szenario der *Professionalisierungsmigration* lassen sich durch die Strukturreform innerhalb der ersten zehn Jahre jährliche Einsparungen

<sup>21</sup> Der Anteil der stationären Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben nimmt unter der *Heim-Migration* von im Basisjahr 2004 ca. 47 Prozent auf 54 Prozent im Jahr 2025 und auf 63 Prozent im Jahr 2050 zu. Demgegenüber liegt der stationäre Leistungsanteil an den Gesamtausgaben im *Basisszenario* bzw. im Rahmen der *Professionalisierungsmigration* im Jahr 2025 bei 47 Prozent und im Jahr 2050 bei ca. 50 Prozent.

von 0,2 bis 1,6 Mrd. Euro erzielen, die sich bis zum Jahr 2025 auf knapp 1,9 Mrd. Euro bzw. auf bis zu 2,8 Mrd. Euro im Jahr 2055 erhöhen. Demgegenüber betragen die jährlichen Einsparungen im Szenario der *Heim-Migration* im Jahr 2025 in etwa 2,4 Mrd. Euro und im Jahr 2055 ca. 4 Mrd. Euro.

Unter Berücksichtigung jeglicher Form von Migrationsbewegung hin zu einer verstärkten Inanspruchnahme professionell erbrachter Pflegeleistungen, gewinnt die Adressierung der Fehlanreize aufgrund des an Gewicht zunehmenden stationären Leistungsbereichs zusätzlich an Bedeutung und macht die Ausschöpfung der Einsparpotentiale umso mehr zu einer dringlichen Forderung, der sich die Politik nicht entziehen sollte.

#### **4. Ausblick**

Wie anhand der hier durchgeführten Analyse aufgezeigt wurde, stellt das Thema der im System der GPV zugrundeliegenden Effizienzreserven einen nicht unwichtigen Aspekt der Finanzierungsproblematik der GPV dar. So konnte aufgezeigt werden, dass die Adressierung der Fehlanreize und damit das (volle) Ausschöpfen der Effizienzreserve die zukünftige Beitragssatzentwicklung in ihrer Höhe dämpfen kann. Der Dämpfungseffekt hängt dabei wiederum davon ab, in welchem Ausmaß Wettbewerbselemente in der GPV tatsächlich Umsetzung finden.

Unter der Annahme, dass der in den letzten Jahren bereits beobachtbare Trend einer vermehrten Substitution von ambulanter durch stationäre Pflege in Zukunft auch nur annähernd anhält, gewinnt die Implementierung von Wettbewerbselementen und damit die Behebung der Anreizprobleme zusätzlich an Bedeutung. So wird erst in diesem Zusammenhang das tatsächliche Ausmaß des durch ein Ausschöpfen der Effizienzreserven erzielten Dämpfungseffekts sichtbar, was gleichzeitig den dringenden Handlungsbedarf in diesem Bereich offen legt.

Mit einer anstehenden Strukturreform der gesetzlichen Pflegeversicherung sollte daher sichergestellt werden, dass die existierenden Fehlanreize besser adressiert werden. Konkret heißt das:

- Einführung eines öffentlichen, auf objektiven Kriterien und für Konsumenten nachvollziehbaren Qualitätsrankings für alle stationären Pflegeeinrichtungen,

- Abdeckung der Grundleistung der Pflegeversicherung über landesweit einheitliche Pflegesätze (analog der Basisfallwerte im Krankenhaus),
- Stärkere Modularisierung der Pflegeversicherung, Abdeckung von Zusatzleistungen über zusätzlich (gesetzlich oder privat) abzusichernde Komponenten

Im Rahmen der hier durchgeführten Analyse wurde aber auch deutlich, dass selbst bei – bisher nicht erkennbaren – großen Anstrengungen auf der Kostenseite und bei nur geringen – im Gegensatz zu den diskutierten – Ausweitungen auf der Leistungsseite das System der Pflegeversicherung in seiner heutigen Form in ein massives Finanzierungsproblem läuft. Natürlich müssen die oben aufgezeigten Effizienzreserven des Systems gehoben werden, aber dies wird langfristig nicht genug sein. Es stellt sich die Frage: Was kann zusätzlich getan werden? Die unbequeme Antwort ist: keine Ausgabendämpfung wird stark genug sein, den allgemeinen Trend zu höheren Leistungsausgaben zu kompensieren – aus folgenden Gründen:

- *Einschränkung Leistungsangebot nicht durchsetzbar:* Eine Reduktion des Leistungsangebots unter das heutige Niveau ist für Praktiker in der Industrie kaum vorstellbar. Bereits heute muss in der Pflegestufe I ein Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten pro Tag bei mindestens zwei Alltagsverrichtungen (Ankleiden, Waschen, Essen etc) nachgewiesen sein, um die Leistung zu erhalten – ein durchaus sorgfältig durch den MDK abgeprüftes Kriterium. Das schließt nicht aus (wie oben beschrieben), dass einzelne Bausteine modular versichert werden können, um einen stärkeren Wettbewerbsgedanken im System zu fördern – allerdings müssen diese dennoch (zusätzlich) versichert bzw. bezahlt werden. Als Beispiel sei hier eine stärkere Differenzierung der sogenannten "Hotelleistungen" genannt, die bereits heute nicht Bestandteil der GPV sind.
- *Regionale Verlagerung zur Nutzung Lohnkostenunterschiede nicht realistisch:* Ein in anderen (Dienstleistungs-)Industrien üblicher Weg zur Vermeidung von Kostensteigerungen – die Verlagerung in Regionen mit günstigen Lohnkosten, z.B. nach Osteuropa – verbietet sich aus nahe liegenden Gründen in der Altenpflege, wo eine wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft gesellschaftlich gewollt sein wird.
- *Kosteneinsparungseffekt innovativer Wohnmodelle nur gering:* In der öffentlichen Diskussion werden teilweise alternative Wohnmodelle (z.B. sogenannte "Senioren-

WGs") als ein gangbarer Weg angesehen, die Kostensteigerung in der stationären Pflege zu dämpfen. Zwar sind diese Wohnkonzepte u.U. dazu geeignet, einen Heimaufenthalt herauszuzögern – dennoch muss man sich bewusst sein, dass der Pflegebedarf in Summe gleich bleibt und in solchen Wohnformen ebenfalls durch professionelle Pflegekräfte (ggf. ambulant) erbracht werden muss.

Damit bleibt festzuhalten: Im System der stationären Pflege in Deutschland liegen Effizienzreserven, die bei einer konsequenten Ausrichtung der Heime auf "best practices" in der Kostenstruktur gehoben werden können und gehoben werden müssen, um ein unnötiges Ansteigen der Beiträge zur Pflegeversicherung zu verhindern. Gleichzeitig werden diese Maßnahmen jedoch nicht ausreichend sein, um die grundsätzliche Finanzierbarkeit der GPV zu den heutigen Rahmenbedingungen, d.h. einem für alle Generationen gleichermaßen geltenden Beitragssatz sowie einem gleichen realen Leistungsniveau, zu ermöglichen. Insofern muss zusätzlich auf der Finanzierungsseite eine Strukturreform erfolgen, welche der dem gegenwärtigen System der GPV zugrunde liegenden intergenerativen Lastverschiebung entgegenwirkt.

Dies wiederum kann nur durch einen (teilweisen) Einstieg in die Kapitaldeckung bewältigt werden (wie übrigens im Koalitionsvertrag der großen Koalition vorgesehen). So können Reformkonzepte, die auf lange Sicht das Umlageverfahren als alleinige Finanzierungsform beibehalten, unter den gegebenen demographischen Bedingungen nicht das Problem steigender impliziter intergenerativer Transfers umgehen. Demgegenüber eliminieren Konzepte, die den vollständigen Umstieg vom Umlageverfahren in die Kapitaldeckung vorsehen, die intergenerativen Umverteilungen vollständig.

Fazit: Die anstehende Reform muss auf der Ausgabenseite die Anreizsetzung grundsätzlich korrigieren, und auf der Finanzierungsseite endlich den überfälligen Einstieg in die Kapitaldeckung durchsetzen.

## Literatur

- Bonin, H. (2001). *Generational Accounting - Theory and Application*. Springer, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Daten zur Pflegeversicherung, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de).
- Enquete-Kommission (2005). *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen.
- Fetzer, S., S. Moog und B. Raffelhüschen (2002). Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 3, S. 279-302.
- Fetzer, S., S. Moog und B. Raffelhüschen (2003). Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie. In: Albring, M. und E. Wille (Hrsg.): *Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen*, Frankfurt, S. 85-114.
- Grabowski, D. C. (2001). Medicaid reimbursement and the quality of nursing home care. *Journal of Health Economics*, 20 (4), S. 549-569.
- Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2005). Note mangelhaft: Die Bürgerpflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 10, S. 231-237.
- Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2006). Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des "Heimsog-Effekts", Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 142.
- Klie, T. (2000). Leistungen und Entgelte in vollstationären Einrichtungen: Das Konzept der Pflegeversicherung und seine Implementationsprobleme. In: Igl, G. und T. Klie (Hrsg.), *Pflegeversicherung auf dem Prüfstand – Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen*, Vincentz Verlag, Hannover.
- Mukamel, D. B. und Spector, W. D. (2000). Nursing Home Costs and Risk-Adjusted Outcome Measures of Quality. *Medical Care*, 38 (1), S. 78-89.

- Porell, F. und Caro, F. G. (1998). Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes. *The Gerontologist*, 38 (6), S. 665-683.
- Roth, G. und H. Rothgang (1999). Stop der „Preiswalze“? Führt das Pflegeversicherungsgesetz zu einer Angleichung und Begrenzung der Heimentgelte?, ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/1999, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Roth, G. und H. Rothgang (2000),. „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentlich und private Vorsorge*, 79 (3), S. 85-90.
- Rothgang, H. und A. Vogler (2000). Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Sozialhilfebezug in stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, ZeS-Arbeitspapier Nr. 7/2000, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Rothgang, H., J. Wasem und S. Greß (2004). Vergütungsfindung auf dem stationären Pflegemarkt in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Alternativen, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen Nr. 144.
- Statistisches Bundesamt (2003a). Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003b). Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2005). Sozialeleistungen, Statistik der Sozialhilfe – Leistungen in besonderen Lebenslagen 2003, Fachserie 13, Reihe 2.2, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, Wiesbaden.
- VDR (2005), VDR Statistik Rentenbestand am 31. Dezember 2004, Band 152, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Berlin.
- WidO (2006), Krankenhaus-Report 2005, Wissenschaftliches Institut der AOK, Schattauer-Verlag, Stuttgart.

## Seit 2005 erschienene Beiträge

- No. 1 Christian **Hagist**/Norbert **Klusen**/Andreas **Plate**/Bernd **Raffelhüschen**  
Social Health Insurance – the major driver of unsustainable fiscal policy?
- No. 2 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüschen**/Lara **Slawik**  
Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?
- No. 3 Oliver **Ehrentraut**/Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüschen**  
En route to sustainability: history, status quo, and future reforms of the German public pension scheme?
- No. 4 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüschen**  
Die Interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- No. 5 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüschen**  
Internal Rates of Return of the German Statutory Long-Term Care Insurance  
(Englische Fassung von Diskussionsbeitrag No. 4)
- No. 6 Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüschen**  
How risky is the German Pension System? The Volatility of the Internal Rates of Return
- No. 7 Laurence J. **Kotlikoff**/Christian **Hagist**  
Who's going broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries
- No. 8 Jasmin **Häcker**  
Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft
- No. 9 Dirk **Mevis**/Olaf **Weddige**  
Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Nachhaltigkeitsbilanz der 15. Legislaturperiode des deutschen Bundestages 2002-2005
- No. 10 Daniel **Besendorfer**/ Emily Phuong **Dang**/ Bernd **Raffelhüschen**  
Die Schulden und Versorgungsverpflichtungen der Länder: Was ist und was kommt
- No. 11 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüschen**  
Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“
- No. 12 Christian **Hagist**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Olaf **Weddige**  
Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz 2004
- No. 13 Matthias **Heidler**/ Arne **Leifels**/ Bernd **Raffelhüschen**  
Heterogenous life expectancy, adverse selection, and retirement behavior
- No. 14 Pascal **Krimmer**/ Bernd **Raffelhüschen**  
Grundsicherung in Deutschland - Analyse und Reformbedarf
- No. 15 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**  
Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters
- No. 16 Jasmin **Häcker**/ Birgit **König**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Matthias **Wernicke**/ Jürgen **Wettke**  
Effizienzreserven in der stationären Pflege in Deutschland: Versuch einer Quantifizierung und Implikationen für die Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Forschungszentrum Generationenverträge

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bertoldstraße 17

79098 Freiburg

Fon 0761 . 203 23 54

Fax 0761 . 203 22 90

[www.generationenvertraege.de](http://www.generationenvertraege.de)

[info@generationenvertraege.de](mailto:info@generationenvertraege.de)