

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(27)
gel. SV zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - Pflege
24.05.2023

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:

Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

7.5.2023

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP:
Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)
Drucksache 20/6544

Antrag der Abgeordneten Ates Gürpinar, Susanne Ferschl, Gökyay
Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
„Gute Pflege stabil finanzieren“
BT-Drucksache 20/6546

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit des Deutschen Bundestages am 10. Mai 2023

Einleitung

Die kurzfristige Vorlage der zu beratenden Unterlagen begrenzt die Möglichkeiten einer Stellungnahme. Nachfolgend wird daher nur auf die Frage der *Finanzierung* der Langzeitpflege eingegangen – auch wenn das PUEG eine Reihe weiterer Maßnahmen vorsieht, die eine Stellungnahme verdienen. Nachfolgend wird zunächst die Ausgangslage skizziert (Abschnitt 1) skizziert, um vor diesem Hintergrund die Maßnahmen des PUEG zu bewerten (Abschnitt 2) und weitergehende Reformnotwendigkeiten und -optionen aufzuzeigen und zu diskutieren (Abschnitt 3).

1 Ausgangslage¹

Um die im PUEG und dem genannten Beschlussantrag vorgeschlagenen Maßnahmen beurteilen zu können, ist es notwendig, zuerst die Ausgangslage zu beschreiben. Dabei wird zunächst auf den aktuellen und zukünftigen Finanzbedarf der Pflegeversicherung (Abschnitt 1.1) und die aktuellen und zukünftigen Eigenanteile für Pflegebedürftige (Abschnitt 1.2) eingegangen. Um diese Informationen bewerten zu können, werden sodann die normativen Grundlagen diskutiert (Abschnitt 1.3). Der Abgleich der empirischen Informationen mit den normativen Grundlagen führt dann zu Anforderungen an eine Finanzreform, vor deren Hintergrund die vorgelegten Vorschläge bewertet werden.

1.1 Aktueller und zukünftiger Finanzbedarf

Die soziale Pflegeversicherung hat das Jahr 2022 mit einem Defizit von 2,2 Mrd. Euro abgeschlossen. Zudem wurde ein rückzahlbarer Kredit in Höhe von einer Milliarde Euro aufgenommen, so dass sich das unter Berücksichtigung dieses Kredits auf insgesamt 3,2 Mrd. Euro beläuft.

Kurz- und mittelfristig sind weitere Ausgabensteigerungen zu erwarten:

- Mit dem Inkrafttreten der Neufassung des § 113c SGB XI zum 1. Juli 2023 erhalten die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, zusätzliches Pflegepersonal bis zu den in dieser Norm genannten Obergrenzen einzustellen. Da Personal oberhalb dieser Obergrenzen

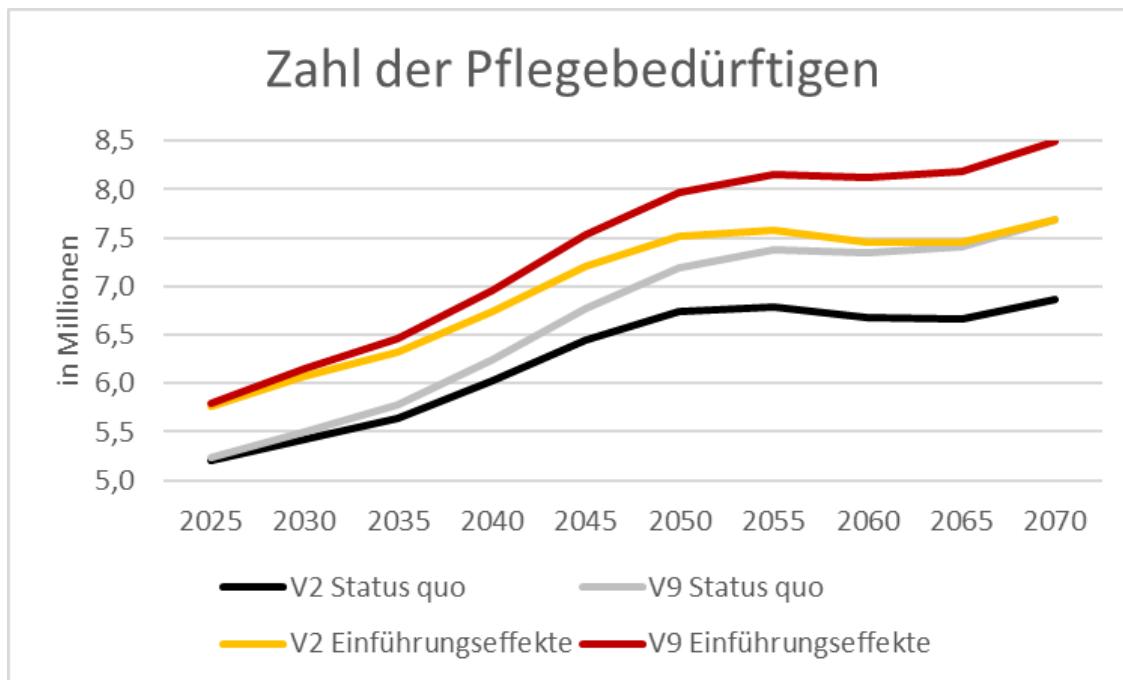
¹ Die Darstellung beruht in Teilen auf einem vor kurzem veröffentlichten Aufsatz: Rothgang, Heinz (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03695-3>.

unter die Besitzstandsschutzklausel fällt, resultiert hieraus – ceteris paribus – eine Erhöhung der Pflegesätze.

- Ab dem 1. Juli entfällt zudem die Möglichkeit, Pflegefach- und -assistenzkraftstellen auf Antrag direkt durch den Ausgleichsfonds bzw. durch die Krankenversicherung zu finanzieren (Wegfall der §§ 8 Abs. 5 und 84 Abs. 9 SGB XI). Auch dies führt – ceteris paribus – zu einer Erhöhung der Pflegesätze.
- Die für 2025/6 avisierte dritte Stufe der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens wird zu einem weiteren – pflegesatzrelevanten – Personalaufwuchs führen.
- Schließlich ist davon auszugehen, dass die Tariflohnsteigerungen in der Pflege auch in Zukunft über den durchschnittlichen Lohnsteigerungen liegen werden, was wiederum die Pflegesätze erhöht.

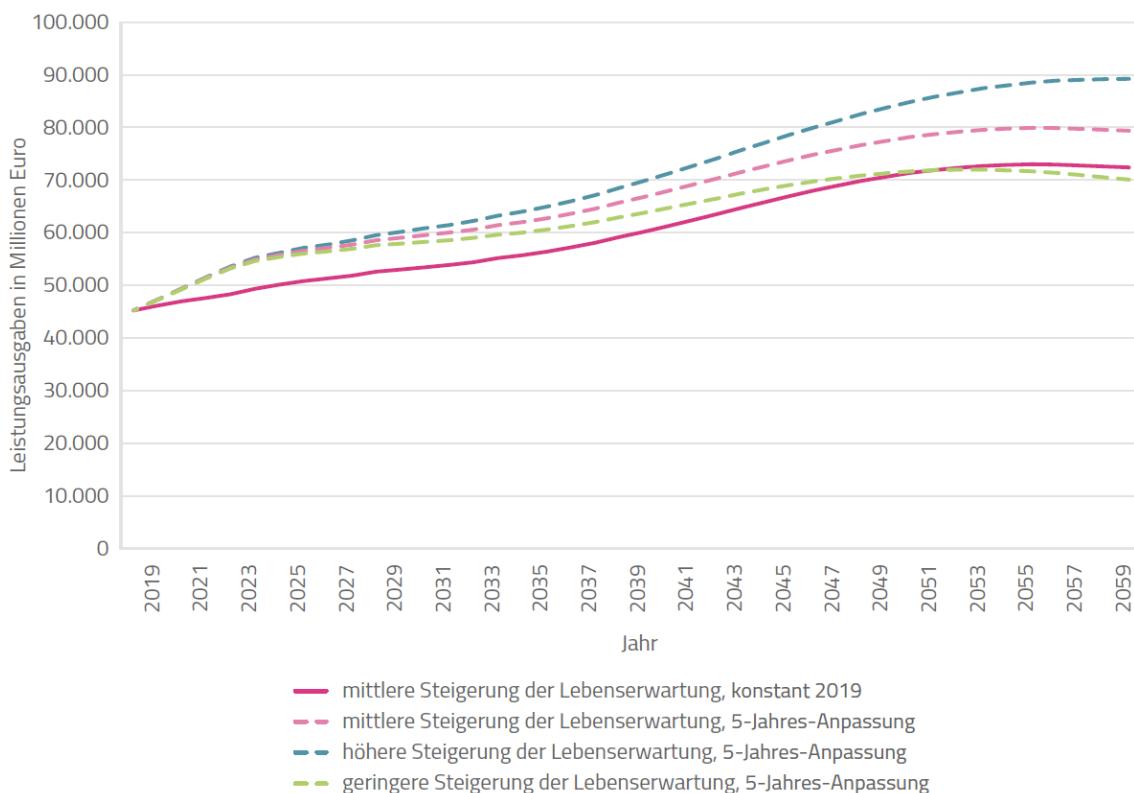
Jede Steigerung der Pflegesätze führt nicht nur zu einem Anstieg der Eigenanteile, sondern auch zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die über die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI an der Finanzierung steigender Pflegesätze automatisch beteiligt ist – selbst wenn die Leistungssätze nach § 43 SGB XI nicht erhöht werden. Im ambulanten Bereich ergeben sich steigende Ausgaben pro pflegebedürftige Person dagegen nur in dem Maße, in dem die Leistungssätze nach §§ 35-38 SGB XI angehoben werden, um so einen weiteren Rückgang des Realwertes der Versicherungsleistungen zu vermeiden bzw. zu verringern.

Langfristig führt die demographische Entwicklung zu steigenden Ausgaben aufgrund der resultierenden Fallzahlsteigerung. In Abbildung 1, die Ergebnisse der aktuellen Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes enthält, werden diesbezüglich vier Szenarien unterschieden: V2 geht von einer mittleren Entwicklung der Fertilität, Mortalität und Migration aus, in V9 wird dagegen eine höhere Steigerung der Lebenserwartung unterstellt. Zudem werden die altersspezifischen Pflegeprävalenzen im „Status quo-Szenario“ konstant gehalten, während das Szenario „Einführungseffekte“ davon ausgeht, dass die durch das PSG II ausgelöste Prävalenzsteigerung noch einige Jahre anhält, ehe sich ein neues Gleichgewicht mit im Zeitverlauf konstanten altersspezifischen Prävalenzen einstellt (vgl. hierzu Rothgang & Müller 2021). Die Erfahrung der Jahre 2018-2021 bestätigt dabei die letztgenannte Annahme. Demnach ist bis 2070 mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit 5 Millionen auf 7,5 – 8,5 Mio. zu rechnen, was einem relativen Anstieg von 50 – 70% des heutigen Wertes entspricht. Bereits bis Ende dieser Dekade steigt die Fallzahl dabei um mehr als 20 %. Entsprechend steigen auch die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung von heute bis 2060 um 50-70% (bei mittlere bzw. höherer Steigerung der Lebenserwartung) (Abbildung 2).



Quelle: Eigene Darstellung der Daten des Statistisches Bundesamt 2023.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

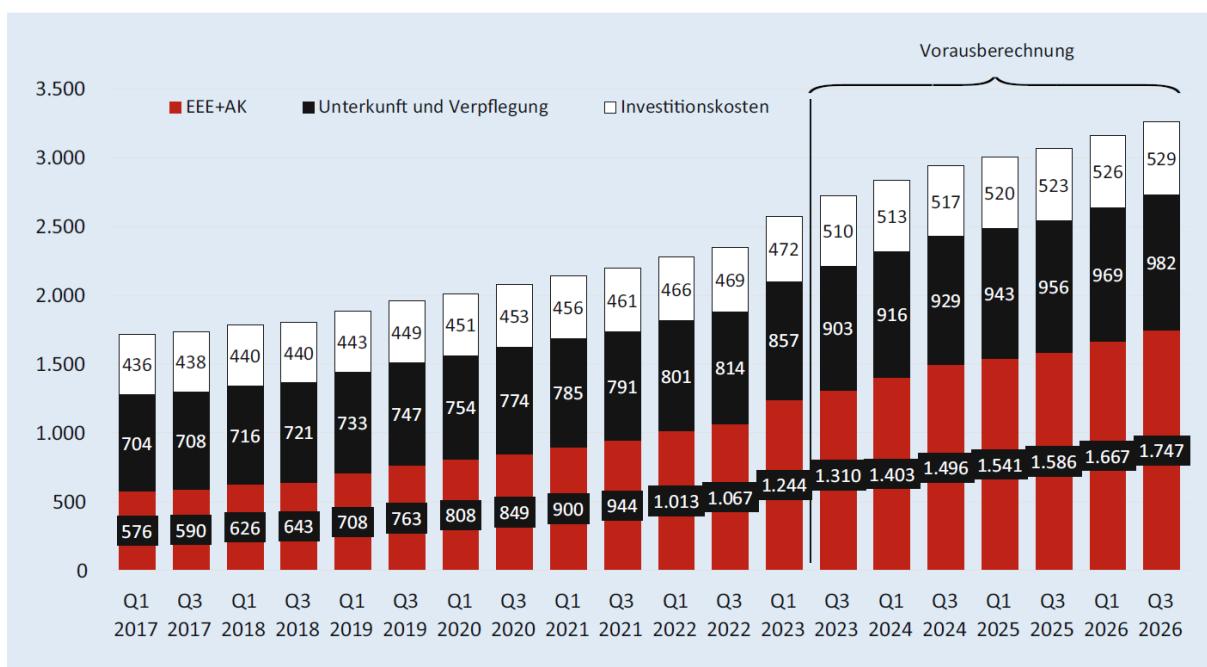


Quelle: Rothgang & Müller 2021: 191.

Abbildung 2: Gesamte Aufwendungen der Pflegeversicherung für Pflegeleistungen

1.2 Aktuelle und zukünftige Eigenanteile in der Heimpflege

Wie Abbildung 3 zeigt, sind die bundesdurchschnittlichen monatlichen Gesamteigenanteile insbesondere in den letzten Jahren sehr stark gestiegen und belaufen sich derzeit auf mehr als 2.500 Euro. Entscheidender Faktor dabei sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile und die Ausbildungskosten (EEE + AK). Aufgrund der genannten Faktoren ist aber auch in nächster Zeit mit weiteren Anstiegen zu rechnen. Modellrechnungen zeigen dabei ein Anwachsen auf mehr als 3.250 Euro bis Mitte 2026 (s. Rothgang et al. 2023 für Details der verwendeten Modellannahmen).

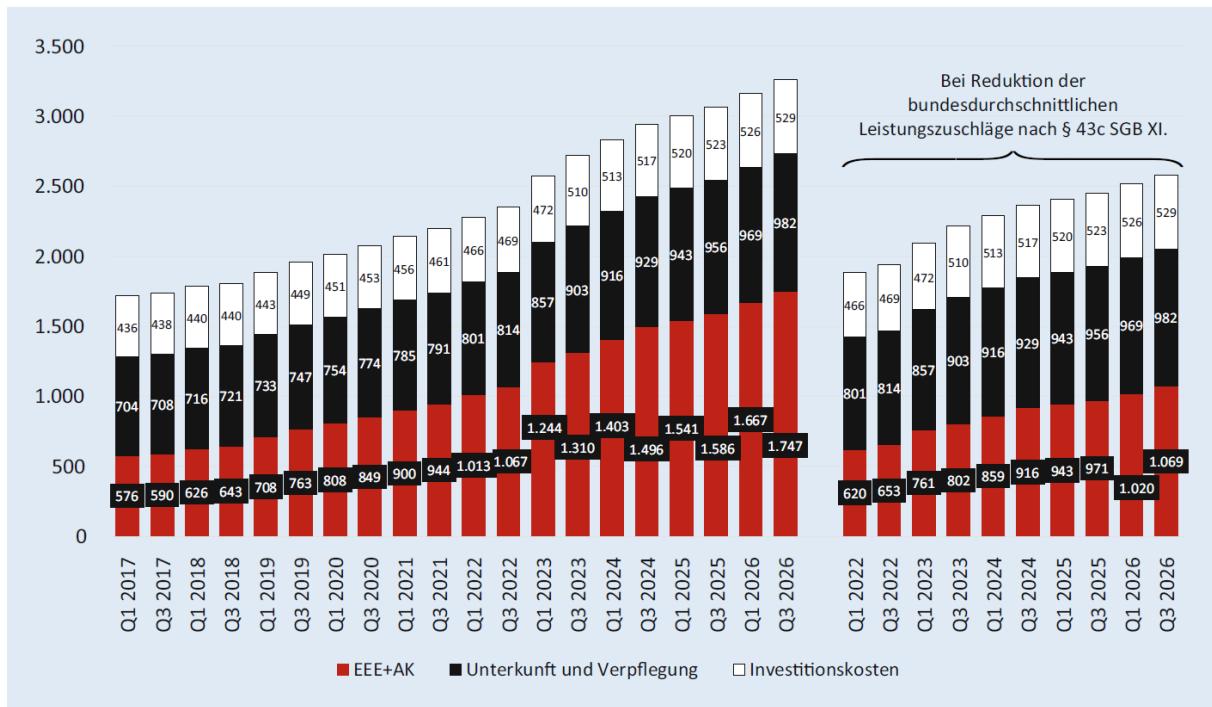


Quelle: Rothgang 2023.

Abbildung 3: Durchschnittliche monatliche Gesamteigenanteile an den Heimkosten in Euro am Quartalsanfang von Q1/2017 – Q1/2023.

Um dem entgegenzutreten, wurden im GVWG die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI eingeführt, die tatsächlich mit ihrem Inkrafttreten zum 1.1.2022 zu einer Reduktion der durchschnittliche aufzubringenden Eigenanteile geführt haben. Allerdings sind die Pflegesätze – u.a. durch die Umsetzung der „Tariftreuepflicht“ zum 1.9.2022 – danach so stark gestiegen, dass die Gesamteigenanteile bereits zum 1.1.2023 wieder höher lagen als zum 1.7.2020, dem Wert, der seinerzeit die Debatte ausgelöst hat, die zur Einführung der Zuschläge nach § 43c SGB XI geführt hat. Ohne weitere Maßnahmen zur Begrenzung der Eigenanteile werden die bundesdurchschnittlichen Eigenanteile auch unter Berücksichtigung der bundesdurchschnittlichen Leistungszuschläge am 1.7.2026 den Wert der Eigenanteile

ohne Berücksichtigung der Eigenanteile von heute erreicht haben (Abbildung 4). Die GVWG hat damit letztlich nur Zeit erkauf, etwa 2-3 Jahre.



Quelle: Rothgang 2023.

Abbildung 4: Durchschnittliche monatliche Gesamteigenanteile an den Heimkosten in Euro am Quartalsanfang unter Berücksichtigung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI.

1.3 Normative Grundlagen

Ausgangspunkt aller normativen Überlegungen muss die Frage sein, was die Gesellschaft bereit ist, für Langzeitpflege auszugeben. Dabei wurde mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 der schon vor Jahren eingeleitete Paradigmenwechsel weg von einer „Satt-und-sauber“-Pflege hin zu einer Pflege zur Gewährleistung gesellschaftlicher Teilhabe kodifiziert. Soll an diesem modernen Verständnis von Pflege festgehalten werden, sind signifikante Kostenersparnisse in der Pflege selbst aber nicht zu erwarten. Offen ist dann lediglich die Frage, wer nach welchem Verfahren für die zwangsläufig steigenden Kosten der Pflege aufkommen soll.

Hierbei kann zunächst gefragt werden, welchen Anteil die individuelle pflegebedürftige Person selbst aufbringen soll und in welchem Umfang diese Kosten kollektiv getragen werden sollen. Als die Pflegeversicherung 1994 eingeführt wurde, wurde dies damit begründet, dass so *pflegebedingte Verarmung* verhindert und Lebensstandardsicherung als Leitbild eines konservativen Wohlfahrtsstaats – ermöglicht werden sollte:

„Die Pflegeversicherung soll ... bewirken, dass [die] überwiegende[.] Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer ein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.“ (PflegeVG-E: 2)

Damit wurde die Grundforderung aufgegriffen, die seit dem Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahr 1974 die zwanzigjährige Debatte bis zur Einführung der Pflegeversicherung geprägt hat (Pabst und Rothgang 2000) – auch wenn finanzpolitische Erwägungen, nämlich die Entlastung der Sozialhilfeträger, bei der Entscheidung für die Einführung der Versicherung letztlich ausschlaggebend waren (Götze und Rothgang 2014). Um dieses Ziel, der Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit zu erreichen, wurde für die Finanzierung gemäß einem Vorschlag der AWO aus dem Jahr 1976 für die Kosten der stationären Pflege eine Dreiteilung eingeführt:

„Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln“ (Gesetzesbegründung, PflegeVG-E: 115),

während die pflegebedürftige Person für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und – soweit sie nicht öffentlich finanziert werden – die Investitionskosten aufkommen soll. Dass die Kosten für pflegebedingte Aufwände dabei in der Regel *vollständig* von den Pflegekassen übernommen werden sollen, wurde auch noch einmal im 1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMA 1997: 8f.) bestätigt:

„Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken.“

Tatsächlich waren die Versicherungsleistungen 1996 und 1997 auch noch ausreichend, um die Pflegekosten zumindest in den Pflegestufen I und II vollständig abzudecken. Dies änderte sich mit der Überleitung der Pflegesätze in ein neues System nach Auslaufen der Übergangsregeln des Art. 49b PflegeVG. Da in der Folge die Versicherungsleistungen bei Heimpflege in Pflegestufe I und II bis 2015 gar nicht angepasst wurden und auch danach die Leistungssatzanpassungen weit hinter den Pflegesatzsteigerungen zurückgeblieben sind, sind die privat aufzubringenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen so stark angestiegen (Abbildung 3).

Im ambulanten Bereich sind die entsprechenden Entwicklungen weniger sichtbar. Steigende Entgelte für Pflegesachleistungen führen nämlich nicht ausschließlich zu steigenden Eigenanteilen, sondern vielmehr dazu, dass weniger Sachleistungen in Anspruch genommen werden, um so den Eigenanteil zu begrenzen – auch wenn diese Leistungen bedarfsnotwendig sind. Im Ergebnis führt dies zu einer Reduktion der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen.

Soll an dem Ideal festgehalten werden, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu Verarmung führen soll und Menschen am Lebensende bei Auftreten von Pflegebedürftigkeit nicht auf Fürsorgeleistungen angewiesen sein sollen, sind Maßnahmen einer Finanzreform auf zwei Ebenen, notwendig: Erstens müssen die Eigenanteile begrenzt und wenn möglich zurückgeführt werden und zweitens müssen die Beitragssatzanstiege begrenzt werden, die ansonsten daraus resultieren, dass die Finanzierungsverantwortung weiter von den Individuen hin zur kollektiven Absicherung in der Pflegeversicherung verschoben werden.

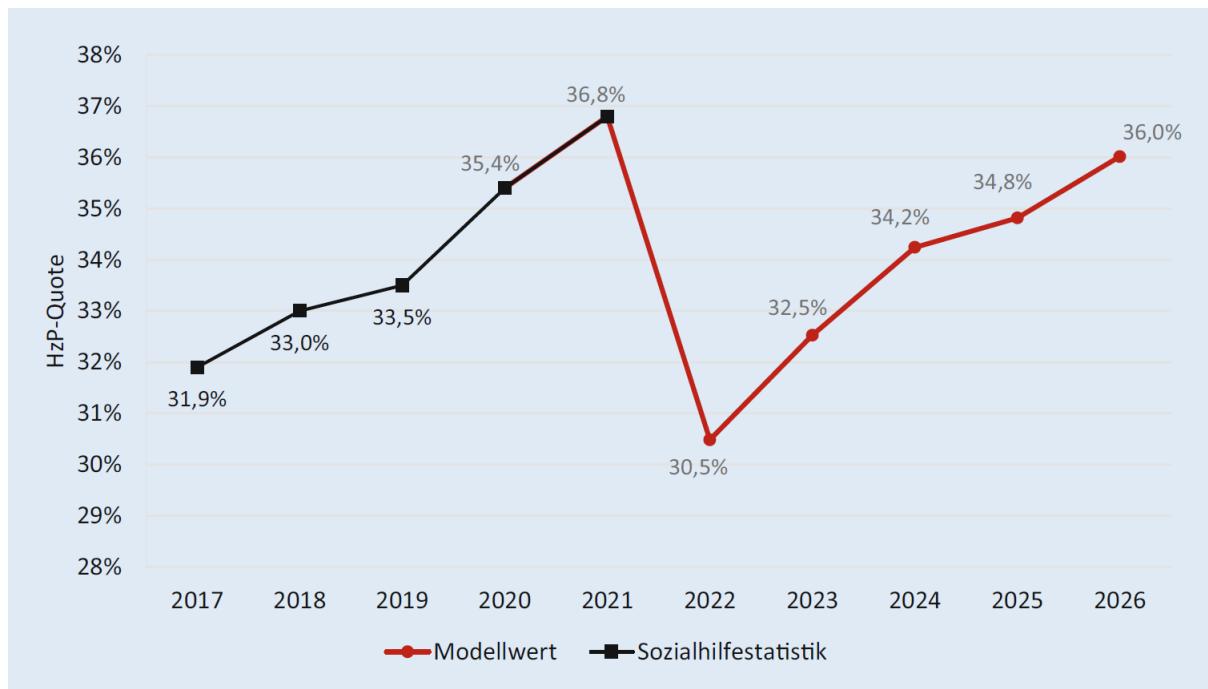
2 Maßnahmen des PUEG

Die im PUEG vorgesehenen Maßnahmen werden dem nicht gerecht – weder hinsichtlich der Begrenzung der Eigenanteile (Abschnitt 2.1) noch in Bezug auf die Begrenzung der Beitragsatzsteigerung in der Sozialen Pflegeversicherung (Abschnitt 2.2.).

2.1 Begrenzung der Eigenanteile

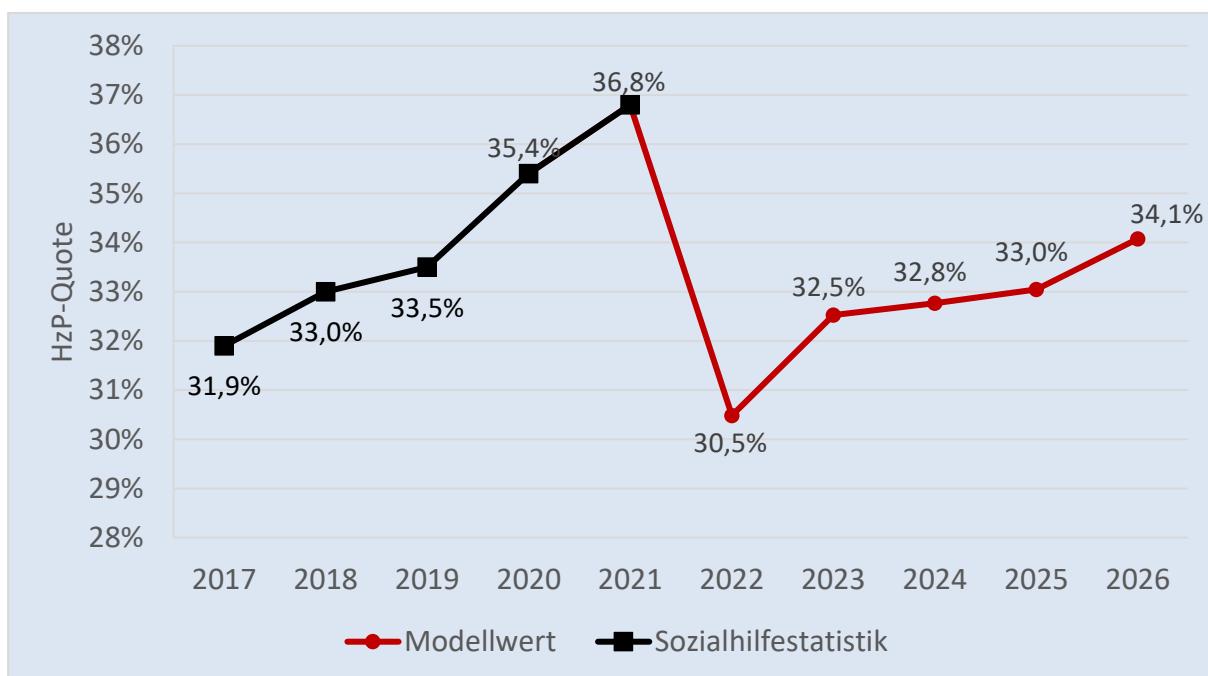
Zur Begrenzung der Eigenanteile in der *Heimpflege* wurden im GVWG vom Juni 2021 nach der Dauer der stationären Pflege gestaffelte Leistungszuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen eingeführt, die von 5 % (für pflegebedürftige Personen, die seit weniger als ein Jahr stationäre Pflege in Anspruch nehmen) bis zu 70 % (für Pflegebedürftige mit mehr als drei Jahren stationärer Pflege) reichen. Die Entwicklung der Höhe der Eigenanteile zeigt, dass damit eine initiale, aber nicht nachhaltige Reduktion der Eigenanteile verbunden ist (Abbildung 4). Im Durchschnitt aller Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege beläuft sich der Anteil dieser Zuschläge an den pflegebedingten Eigenanteile – gemäß einer Auswertung der Routinedaten der BARMER – auf 38 % (Rothgang et al. 2021). Entsprechend verändert sich auch der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in vollstationärer Dauerpflege (Abbildung 5): Zwar sinkt dieser Anteil durch die Einführung der Leistungszuschläge, steigt danach aber wieder steil an und erreicht gemäß der Modellrechnung 2026 wieder den Wert von 2021. Eine nachhaltige „Begrenzung des Eigenanteils“ – wie im Koalitionsvertrag von 2021 angestrebt – resultiert hieraus nicht.

Im PUEG wird aber an diesem – untauglichen – Instrument festgehalten. Vorgesehen ist lediglich, den Anteilswert um 5 Prozentpunkte (für Heimbewohner:innen mit mehr als einjährigem Bezug vollstationärer Pflege) bzw. 10 Prozentpunkte (für Heimbewohner:innen mit weniger als einjährigem Bezug vollstationärer Pflege) anzuheben. Der gewogene Mittelwert der Leistungszuschläge erhöht sich dadurch von 43 % auf 48 %.



Quelle: Rothgang 2023.

Abbildung 5: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege (HzP) an allen Bewohner:innen von Pflegeheimen (HzP-Quote) nach geltendem Recht



Quelle: eigene Berechnungen im Rahmen des Modells aus Rothgang et al. 2023.

Abbildung 6: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege (HzP) an allen Bewohner:innen von Pflegeheimen (HzP-Quote) nach geltendem Recht

Wie Abbildung 6 deutlich macht, verlangsamt eine Erhöhung der Leistungszuschläge den Anstieg der HzP-Quote zwar, kann den Trend aber nicht brechen: Das Instrument der Leistungszuschläge ist auch in der Ausgestaltung des PUEG nicht in der Lage, die verbleibenden Eigenanteile wirklich zu „begrenzen“ und eine pflegebedingte Verarmung nachhaltig zu verhindern.

Auch in der häuslichen Pflege sind die Maßnahmen des PUEG unzureichend. Sowohl beim Pflegegeld als auch bei den Pflegesachleistungen sollen die Leistungssätze zum 1.1.2024 um 5 % erhöht werden. Von der letzten Anpassung des Pflegegeldes zum 1.1.2017 bis zum Inkrafttreten der neuen Leistungssätze sind die Lebenshaltungskosten aber um insgesamt 23,2 % gestiegen (Tabelle 1). Die gewählte Anpassung besiegt daher einen *Realwertverlust des Pflegegelds* um rund 15%².

Tabelle 1: Jährliche Inflationsrate und kumulierte Preissteigerungsrate

Jahr	Inflationsrate	Index
2017	1,5%	101,5
2018	1,8%	103,3
2019	1,4%	104,8
2020	0,5%	105,3
2021	3,1%	108,6
2022	6,9%	116,1
2023	6,2%	123,2

Quellen: Für 2017-2021: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1683669277979&acceptscookies=false#abreadcrumb> sowie für 2023: <https://www.ifo.de/fakten/2023-03-15/ifo-konjunkturprognose-fruehjahr-2023-deutsche-wirtschaft-stagniert>.

Die Pflegesachleistungen wurden dagegen bereits im GVWG um 5 % angehoben. Allerdings dürfte die Preisentwicklung für Sachleistungen die für allgemeine Lebenshaltungskosten deutlich überstiegen haben, da die Lohnentwicklung in der Pflege – als entscheidende Determinante für die Preisentwicklung – im Betrachtungszeitraum deutlich oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung lag. Es ist daher davon auszugehen, dass die Regelungen des PUEG auch bei den Sachleistungen einen Realwertverlust von mindestens 15 % besiegen.³

² Der Indexwert der realen Kaufkraft des Pflegegeldes errechnet sich als $105/123,2 \approx 0,85$. Der Kaufkraftverlust beträgt demnach $1 - 0,85 = 15\%$.

³ Eine präzise Bezifferung dieses Effekts scheitert daran, dass in der häuslichen Pflege in den meisten Ländern Leistungskomplexe vergütet werden, die sich aber zwischen den Ländern unterscheiden. Für bundesdurchschnittliche Berechnungen müsste daher für jedes Bundesland ein Wägungsschema zugrunde gelegt werden, dass die relative Inanspruchnahme der einzelnen Leistungskomplexe abbildet. Derartige Berechnungen liegen dem Autor nicht vor.

Da zudem auf die im Koalitionsvertrag angekündigte und noch im Referentenentwurf zum PUEG vorgesehen Zusammenlegung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die für pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege eine spürbare Entlastung mit sich gebracht hätte, verzichtet wurde, tragen die Regelungen des PUEG somit nicht zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in häuslicher Pflege bei.

2.2 Begrenzung der Beitragssatzsteigerung in der Sozialen Pflegeversicherung

Ohne weitere finanzpolitische Reformmaßnahmen können steigende Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung nur mittels steigender Beitragssätze finanziert werden. Um dies zu verhindern, sieht der Koalitionsvertrag vor, „versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln [zu] finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären durch Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung [zu] übertragen und pauschal aus[zu]gleichen (SPD; Bündnis90/ Die Grünen; FDP 2021). Allein die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige belaufen sich auf jährlich 3,5 Mrd. Euro (Stand: 2022) und die Kosten der Behandlungspflege sind mit rund 2,5 – 3 Mrd. Euro anzusetzen. Allein die Umsetzung dieser beiden Punkte aus dem Koalitionsvertrag würde die Pflegeversicherung um jährlich rund 6 Mrd. Euro entlasten. Hinzu kommt noch, dass pandemiebedingte Ausgaben der Pflegeversicherung von insgesamt mehr als 5 Mrd. Euro – entgegen den Versprechungen des Koalitionsvertrags – nicht durch Steuerzuschüsse gegenfinanziert wurden.

Allein die Umsetzung des Koalitionsvertrags würde die Finanzsituation der Pflegeversicherung jährlich in dem Umfang entlasten, den die im PUEG geplante Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes an Mehreinnahmen generiert. Mit anderen Worten: Die Umsetzung der genannten, im Koalitionsvertrag vereinbarten Regelungen würde die geplante Beitragssatzerhöhung überflüssig machen.

Stattdessen fehlen entsprechende Regelungen im PUEG ebenso wie alle Maßnahmen, die zu einer mittel- und langfristigen Stabilisierung der Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung geeignet sind.

3 Notwendigkeit weitergehender Maßnahmen

Aus den aufgezeigten Entwicklungen, den normativen Bewertungsmaßstäbe und den Defiziten des PUEG ergibt sich die Notwendigkeit weitere Reformschritte – sowohl bei der Begrenzung

der Eigenanteile (Abschnitt 3.1) als auch bei der Begrenzung der ansonsten erforderlichen Beitragssatzerhöhung (Abschnitt 3.2).

3.1 Begrenzung der Eigenanteile

Um pflegebedingte Verarmung zu verhindern, ist es unabdingbar, die Eigenanteile im vollstationären Bereich absolut zu deckeln. Ein solches Modell ist unter dem Begriff „Sockel-Spitze-Tausch“ bereits vor einiger Zeit vorgestellt worden (Rothgang et al. 2019). Abbildung 7 stellt dieses Modell schematisch dar: Seit ihrer Einführung zahlt die Pflegeversicherung für pflegebedürftige Heimbewohner:innen einen gesetzlich fixierten festen Zuschuss zu den pflegebedingten Kosten. Kosten oberhalb dieses „Sockels“ müssen von den Pflegebedürftigen selbst aufgebracht werden – und zwar ohne zeitliche Begrenzung („Status quo ante“). Seit Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des GVWG zum 1. Januar 2022 übernimmt die Pflegeversicherung einen Teil des Eigenanteils, der von der Verteilung der Bezugsdauer vollstationärer Pflege abhängt. Im Mittel liegt der von der Pflegeversicherung durch die Zuschlüsse übernommene Teil der Eigenanteile bei rund 38 % (s.o.), während 62 % der die Pflegeversicherungsleistungen übersteigenden pflegebedingten Kosten nach wie vor von den Heimbewohner:innen zu zahlen sind (Status quo seit 2021). Im Modell des Sockel-Spitze-Tauschs zahlt dagegen die pflegebedürftige Person nur einen festen Sockelbetrag, während die darüberhinausgehenden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Steigende Heimkosten etwa auf Grund von Personalmehrung bei den Pflegekräften belasten dann nicht mehr die Heimbewohner:innen. Wird die Zahlungsverpflichtung für den Sockel zudem zeitlich begrenzt und werden die pflegebedingten Kosten danach vollständig von der Pflegeversicherung übernommen, („Sockel-Spitze-Tausch mit Karenzzeit“ zur vollen Kostenübernahme der pflegebedingten Kosten) ist der maximale Eigenanteil vorausplanbar und zielgenaue Versorgung möglich.

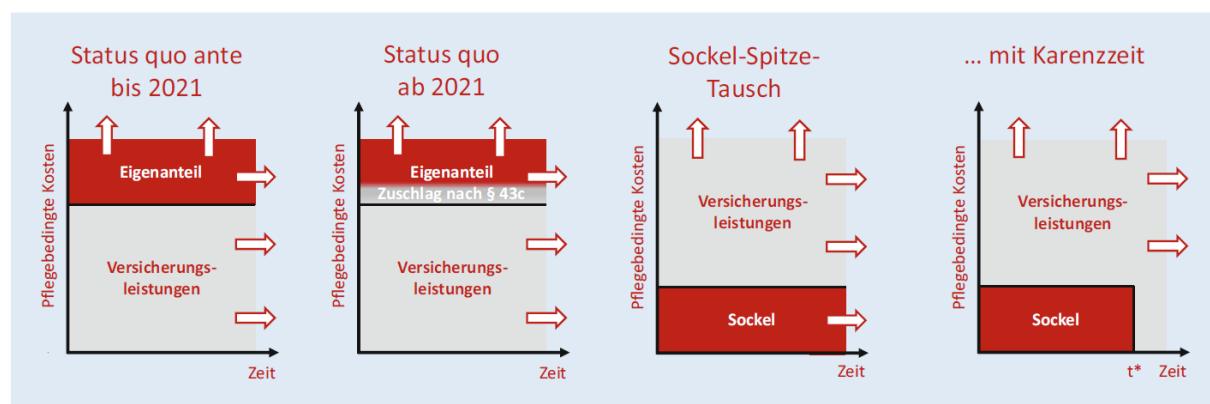
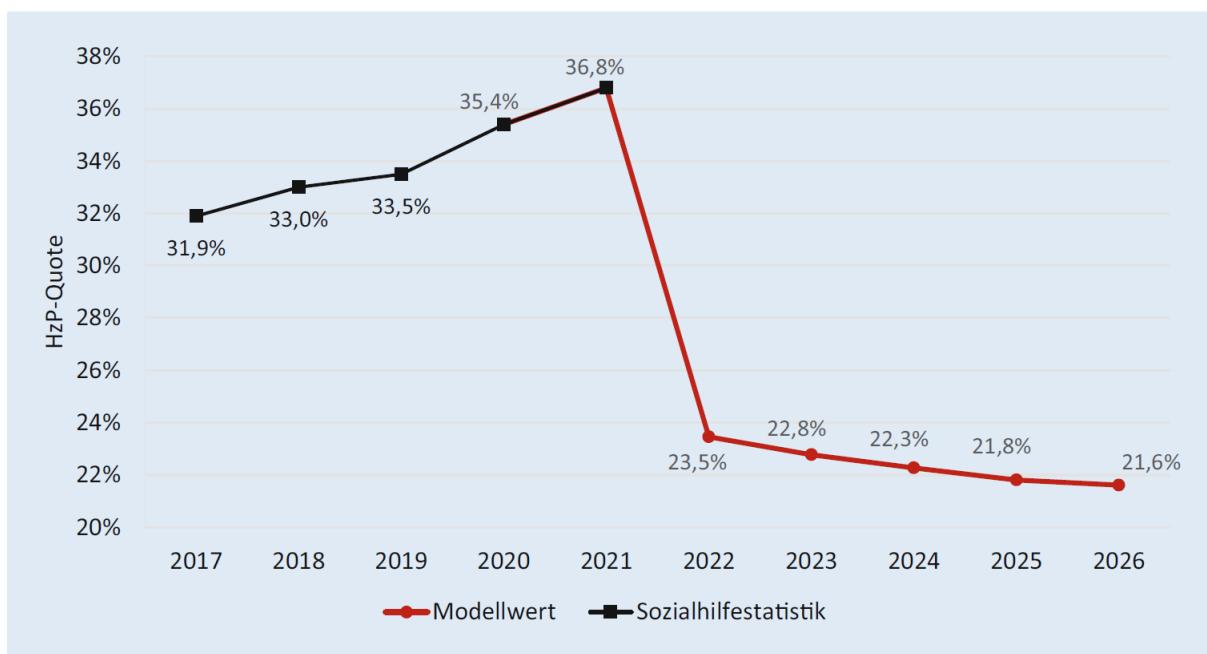


Abbildung 7: Schematische Darstellung des „Sockel-Spitze-Tauschs“

Wird der Sockel auf null gesetzt, entspricht das resultierende Modell, der „Vollversicherung“ der pflegebedingten Heimkosten, wie sie beispielsweise vom VdK, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband und dem DGB gefordert wird. Mit einem Sockel von monatlich 700 Euro, der maximal 36 Monate zu zahlen wäre, und einem von den Ländern zu zahlenden zusätzlichen Investitionskostenzuschuss von monatlich 100 Euro pro Bewohner:in wurde das Modell Ende 2020 auch vom damaligen Bundesgesundheitsminister, Jens Spahn, vorgeschlagen. Mit diesen Parameterwerten ergibt sich in Modellrechnungen (Rothgang et al. 2023) eine deutliche und nachhaltige Reduktion des Anteils der Sozialhilfeempfänger:innen unter den Heimbewohner:innen (Quelle: Rothgang 2023).

Abbildung 8). Ein solches Modell kann also – anders als das im PUEG weitergeführte Modell der Leistungszuschläge – eine dauerhafte Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der Heimpflege bewirken und dadurch auch den Anteil der Sozialhilfeempfänger nachhaltig begrenzen.



Quelle: Rothgang 2023.

Abbildung 8: Schematische Darstellung des „Sockel-Spitze-Tauschs“

Das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs ist auch auf den ambulanten Sektor übertragbar (Rothgang et al. 2019). Allerdings ist dies voraussetzungsvoll und erfordert erhebliche Vorarbeiten. Um bis dahin einen weiteren Realwertverlust der Pflegesachleistungen und des Pflegegeldes

zu verhindern, ist eine regelmäßige, regelgebundene jährliche Leistungsdynamisierung notwendig, die sich nicht nur an der Inflationsrate, sondern auch an der Lohn- und Preisentwicklung für Pflegeleistungen orientieren muss.

3.2 Begrenzung der Beitragssatzsteigerung in der Sozialen Pflegeversicherung

Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden in den nächsten Jahren weiterhin steigen (s. Abschnitt 1.1). Dies gilt umso mehr, wenn es gelingt, die Eigenanteile zu begrenzen (s. Abschnitt 3.1). Es stellt sich daher die Frage, wie diese Mehraufwendungen finanziert werden können. Dazu kann grundsätzlich auf Steuern (Abschnitt 3.2.1), Prämien (für private Versicherungen) (3.2.2) und Beiträge (zur Sozialversicherung) (Abschnitt 3.2.3 sowie 3.2.4) zurückgegriffen werden.

3.2.1 Steuerfinanzierung

Steuerfinanzierte Zuschüsse zur Sozialversicherung beinhalten immer das Risiko einer „Finanzierung nach Kassenlage“, da Steuern Abgaben ohne konkreten Anspruch auf Gegenleistungen sind, die keiner Zweckbindung unterliegen und – anders als (Sozial)Versicherungsbeiträge – daher immer auch anders verwendet werden dürfen. Dieser Gefahr kann begegnet werden, wenn Steuermittel beispielsweise als Beiträge für bestimmte Personengruppen oder zum Ausgleich dafür fließen, dass die Sozialversicherung wohldefinierte gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernimmt. Wie in Abschnitt 2.2 dargestellt, beinhaltet der Koalitionsvertrag entsprechende Vereinbarungen, die im PUEG aber *nicht* umgesetzt werden.

Daneben enthält das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 (Vorlageverfahren 1 BvL 3/18 sowie Verfassungsbeschwerde 1 BvR 717/16) deutliche Hinweise darauf, dass die Entlastung von Familien im Beitragsrecht der Pflegeversicherung dem Familienlastenausgleich, und damit einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, dient. Das Verfassungsgericht weist daher sogar ausdrücklich darauf hin, dass eine Steuerfinanzierung möglich sei. Stattdessen sieht das PUEG vor, die zusätzliche Entlastung der Familien mit mehr als 1 Kind im Alter von unter 25 Jahren durch eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes für Kinderlose zu finanzieren. Insgesamt handelt es sich hierbei um ein jährliches Finanzvolumen von aktuell gut 1 Mrd. Euro. Dieser Betrag könnte mit gutem Grund steuerfinanziert werden. Die im Vergleich zu Kinderlosen verringerte Beitragszahlung aller Mitglieder mit Elterneigenschaft summieren sich sogar auf knapp 5 Mrd. Euro, für die ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss oder

eine entsprechende Beitragszahlung ordnungspolitisch gerechtfertigt werden kann (vgl. Rothgang et al. 2022).

3.2.2 Versicherungsprämie

Eine weitere Möglichkeit, Beitragssatzsteigerungen zu begrenzen, besteht darin, die Leistungen der Sozialversicherung einzuschränken und stattdessen die Vorsorge in einer Privatversicherung zu propagieren, die dann steuerlich gefördert werden kann. Schon bei der Riester-Rente hat sich gezeigt, dass diese Strategie in der Fläche nicht funktioniert, weil nur eine Minderheit entsprechende Versicherungsprodukte kauft und für die Mehrheit lediglich eine (weitere) Absicherungslücke entsteht. Auch in der Langzeitpflege ist ein entsprechender Versuch bereits vor einer Dekade gescheitert: Bereits für das erste Jahr nach Einführung einer auch als „Pflege-Bahr“ bezeichneten steuerlich geförderte Pflegezusatzversicherung waren im Bundeshaushalt Fördermittel für 1,5 Millionen Versicherte eingestellt worden – ein Wert, der tatsächlich aber bis heute noch nicht erreicht wurde. Vielmehr liegt die Zahl dieser Verträge immer noch unter einer Million (PKV 2020; vgl. Jacobs & Rothgang 2012, 2013 und 2013b).

In ihrem jüngsten Vorschlag hat ein von der PKV eingesetzter „Expertenrat“ daher festgestellt, dass „[e]ine sozialpolitisch wünschenswerte hinreichend breite Abdeckung des finanziellen Risikos der Eigenanteile ... daher nur erreicht werden [kann], wenn sie obligatorisch ist“ (Experten-Rat Pflegefinanzen 2023: 5) und damit allen Modellen einer lediglich freiwilligen Versicherung eine Absage erteilt. Um die finanzielle Überforderung bestimmter Versichertengruppen zu vermeiden, sieht der Vorschlag „sozialpolitische Flankierungen“ (ebd.) vor. Eine obligatorische Versicherung für die gesamte Bevölkerung mit sozial gestaffelten Tarifen ist aber nichts anderes als eine Sozialversicherung. Im Kern fordert dieser Vorschlag somit die Einführung einer zweiten Sozialversicherung, um die Lücken der ersten zu füllen. Dass eine solche Doppelstruktur administrativ deutlich ineffizienter ist, als die bereits bestehende Sozialversicherung auszubauen, liegt auf der Hand. Der zentrale Unterschied liegt darin, dass das PKV-Modell den Aufbau eines *Kapitalstocks* vorsieht. Die Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens wird u. a. damit begründet wird, dass dieses zu einer höheren Sparquote führt, die dann wiederum zu mehr Investitionen, einer höheren Kapitalausstattung der Wirtschaft und zu einem höheren Wachstumspfad führt. Angesichts der gewaltigen Kapitalmengen, die weltweit eine produktive Anlageform suchen, kann von einem Kapitalmangel, der Wachstumsprozesse behindert und der durch den Aufbau einer kapitalgedeckten Sozialversicherung bekämpft werden muss, aber nicht die Rede sein. Der Aufbau eines Kapitalstocks, der bis zur Reife-

phase eines kapitalgedeckten Systems mehr als ein halbes Jahrhundert dauert, führt stattdessen unausweichlich nur zu einer Doppelbelastung während dieser Aufbauphase, in der sowohl die „alte Last“ im Umlageverfahren bedient als auch der Kapitalstock aufgebaut werden muss. Diese Doppelbelastung kann zwar zwischen Generationen und über Zeit hin und her geschoben werden, ist als solche aber unvermeidbar.

Wenn derzeit in der politischen Debatte auf die Schwierigkeiten verwiesen wird, mehr Mittel für die Pflegeversicherung – sei es durch Steuern oder Beiträge – zu mobilisieren, ist die Einführung einer zusätzlichen Privatversicherung, die über Jahrzehnte hin noch über den dringenden aktuellen Bedarf hinaus zusätzliche Mittel für den Aufbau eines Kapitalstocks erfordert, sicherlich keine Lösung.

3.2.3 Beitragsbemessungsgrenze

Eine Erhöhung der Beitragseinnahmen kann – wie im PUEG vorgesehen – durch die Erhöhung des *Beitragssatzes* oder durch Verbreiterung der *Beitragsbemessungsgrundlage* erreicht werden. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage wiederum kann durch Einschluss weiterer Personengruppen (s. Abschnitt 3.2.4), durch Einbezug weiterer Einkommensarten (hier nicht behandelt) oder durch Anhebung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze (nachfolgend behandelt) erfolgen.

Normativ handlungsleitend für die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung ist das aus dem Einkommenssteuerrecht entlehnte *Leistungsfähigkeitsprinzip*, dem zufolge Mitglieder mit gleicher ökonomischen Leistungsfähigkeit in gleichem Umfang zur Beitragszahlung herangezogen werden sollen (horizontale Gerechtigkeit), einkommensstärkere Mitglieder aber einen höheren Beitrag entrichten sollen als einkommensschwächere (vertikale Gerechtigkeit) (vgl. z. B. Wasem & Greß 2002). Da die Beitragsbemessungsgrenze dieses Prinzip durchbricht, erscheint deren Abschaffung – wie im Antrag der LINKEN gefordert – zunächst normativ angezeigt.

Allerdings ist die Sozialversicherung auch *Versicherung* und als solche dem Äquivalenzprinzip verpflichtet – und nicht nur der sozialen Umverteilung. Wenn bei Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze auch bei sehr hohen Einkommen einkommensproportionale Beiträge erhoben würden, ohne dass sich dadurch der Anspruch auf Gegenleistungen erhöht, würde dieses Prinzip immer weiter geschwächt. Eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze birgt so die Gefahr, dass das „Sozial“ in der Sozialversicherung zu sehr zu Lasten des „Versiche-

rungs“-Gedanken ausgedehnt und damit der rechtliche Rahmen einer Sozialversicherung gesprengt würde. Zudem ist eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ohne Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze nicht sinnvoll, weil sonst die Gefahr besteht, dass einkommensstarke Mitglieder in die PKV abwandern.

Eine *Anhebung* der Beitragsbemessungsgrenze erscheint dagegen rechtlich unproblematisch und sinnvoll, wenn sichergestellt wird, dass die Versicherungspflichtgrenze entsprechend mit angehoben wird.

Eine Beitragssatzerhöhung und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze unterscheiden sich vor allem in ihren Verteilungswirkungen: Eine Beitragssatzerhöhung betrifft *alle* Beitragszahler:innen, wobei nur diejenigen mit einem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze in vollem Umfang belastet werden, während eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nur die einkommensstärkeren betrifft und dabei die vertikale Gerechtigkeit in der Finanzierung des Systems stärkt. Insofern ist sie die überlegene Lösung. Sie kann zudem einen merklichen Beitrag zur Erhöhung der Beitragseinnahmen leisten. Nach eigenen Berechnungen aus dem Jahr 2021 führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (West) zu einem Beitragssatzeffekt von 0,14 Beitragssatzpunkten (Rothgang & Domhoff 2021: 21). Dies entspricht Beitragsmehr-einnahmen von 2,64 Mrd. Euro, wenn der im hier gegenständlichen Antrag der Regierungsfraktionen auf Seite 41 verwendete Umrechnungsfaktor zwischen Beitragssatz und Einnahmen zugrunde gelegt wird.⁴

3.2.4 Personelle Verbreiterung der Bemessungsgrundlage

Eine Reduktion des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes kann – *ceteris paribus* – auch erfolgen, wenn weitere Personengruppen mit überdurchschnittlichem Einkommen und/oder unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben in die Versicherung oder ein Finanzausgleichssystem einbezogen werden.

In seinem Urteil aus dem Jahr 2001 hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass der Gesetzgeber zwar die Kompetenz hatte, eine „Pflegevolksversicherung“ in Gestalt zweier Versicherungszweige“ zu schaffen, bei der die Bevölkerung jeweils entweder der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) zugewiesen wird. Allerdings sei diese Zuweisung nur unter der Maßgabe einer „ausgewogenen Lastenverteilung“

⁴ Die Mehreinnahmen ergeben sich als 0,14 Beitragssatzpunkte * (6,6 Mrd. Euro / 0,35 Beitragssatzpunkte).

verfassungskonform (Bundesverfassungsgericht 2001: Rn 92). Von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann aber nur gesprochen werden, wenn die finanzielle Belastung für Versicherte in beiden Versicherungskollektiven in etwa gleich ist. Damit hat das Verfassungsgericht den normativen Bewertungsmaßstab geliefert, an dem die derzeitige Ausgestaltung der gesetzlichen (beide Versicherungszweige umfassenden) Pflegeversicherung bewertet werden kann und muss.

Wie eine Überprüfung zeigt, liegt tatsächlich *keine* „ausgewogene Lastenverteilung“ vor: Erstens haben Privatversicherte eine günstigere Altersstruktur. Insbesondere bei den 80-Jährigen und Älteren, bei denen die Pflegehäufigkeiten und die Ausgaben für Pflegeleistungen besonders hoch sind, ist der Anteil der Privatversicherten deutlich niedriger als der Privatversichertenanteil in der Gesamtbevölkerung. Zweitens ist der Frauenanteil unter den Privatversicherten ebenfalls deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung, was insofern ausgaben senkend wirkt als Frauen höhere Pflegekosten verursachen als Männer. Drittens sind die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten bei den Privatversicherten für alle Altersklassen (teilweise um ein Vielfaches) niedriger als bei den Sozialversicherten (Rothgang & Domhoff 2019). Im Ergebnis sind die Leistungsausgaben pro versicherte Person in der sozialen Pflegeversicherung – bei gleichlautenden Begutachtungsrichtlinien und gleichem Leistungsumfang – rund dreimal so hoch wie in der privaten Pflegepflichtversicherung. Allerdings ist etwa die Hälfte der Privatversicherten beihilfeberechtigt. Werden die von der Beihilfe getragenen Ausgaben für PPV-Versicherte berücksichtigt, sind die Leistungsausgaben für eine sozialversicherte Person aber immer noch doppelt so hoch wie die Leistungsausgaben für eine privatversicherte Person (Tabelle 2).

Tabelle 2: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven der Pflegevolksversicherung im Jahr 2021

	(1) Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3)=(1) / (2) Leistungsausgaben pro versicherte Person (in Euro)	(4)= (3 _{SPV}) / (3 _{PPV}) Zahlenverhältnis der jeweiligen Pro- Kopf-Ausgaben
SPV	50,200	73,51	682,90	–
PPV	2,071	9,19	225,39	3,03
PPV zuzüglich Beihilfe	3,107	9,19	338,08	2,02

Anmerkung: Rund die Hälfte aller Privatversicherten hat Beihilfeansprüche [12]. Die Höhe des Beihilfeanspruchs differiert zwischen den Bundesländern und dem Bund und nach Familienstand. Im Durchschnitt dürften aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann $0,5 \times 1 + 0,5 \times 1/3 = 2/3$ der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten betragen 50% der PPV-Ausgaben

Abkürzungen: PPV private Pflegepflichtversicherung, SPV soziale Pflegeversicherung

Quelle: Rothgang 2023.

Unterschiede zeigen sich auch im jährlichen *Durchschnittseinkommen* der Versicherten. Nach Berechnungen von Greß et al. (2019) beläuft sich dieses im Jahr 2016 bei den SPV-Versicherten auf 24.790 €, während es bei den PPV-Versicherten mit 52.287 € mehr als doppelt so hoch ist. Wird nur das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten betrachtet, verringert sich dieser Unterschied etwas, da die Beitragsbemessungsgrenze und die Beschränkung der beitragspflichtigen Einkommen auf bestimmte Einkommensarten bei Privatversicherten größere Wirkung zeigen als bei Sozialversicherten. Dennoch liegt das „beitragspflichtige Einkommen“ der Privatversicherten immer noch um rund Zwei Drittel über dem der SPV-Versicherten [ebd.].

Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen zeigen sich somit sowohl bei den Einkommen als auch in der Risikostruktur. Der kombinierte Effekt zeigt sich, wenn der Beitragssatz berechnet wird, den das Kollektiv der bislang Privatversicherten zahlen müsste, wenn es eine eigene Sozialversicherung nach den Finanzierungsregeln der SPV bilden würde. Da die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen für die Privatversicherten um rund Zwei Drittel höher liegen als für die Sozialversicherten, die Ausgaben aber um den Faktor 2,02 niedriger sind, läge der resultierende Beitragssatz um den Faktor $2,02 \times 1,66 = 3,35$ niedriger als der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz im Kollektiv der SPV-Versicherten. Der Beitragssatz betrüge damit weniger als 30 % des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung.

Die beiden Versichertenkollektive unterscheiden sich in Bezug auf Einkommen und Pflegerisiko somit insgesamt um den Faktor 3,35. Von der vom Bundesverfassungsgericht geforderten „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann also nicht die Rede sein. Die Herstellung einer ausgewogenen Lastenverteilung kann dadurch erfolgen, dass die gesamte Bevölkerung in *ein* System integriert wird. Entsprechende Vorschläge sind unter der Überschrift „Pflegebürgerversicherung“ schon seit vielen Jahren vorgetragen (vgl. z. B. Dräther et al. 2009) und diskutiert worden (WD 2017, 2018a, 2018b). Eine solche integrierte Pflegeversicherung würde nicht nur die eklatante Ungleichbehandlung von Privat- und Sozialversicherten aufheben, sondern gleichzeitig dazu beitragen, den Beitragssatz in der Sozialversicherung zu stabilisieren. Allein die Einbeziehung der Privatversicherten in die soziale Pflegeversicherung bei unveränderter Beitragsbemessungsgrenze und ohne Erweiterung der beitragspflichtigen Einkommensarten

erlaubt es – ceteris paribus –, den Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,32 Beitragssatzpunkte zu reduzieren (Rothgang & Domhoff 2021: 21). Dies entspricht jährlichen Mehreinnahmen von aktuell rund 6 Mrd. Euro.⁵

Wird eine solche integrierte Pflegevolksversicherung aus politischen Gründen nicht für möglich erachtet, können die Effekte der Risikoselektion durch einen *Finanzausgleich* zwischen SPV und PPV begrenzt werden. Analog zu dem in der gesetzlichen Krankenversicherung praktizierten Risikostrukturausgleich würden dabei die PKV-Versicherten einkommensabhängige Beiträge in den Ausgleichsfond einzahlen, um so die Einkommenssolidarität mit den Sozialversicherten zu gewährleisten. Im Gegenzug würden aus dem Fonds Zuweisungen an die Versicherungsunternehmen gezahlt. Deren Höhe würde sich an nach Alter und Geschlecht differenzierten standardisierten Leistungsausgaben orientieren. Da die intertemporale Umverteilung in der PPV über Altersrückstellungen gewährleistet wird, wäre für die Berechnung dieser Zuweisungen das Alter zu berücksichtigen, in dem die versicherte Person ihren privaten Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Alternativ könnte auch das jeweilige Alter berücksichtigt werden. Dann müssen aber die aufgelaufenen Altersrückstellungen in den Ausgleichsfonds eingezahlt werden.

Tatsächlich ist ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV bereits einmal vereinbart worden, nämlich 2005 im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD, dann aber nicht umgesetzt worden. Bei entsprechender Ausgestaltung kann er bezüglich der derzeitigen Ungleichbehandlung der Versicherten als funktionales Äquivalent zu einer integrierten Versicherung dienen. Allerdings würden bestehende Doppelstrukturen in der Verwaltung der Pflegeversicherung dabei perpetuiert, so dass diese Lösung einem integrierten Versicherungssystem aus Effizienzgründen unterlegen ist.

4 Literatur

BMA [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): 1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

Bundesverfassungsgericht (2001) Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93), BVerfGE 103, 197–225. http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html.

⁵ Die Mehreinnahmen ergeben sich als 0,32 Beitragssatzpunkte * (6,6 Mrd. Euro / 0,35 Beitragssatzpunkte).

Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71–93.

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/WldO-Reihe/wido_reihe_fokus_pflegevers_2009.pdf.

Experten-Rat Pflegefinanzen (2023): Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung.

https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/PDF_zu_unterschiedlichen_The men/Abschlussbericht_Experten-Rat_Pflegefinanzen.pdf.

Götze, Ralf / Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.

Greß S, Haun D, Jacobs K (2019) Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hrsg.) Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin; https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_19.

Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5: 41-51.

Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2013): Der „Pflege-Bahr“ wird für die meisten keinen Vorteil bringen, in: Sozialrecht + Praxis, 23. Jg., Heft 4: 207-228.

Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2013): Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. Replik zu Biederick und Weber, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 4: 24-27.

Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stefan / Wagschal, Uwe (Hrsg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.

PKV-Verband (2020): Zahlenbericht 2019. Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung.

Rothgang, Heinz (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03695-3>.

Rothgang, Heinz / Diederich, Freya / Kalwitzki, Thomas (2022): Berücksichtigung des Kindererziehungsaufwands im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Finanzwirkungen verschiedener Umsetzungsoptionen. Kurzexpertise für die DAK Gesundheit.

https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=d680a99139.pdf&filename=DAK%20Kurzexpertise%20Ve_chtigungsgesetz.pdf.

Rothgang Heinz / Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. 09.2019. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf; https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007293/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.

Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2021): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“;

https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits- und Pflegeversicherung_Mai_2017.pdf.

Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Kalwitzki, Thomas / Wagner, Christian (2023): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/expertise-2609248.pdf>.

Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021): Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf>.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2021): BARMER Pflegereport 2021: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32; <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/pflegereport/pflegereport-2021-360768>.

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP (2021) Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Berlin. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.

Statistisches Bundesamt (2023): Pflegevorausberechnung – Deutschland und die Bundesländer. Berichtszeitraum 2022–2070. EVAS-Nummer: 12421, 22421 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.html>.

Wasem, Jürgen / Greß, Stefan (2002): Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Fozouni Behnam / Güntert, Bernhard (Hrsg.): Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Tagungsband 4./5. Mai 2001 im Zentrum für interdisziplinäre Forschung Bielefeld. Berlin: Logos: 107–119.

WD [=Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2017): Bürgerversicherung. Hinweise auf Fallbeispiele im europäischen Ausland sowie Materialien zu Modellen und Finanzierungsrechnungen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. Dokumentation. WD 9 – 3000 – 061/17. www.bundestag.de/resource/blob/543048/c6933cfcd78598e94666de4b7c39cda/WD-9-061-17-pdf-data.pdf.

WD [=Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2018a) Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung. Berlin, Deutscher Bundestag. Ausarbeitung. WD 3 – 3000 – 486/10. www.bundestag.de/resource/blob/423772/24fb9aa538acbc2da3cdd13a6e58df/WD-3-486-10-pdf-data.pdf.

WD [=Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] (2018b) Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“. Ausarbeitung. WD 9 – 3000 – 058/17. www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/WD-9-058-17-pdf-data.pdf.