Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung

Gutachten
im Auftrag des
Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung
www.solidarische-pflegevollversicherung.de

von
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dominik Domhoff, M.A.
Universität Bremen

Kontakt: rothgang@uni-bremen.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1
2. Hintergrund: Das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung 1
   2.1. Eigenanteile der Pflegebedürftigen 2
      2.1.1. Heimpflege 2
      2.1.2. Häusliche Pflege 6
   2.2. Finanzierung der Pflegeversicherung 7
      2.2.1. Gerechtigkeitsdefizite im System der dualen Versicherung 7
      2.2.2. Strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung 9
   2.3. Pflegebürgervollversicherung als Lösungsoption 11
3. Gutachtenauftrag 12
4. Methoden, Daten und Szenarien 13
   4.1. Methoden 14
      4.1.1. Beitragspflichtige Einnahmen 14
      4.1.2. Ausgaben 15
   4.2. Daten 16
      4.2.1. Einnahmen im Referenzjahr 17
      4.2.2. Ausgaben im Referenzjahr 20
      4.2.3. Kalibrierung 24
      4.2.4. Fortschreibung der Einnahmen 24
      4.2.5. Fortschreibung der Ausgaben 25
   4.3. Szenarien und Varianten 27
5. Beitragssatzeffekte 29
   5.1. Beitragssatzeffekte zum Umstellungszeitpunkt 29
   5.2. Beitragssatzeffekte bis 2028 32
   5.3. Beitragssatzeffekte bis 2060 33
6. Fazit 35
7. Literatur 37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven in den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung im Jahr 2021. 8

Tabelle 2: Zugrunde gelegte Einnahmearten und Personenkreise 18

Tabelle 3: Durchschnittliche jährliche Einkommen (alle Einkommensarten) der Beitragsgruppen im Jahr 2022 in Euro 20

Tabelle 4: Angesetzte Ausgaben nach Versicherungsmodell, Sektor und Pflegegrad in Euro pro Monat im Jahr 2023 23

Tabelle 5: Steigerungsraten der durchschnittlichen Löhne/Gehälter und Renten auf der Einnahmeseite 25

Tabelle 6: Verwendete Faktoren für die Fortschreibung der Leistungsausgaben im Prognosezeitraum 2024-2060 26

Tabelle 7: Untersuchte Modelle im Überblick 28

Tabelle 8: Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr 2023 30

Tabelle 9: Auswirkungen der Reformmodelle auf den monatlichen Beitrag nach monatlichem Bruttoeinkommen in Euro 30

Tabelle 10: Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr 2023 für alle Permutationen 31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile im Pflegeheim..... 4

Abbildung 2: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen..... 5

Abbildung 3: Anteil der Heimbewohnenden, die Hilfe zur Pflege beziehen..... 6

Abbildung 4: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung 10

Abbildung 5: Index der Entwicklung von BIP, Einnahmen und Ausgaben der GKV (2000-2003)..... 11

Abbildung 6: Pflegebürgervollversicherung als Lösung für das doppelte Finanzierungsproblem..... 12

Abbildung 7: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 1 der Vollversicherung 32

Abbildung 8: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 2 der Vollversicherung 32

Abbildung 9: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 1 der Vollversicherung 34

Abbildung 10: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 2 der Vollversicherung 34

1. Einleitung

Hinsichtlich der Finanzierung der Pflegeversicherung besteht Reformbedarf – darüber sind sich alle Akteure einig. Im Koalitionsvertrag wurde 2021 daher die Einrichtung einer Expertenkommission vereinbart, die bis 2023 konkrete Vorschläge erarbeiten soll. Diese Kommission ist nie eingerichtet worden. Wohl aber hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen Bericht erarbeitet, der im Frühjahr 2024 veröffentlicht wurde (Bundesregierung 2024). Dieser Bericht beruht in weiten Teilen auf Berechnungen, die das IGES-Institut im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt hat und die dem Bericht als Anlagen zugefügt sind. Wie der Untertitel des Berichts bereits deutlich macht, geht es um die „Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen". Hieraus einen eigenen Reformvorschlag abzuleiten, ist der Bundesregierung nicht mehr gelungen.

Daher ist die Finanzreform der Pflegeversicherung eines der Themen, denen sich die neue Bundesregierung und der neue Bundestag widmen müssen. Hierzu sind von politischen Akteuren vielfältige Vorschläge gemacht worden. Gegenstand dieser Ausarbeitung sind Vorschläge des „Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung", die auf ihre Beitragssatzeffekte hin untersucht werden.

Dazu wird in Kapitel 2 zunächst noch einmal auf den Hintergrund eingegangen: das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung und gezeigt, wie dem durch eine Pflegebürgervollversicherung begegnet werden kann. Nach Darstellung des Gutachtenauftrags in Kapitel 3 werden die genutzten Daten sowie die verwendeten Methoden und Szenarien beschrieben (Kapitel 4). Die Darstellung der zentralen Ergebnisse der Berechnung erfolgt in Kapitel 5, so dass dann ein abschließendes Fazit gezogen werden kann (Kapitel 6).

2. Hintergrund: Das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung steht derzeit vor einem doppelten Finanzierungsproblem: Zum einen steigen die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen aufgebracht werden müssen kontinuierlich an und haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, das zu einer Delegitimierung der Pflegeversicherung führen kann (s. Abschnitt 2.1). Zum anderen weist die Finanzierung der Pflegeversicherung selbst Probleme auf, die auf Geburtsfehler des

Systems zurückgehen, deren Folgen inzwischen aber immer deutlicher sichtbar werden (s. Abschnitt 2.2).

2.1. Eigenanteile der Pflegebedürftigen

Die Pflegeversicherung wurde 1994 als ein Teilleistungssystem gegründet und unterscheidet sich damit von der Krankenversicherung. Um diesen Teilleistungscharakter als Bewertungsmaßstab nutzen zu können, ist es allerdings notwendig, sich zunächst zu vergegenwärtigen, was damit gemeint ist.

2.1.1. Heimpflege

Die Forderung nach einer sozialstaatlichen Absicherung des Pflegerisikos wurde seit Mitte der 1970er Jahre damit begründet, dass es gelte, die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu beenden (KDA 1974). Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert [s. Pabst & Rothgang 2000; Götze & Rothgang 2014]. Darauf wird auch im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt:

> „Die Pflegeversicherung soll […] bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (Gesetzesbegründung, PflegeVG-E, S. 2; Grammatikfehler im Original).

Dem Dreiteilungsvorschlag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) aus dem Jahr 1976 folgend, wurden die Heimkosten in drei Komponenten zerlegt: die pflegebedingten Kosten (die inzwischen auch eine Ausbildungsumlage enthalten), die Investitionskosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegebedürftigen sollten dabei lediglich für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung aufkommen, während die Investitionskosten von den Ländern und die pflegebedingten Kosten vollständig von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten. Entsprechend wurde in der Gesetzesbegründung formuliert:

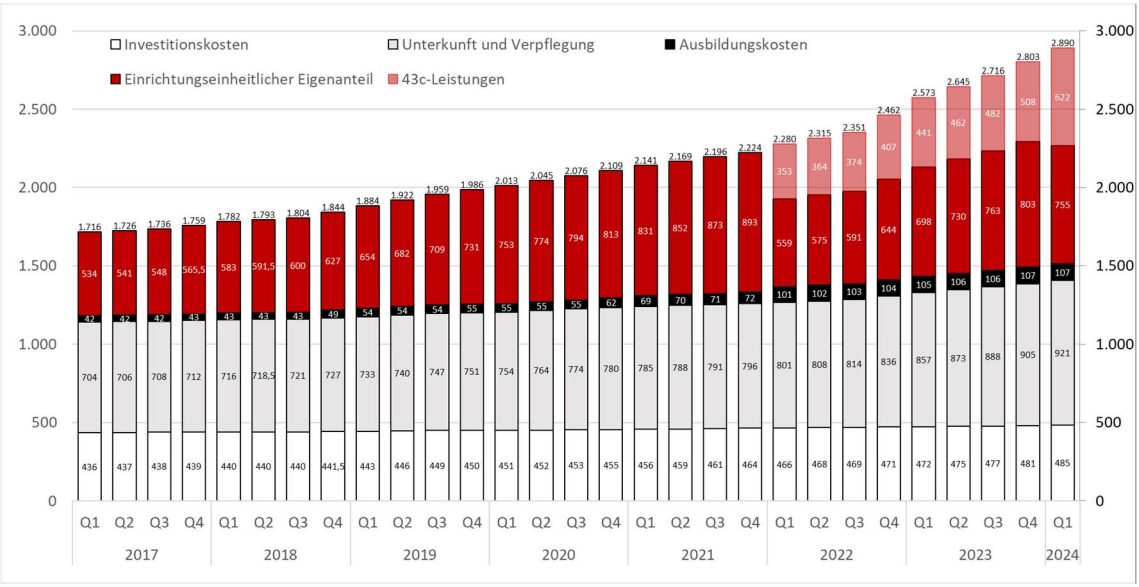
> „Die Pflegekasse … trägt … den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“ (Gesetzesbegründung zum Pflege-Versicherungsgesetz-Entwurf, S. 115).

Im ersten Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung wird dies noch einmal bestätigt:

> „Die Pflegeversicherung […] soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken." (BMA 1997: 8 ff.).

Wenn heute darauf verwiesen wird, dass die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung" eingeführt wurde, wird meist der Eindruck erweckt, dass in der stationären Pflege eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten intendiert war. Das ist allerdings falsch, und die ursprüngliche Konzeption der „Teilleistungsversicherung" entspricht dem, was heute als „Vollversicherung" bezeichnet wird. Insofern ist die Forderung nach eine Vollversicherung nur eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung.

In Bezug auf diesen normativen Bewertungsmaßstab ist die Entwicklung der Eigenanteile äußerst kritisch zu sehen. Tatsächlich waren die Versicherungsleistungen 1996, als die Leistungen der stationären Pflege erstmals gewährt wurden, in der Regel ausreichend, um die pflegebedingten Kosten für Pflegebedürftige in Pflegestufe I und II vollständig abzudecken. Lediglich bei Pflegstufe III gab es in einigen Bundesländern Einrichtungen, deren Sätze höher lagen als die Leistungen der Pflegeversicherung. Ausdruck dieses Verhältnisses war auch, dass die Pflegeversicherungsleistungen bei Heimpflege ursprünglich mit „bis zu"-Beträgen. bezeichnet waren. Sie waren nach oben gedeckelt, weil die maximalen Versicherungsleistungen die in Rechnung gestellten pflegebedingten Kosten in der Regel überstiegen haben. Bis 2008 (Pflegestufe III) bzw. 2015 (Pflegestufe I und II, in denen rund 80 % der pflegebedürftigen Heimbewohnenden eingestuft wurden) sind die Versicherungsleistungen dann nominal unverändert geblieben. Da die Pflegesätze in dieser Zeit aber kontinuierlich gestiegen sind, hat sich der durchschnittliche in Bezug auf die Pflegegradverteilung gewogene Eigenanteil ausweislich der Pflegestatistik von 277 Euro Ende 1999 bis auf 602 Euro Ende 2015 erhöht (Rothgang 2020). Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat mit der Einführung der Pflegegrade und der entsprechenden Umstellung der Pflegesätze dann zwar zu einer Entlastung geführt, seitdem steigt der einrichtungseinheitliche Eigenanteil zu den Pflegekosten aber wieder kontinuierlich. Zudem sind die an die Pflegebedürftigen weitergeleiteten Ausbildungskosten (zur Vergütung von Auszubildenden, die in der Einrichtung beschäftigt sind) zu berücksichtigen, die inzwischen monatlich auch schon mehr als 100 Euro betragen.



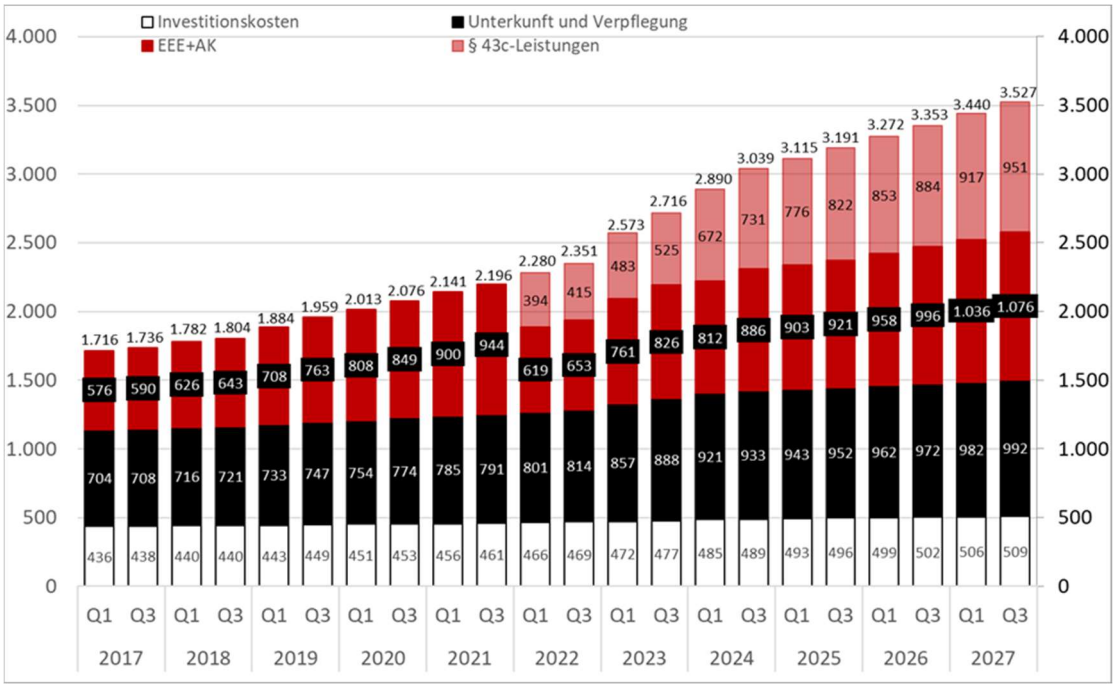
Quelle: Rothgang et al. 2024

Abbildung 1: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile im Pflegeheim

Wie Abbildung 1 zeigt, beliefen sich die monatlichen pflegebedingten Eigenanteile (einschließlich Ausbildungskosten) bundesdurchschnittlich zum 1. Januar 2024 auf 1.484 Euro, und der bundesdurchschnittliche monatliche Gesamteigenanteil lag bei 2.890 Euro. Auch in der Folgezeit ist mit einer weiteren Steigerung der Eigenanteile zu rechnen.

Zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen der Heimpflege wurde im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I, S. 2754) ein Leistungszuschlag eingeführt, der je nach Dauer des Heimaufenthalts 5 % (bei einer Dauer von bis zu einem Jahr), 25 % (bei 1-2 Jahren), 45 % (bei 2-3 Jahren) bzw. 70 % (bei mehr als drei Jahren) der pflegebedingten Aufwendungen betragen hat (§ 43c SGB XI in der Fassung des GVWG). Im Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I, S. 2023) sind diese Sätze dann zum 1.1.2024 auf 15%, 25%, 50% bzw. 75% angehoben worden. Tatsächlich sind die von der pflegebedürftigen Person aufzubringenden durchschnittlichen Eigenanteile zum 1. Januar 2022 gesunken, sind seitdem aber schneller als je zuvor wieder angestiegen und haben bereits im 3. Quartal 2023 den Wert von monatlich durchschnittlich 2.268 Euro erreicht und liegen seitdem höher als vor Einführung der Leistungszuschläge (Abbildung 1). Unter Berücksichtigung der weiterhin zu erwartenden Lohnentwicklung in der Pflege und der gesetzlichen Regelungen zur Dynamisierung der Versicherungsleistungen in § 30 SGB XI ergeben sich für die nähere Zukunft noch weiterhin steigende Eigenanteile

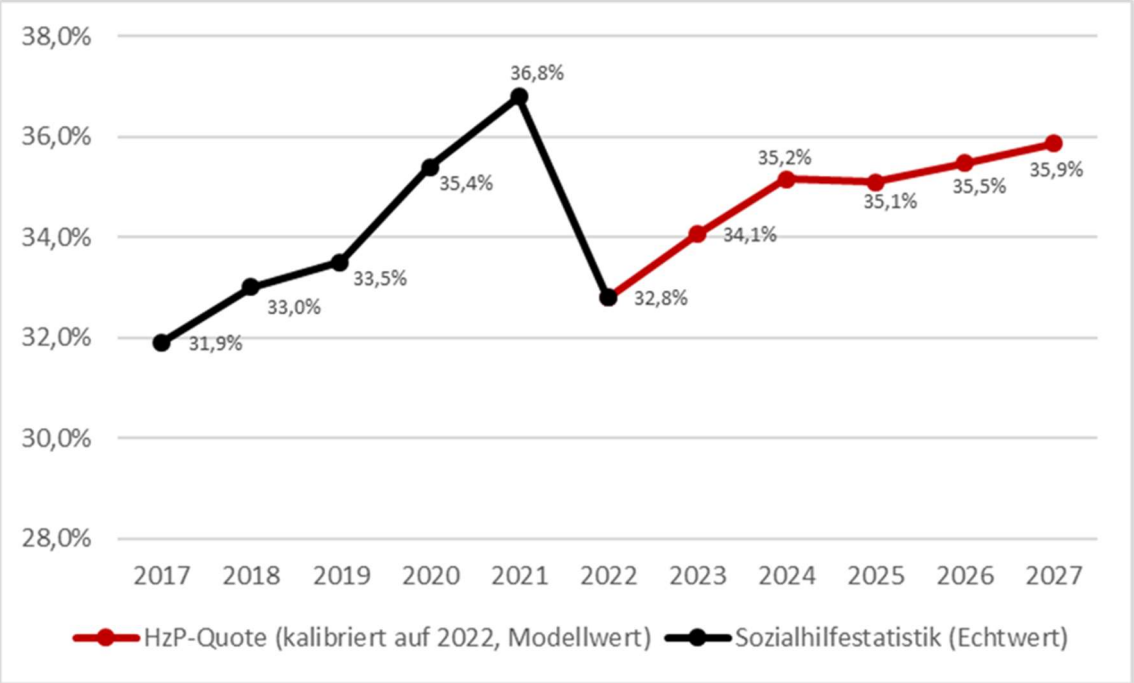
(Abbildung 2). Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in stationärer Pflege in dieser Höhe sind mit dem Anspruch der Pflegeversicherung, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, unvereinbar und bedürften einer effektiven Begrenzung, die der Leistungszuschuss nach § 43c SGB XI nicht liefern kann.



Quelle: Rothgang et al. 2024

Abbildung 2: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Entsprechend ist auch mit weiterhin steigenden Sozialhilfequoten zu rechnen, die 2027 oberhalb der Werte liegen dürften, die bei Verabschiedung des GVWG als so hoch angesehen wurden, dass eine Reform als notwendig angesehen wurde (Abbildung 3). Die Forderung nach einer Vollversicherung findet dabei breiteren Zuspruch. Es ist dabei sicher kein Zufall, dass mit dem Vorstoß des nordrhein-westfälischen Landesgesundheitsministers Laumann und des sächsischen Ministerpräsidenten Kretschmer (carevor9.de vom 5. August 2024) sowie des bayerischen CSU-Fraktionsvorsitzenden und ehemaligen Landesgesundheitsministers Holetschek (Evangelische Zeitung vom 13. August) für eine Vollversicherung in der Pflege dieser Anspruch aus den *Ländern* kam. Bereits die Einführung der Pflegeversicherung 1994 ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die Kosten der Hilfe zur Pflege die Länderfinanzen überfordert haben und ein entsprechender Effekt droht auch jetzt.



Quelle: Rothgang et al. 2024

Abbildung 3: Anteil der Heimbewohnenden, die Hilfe zur Pflege beziehen

2.1.2. Häusliche Pflege

In der stationären Pflege sind die steigenden Eigenanteile deutlich erkennbar. Gleiches gilt für die häusliche Pflege nicht. Zwar wird in Befragungen immer wieder deutlich, dass Privathaushalte auch eigene Mittel für Pflegegüter und -leistungen einsetzen (vgl. z.B. Schwinger & Zok 2024). Allerdings reagieren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf Preissteigerungen für Pflegeleistungen, die die Steigerungen der nominellen Leistungsbeträge der Versicherung übersteigen, nicht zwangsläufig mit einem gesteigerten Einsatz eigener Mittel, sondern vor allem mit einer rückläufigen Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen. Da rückläufige Inanspruchnahme zugleich auch aus einer Angebotsbeschränkung resultieren kann, sind die Wirkungen einer unzureichenden Leistungsdynamisierung in der häuslichen Pflege „unsichtbar".

Bewertet werden kann jedoch die Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen. So wurde das Pflegegeld von 2017 bis 2023 nicht erhoben, während die kumulierte Inflationsrate für diesen Zeitraum bei 22 Prozent lag (Rothgang & Müller 2023: 35). Wird die fünfprozentige Erhöhung der Leistungssätze zum 1.1.2024 (und die antizipierte Inflation für 2024) berücksichtigt, zeigt sich für den Zeitraum von 2017 bis 2024 ein Wertverlust von 18 Prozent.

Ähnlich stellt sich die Situation bei den Pflegesachleistungen dar. Zwar hat es hier im GVWG bereits eine fünfprozentige Anhebung der Leistungsbeträge gegeben, allerdings übersteigen die Preissteigerungen für Pflegeleistungen die allgemeine Inflationsrate deutlich.

Es ist also auch bei der häuslichen Pflege davon auszugehen, dass die Leistungssätze nicht ausreichend sind, um die tatsächlichen Bedarfe zu decken und jenseits der monatlich durchschnittlich 136 Euro[1] , die sich aus der Befragung von Schwinger und Zok (2024: 7) ergeben, noch weitere ungedeckte Bedarfe bestehen, die eben nicht privat zugekauft werden, sondern ungedeckt bleiben.

2.2. Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Finanzierung der Pflegeversicherung weist zwei zentrale Probleme auf: Gerechtigkeitsdefizite, die aus der Konstruktion der dualen Versicherung resultieren (Abschnitt 2.2.1) und die strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialversicherung, die steigende Beitragssätze nach sich zieht (Abschnitt 2.2.2).

2.2.1. Gerechtigkeitsdefizite im System der dualen Versicherung

Bevor Gerechtigkeitsdefizite untersucht werden können, gilt es zunächst die *normativen Grundlagen* einer Bewertung offenzulegen. Im zweiten Leitsatz seines Urteils vom 3. April 2001 zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Kompetenz des Gesetzgebers bestätigt, mit dem Pflegeversicherungsgesetz „eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung“ einzurichten (BVerfG 2001). Dabei habe der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“, wobei er „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92).

[1] Der Anteil der Befragten mit Angaben von selbst getragenen Kosten lag 2023 bei 41,8%. Diese haben im Mittel 325 Euro aufgebracht. Die Multiplikation dieser Zahlen ergibt den Wert von 136 Euro, der die getätigten Ausgaben insoweit unterschätzt als möglicherweise nicht alle Befragten mit Ausgaben auch diesbezügliche Angaben gemacht haben.

Damit hat das Bundesverfassungsgericht den normativen Maßstab genannt, an dem Finanzierungsgerechtigkeit zu bemessen ist: eine „*ausgewogene Lastenverteilung*“. Diese ist insbesondere zwingend, weil die weit überwiegende Zahl der Versicherten entweder der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) zugewiesen wird, ohne diesbezüglich ein Wahlrecht zu haben (Rothgang 2011). Werden Versicherte einem System zugewiesen und entstehen ihnen dadurch höhere Finanzierungslasten, lässt sich für diese Besser- bzw. Schlechterstellung keine überzeugende Begründung finden und es besteht Reformbedarf (Rothgang 2010).

Tatsächlich kann von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ aber nicht die Rede sein. Privatversicherte haben eine günstigere Alters-, Geschlechter- und Risikostruktur (s. Rothgang & Domhoff 2019: 14-18 für Details).

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven in den beiden Zweigen 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 haben Beihilfeansprüche. Die Höhe des Beihilfeanspruchs unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund. Im Durchschnitt dürften für Beihilfeberechtigte aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann 0,5 × 1 + 0,5 × 1/3 = 2/3 der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten wurden daher mit 50 % der PPV-Ausgaben angesetzt.

Quellen: eigene Berechnungen basierend auf BMG 2022; PKV-Verband 2021.

Der kombinierte Effekt der aufgezeigten unterschiedlichen Risikostruktur sowohl nach Alter, Geschlecht als auch nach altersspezifischen Prävalenzen zeigt sich, wenn die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro versicherte Person verglichen werden (Tabelle 1). Sie liegen in der SPV um den Faktor 3 höher als in der PPV, und auch unter Einbezug der durch Beihilfe zusätzlich getragenen Leistungsausgaben verbleibt ein Unterschied, der sich mit dem Faktor 2 beziffern lässt. Die kumulierten Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Versichertenkollektive führen somit dazu, dass die Leistungsausgaben in der SPV pro versicherte Person mehr als doppelt so hoch sind wie in der PPV –

und zwar bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsregeln.

Unterschiede zeigen sich auch im jährlichen Durchschnittseinkommen der Versicherten. Beläuft sich dies im Jahr 2016 bei den SPV-Versicherten auf 24.790 Euro, liegt es bei den PPV-Versicherten mit 52.287 Euro (Greß et al. 2019: 248) mehr als doppelt so hoch. Wird das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten betrachtet, zeigt sich, dass dieses immer noch um rund zwei Drittel über dem der SPV-Versicherten liegt (berechnet nach Greß et al. 2019: 251).

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 das Privatversicherungskollektiv 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 läge damit bei 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. Vielmehr zeigt sich hier aus Gerechtigkeitsüberlegungen ein deutlicher und dringender Reformbedarf.

2.2.2. Strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung

Das sogenannte „duale System“ von Sozial- und Privatversicherung führt nicht nur zu einer höchst ungleichen und damit ungerechten Lastenverteilung zwischen Sozial- und Privatversicherten, es ist auch dysfunktional für eine *nachhaltige Sozialversicherung*. Bis 2012 und dann wieder ab 2018 sind im wiedervereinigten Deutschland jedes Jahr mehr Menschen von der Gesetzlichen zur Privaten Krankenversicherung gewechselt als umgekehrt (Abbildung 4). Da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, sind die versicherten Personenkreise in der Privaten Kranken- und der Privaten Pflegepflichtversicherung annähernd identisch. Die Angaben zum Wechsel zwischen gesetzlicher und

privater Krankenversicherten können daher auf die Pflegeversicherung übertragen werden. Dabei haben einkommensstarke und risikoarme Personen die Sozialversicherung verlassen und damit die Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Kollektive noch verschärft.

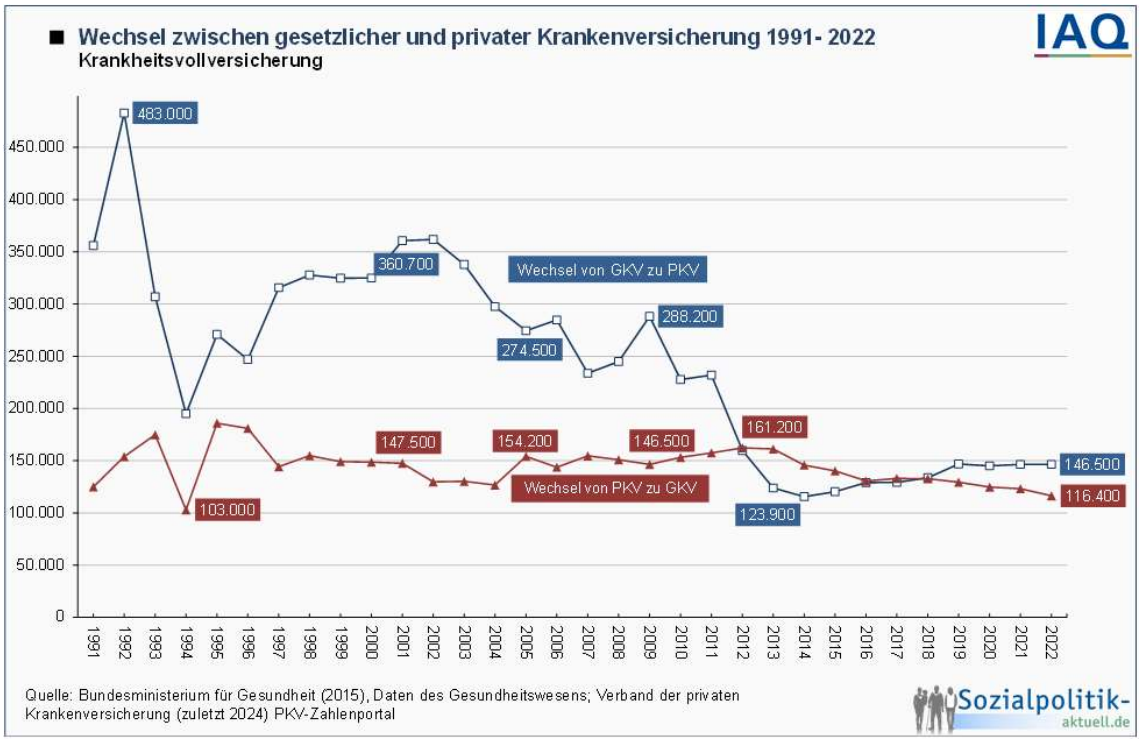


Abbildung 4: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung

Die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung beruht aber nicht nur darauf, dass im Zeitverlauf „gute Risiken" von der SPV in die PPV wechseln. Vielmehr kommt es auch bei den SPV-Versicherten zu einem negativen Effekt, der darauf beruht, dass nur bestimmte Einkommensarten verbeitragt werden, nämlich im Wesentlichen die Einkommen aus Arbeit (einschließlich Lohnersatzleistungen und Renten/Pensionen) – und dies auch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Steigen nun die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und Einkommen aus anderen Einkommensarten stärker als die verbeitragten Einkommen, so führt auch das dazu, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Wie Abbildung 5 zeigt, ist das BIP von 2000 bis 2023 um 95 % gestiegen, die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied haben im selben Zeitraum dagegen nur um 15 % zugenommen.

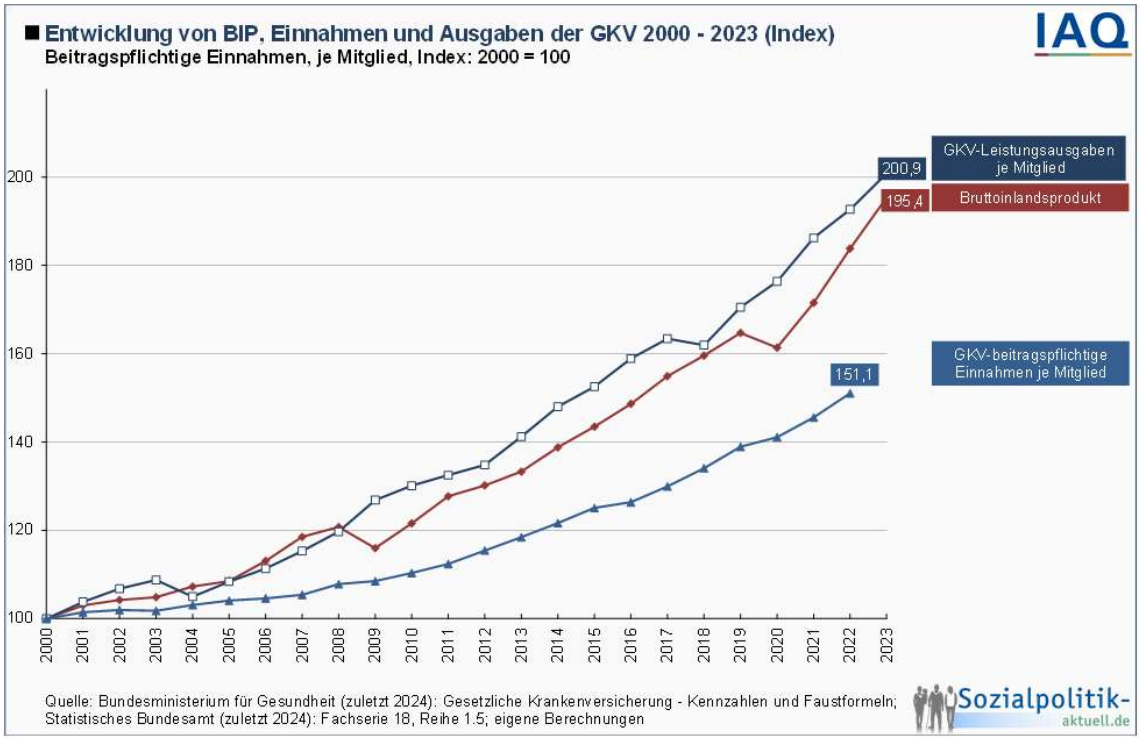


Abbildung 5: Index der Entwicklung von BIP, Einnahmen und Ausgaben der GKV (2000-2003)

2.3. Pflegebürgervollversicherung als Lösungsoption

Das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung benötigt eine entsprechende doppelte Lösung: Eine effektive *Begrenzung des Eigenanteils* kann durch eine Vollversicherung gewährleistet werden wie sie vom Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung gefordert wird.[2] Eine Vollversicherung erhöht aber – ceteris paribus – die Ausgaben der Pflegeversicherung, die auch ohne diesen Schritt bereits ein Finanzierungsproblem aufweist (s. Abschnitt 2.2). Dem kann durch eine Bürgerversicherung entgegengewirkt werden, die eine Begrenzung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung bewirkt. Werden beide Reformelemente verknüpft, entsteht eine Pflegebürgervollversicherung (Abbildung 6). Die Untersuchung der Beitragssatzeffekte einer solchen Pflegebürgervollversicherung ist Gegenstand der vorliegenden Ausarbeitung.

[2] https://www.der-paritaetische.de/presse-kampagnen/pflege-aber-sicher/

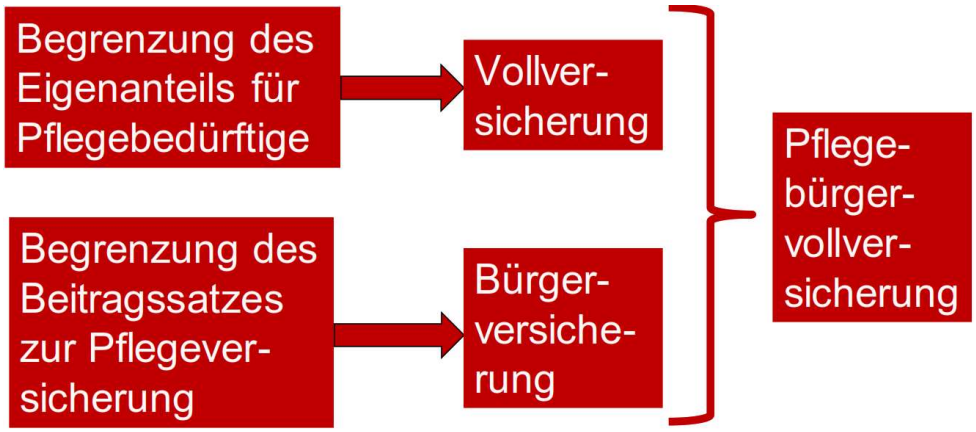


Abbildung 6: Pflegebürgervollversicherung als Lösung für das doppelte Finanzierungsproblem

3. Gutachtenauftrag

Der Gutachtenauftrag bezieht sich auf die Berechnung der Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Dazu wird die Beitragssatzentwicklung für

- die soziale Pflegeversicherung gemäß dem Status quo,
- eine Pflegevollversicherung,
- eine Bürgerversicherung und
- eine Pflegebürgervollversicherung

berechnet.

Berechnet wird der Effekt jeweils zunächst im *„day after"-Szenario*, also am Tag nach einer Umstellung und unter der Annahme, dass die Umstellung in einer virtuellen Sekunde sofort vollständig durchgeführt wurde. Damit kann der „reine" policy-Effekt gezeigt werden. Tatsächlich sind auch schrittweise Umstellungen denkbar, etwa indem die umfassende Versicherungspflicht für die Sozialversicherung ohne die Exit-Option private Pflegepflichtversicherung zunächst nur für alle Neufälle, nicht aber für die derzeit bereits Privatversicherten vorgesehen wird.

Das ausgewiesene *Basisjahr* der Berechnungen ist 2023. Dieses Jahr wurde gewählt, da 2022 das letzte Jahr ist, für das im Sozioökonomischen Panel die für die Berechnung notwendigen Mikrodaten umfassend und valide enthalten sind. Für alle Folgejahre müssen die Einnahmedaten fortgeschrieben werden, daher bietet es sich an, das Basisjahr so nahe wie möglich an das Jahr 2022 heran zu legen. Das Jahr 2022 selbst kann aber nicht zum Basisjahr gemacht werden, da die Ausgaben in diesem Jahr noch stark durch die zusätzlichen pandemiebedingten Ausgaben geprägt sind, die aber als Einmaleffekt zu werten sind, der nicht in die Zukunft fortgeschrieben werden kann.

Die Berechnungen werden zudem für eine *mittlere Frist* bis 2028 durchgeführt, da die aktuelle Gesetzeslage die Leistungsdynamisierung bis in dieses Jahr regelt. Diese Berechnungen werden ergänzt durch eine *langfristige Modellrechnung*, bei der für die Leistungsdynamisierung bzw. – im Vollversicherungsmodell – für die Entwicklung der Pflegesätze Annahmen getroffen werden müssen.

Für die Vollversicherung und die Bürgerversicherung werden dabei noch verschiedene Varianten unterschieden, die sich im Hinblick auf die berücksichtigten Einkommensarten und die Beitragsbemessungsgrenze (Bürgerversicherung) und die Leistungshöhen in einer Vollversicherung unterscheiden (s. Kapitel 4).

Die Effekte werden in Beitragssatzpunkten dargestellt, die zur Veranschaulichung beispielhaft in absolute Euro-Beträge umgerechnet werden.

4. Methoden, Daten und Szenarien

Der Beitragssatz(voraus)berechnung liegt ein zellenbasiertes *Makrosimulationsmodell* zugrunde, das die *Ausgaben* der Pflegesozialversicherung auf Basis einer Bevölkerungsvorausberechnung, alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen, der Inanspruchnahmequoten für die verschiedenen Versicherungsleistungen und der gesetzlichen Leistungshöhen für die jeweiligen Varianten der Sozialversicherung (voraus)berechnet. Für die *Einnahmen* werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für verschiedene Versichertengruppen unter Berücksichtigung der je nach Modell unterschiedlichen Regelungen zur Beitragspflicht ermittelt und fortgeschrieben. Daraus kann der zum Budgetausgleich in der Sozialversicherung *notwendige Beitragssatz* berechnet und ebenfalls fortgeschrieben werden.

Referenzjahr ist das Jahr 2023. Berechnet wird, welcher Beitragssatz in diesem Jahr in den jeweiligen Modellen zum Budgetausgleich notwendig gewesen wäre. Die Differenz zu dem Beitragssatz, der im Status quo zum Budgetausgleich notwendig gewesen ist, wird dann als Beitragssatzeffekt des Reformmodells interpretiert. Entsprechend wird auch der Reformeffekt vorausberechnet.

4.1. Methoden

Der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der Pflegesozialversicherung entspricht dem Quotienten aus Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung und der Summe aller beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder:

$$b_j = \frac{A_j}{BPE_j} \qquad (1)$$

mit:

b_j = Beitragssatz in Jahr *j*
A_j = Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr *j*
BPE_j = Beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder im Jahr *j*.

Die durch Anwendung des Beitragssatzes auf die beitragspflichtigen Einkommen generierten Beitragseinnahmen decken somit exakt die Kosten, welche im Rahmen der Pflegeversicherung entstanden sind. Da der Beitragssatz jedoch vorab zu einem Zeitpunkt festgelegt werden muss, zu dem sowohl die tatsächlichen Ausgaben der Pflegeversicherung als auch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen noch nicht bekannt sind, ergibt sich für ein Kalenderjahr als Abrechnungszeitraum zumeist eine Differenz zwischen den Einnahmen und den Ausgaben. Zur Berechnung des in der Vergangenheit tatsächlich gültigen Beitragssatzes muss daher der Einnahmen- bzw. Ausgabenüberschuss berücksichtigt werden:

$$b_j = \frac{A_j - V_j}{BPE_j} \qquad (2)$$

mit:

b_j = Beitragssatz in Jahr *j*
A_j = Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr *j*
V_j = Ausgabenüberschuss im Jahr *J*
BPE_j = Beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder im Jahr *j*

Da Ausgabe- bzw. Einnahmeüberschüsse nicht angestrebt werden, sondern sich nur in der ex post-Betrachtung zeigen, findet Formel 1 bei Berechnung zukünftiger, kostendeckender Beitragssätze Anwendung.

4.1.1. Beitragspflichtige Einnahmen

Die Einnahmen der Pflegeversicherung beruhen derzeit praktisch ausschließlich auf Beitragseinnahmen, da der Steuerzuschuss von jährlich 1 Mrd. Euro inzwischen wieder

abgeschafft wurde und sich die sonstigen Einnahmen in einem vernachlässigbaren Rahmen bewegen.

Die Beitragseinnahmen ergeben sich als Produkt von Beitragssatz und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen. Für verschiedene Personengruppen gelten, insbesondere in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus, unterschiedliche Regelungen zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen. Dabei ergibt sich die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkünfte als Produkt aus den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen einer Beitragszahlergruppe (unter Berücksichtigung der BBG) und der Anzahl der Personen in dieser Personengruppe.

$$BPE_j = \sum\left(M_{i,j} * \bar{Y}_{i,j}\right) \qquad (3)$$

mit

BPE_j = Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen in Jahr *j*
$M_{i,j}$ = Anzahl der versicherten Personen in Gruppe *i* in Jahr *j*
$\bar{Y}_{i,j}$ = durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen der Personengruppe *i* in Jahr *j*.

4.1.2. Ausgaben

Die Ausgaben der Pflegeversicherung ergeben sich als Produkt der Zahl der Pflegebedürftigen und der durchschnittlichen Ausgaben pro pflegebedürftige Person.

Die *Zahl der Pflegebedürftigen* lässt sich als Produkt der Zahl der Versicherten und der Pflegeprävalenz darstellen. Da die Pflegeprävalenz zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen verschieden ist, wird im Hinblick auf die Projektion nach diesen Merkmalen unterschieden. Für die Ausgaben ist weiterhin der Pflegegrad von Bedeutung, der ebenfalls zu berücksichtigen ist. Die *Zahl der Pflegebedürftigen* im Jahr *j* ergibt sich daher als

$$N_j = \sum_k \sum_l \sum_m (M_{l,m} * P_{k,l,m}) \qquad (4)$$

mit

N_j = Zahl der Pflegebedürftigen in Jahr *j*
$M_{l.m}$ = Anzahl der Versicherten in Alter *l* und mit Geschlecht *m* in Jahr *j*
$P_{k,l,m}$ = Pflegeprävalenz für Pflegegrad *k*, Alter *l* und Geschlecht *m*.

Bei den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen wird für die Vorausberechnung unterstellt, dass sie im Zeitverlauf konstant sind.

Für die einzelnen Pflegegrade *k* ergibt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in Jahr *j* entsprechend als

$$N_{j,k} = \sum_l \sum_m \ (M_{l,m} \ * P_{k,l,m}) \qquad (5),$$

mit

$N_{j,k}$ = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrade *k* in Jahr *j*
$M_{l.m}$ = Anzahl der Versicherten in Alter *l* und mit Geschlecht *m* in Jahr *j*
$P_{k,l,m}$ = Pflegeprävalenz für Pflegegrad *k*, Alter *l* und Geschlecht *m*.

Die *Ausgaben* für die Pflegebedürftigen in Pflegegrad *k* lassen sich als Produkt der durchschnittlichen Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung und der durchschnittlichen Ausgaben für diese Leistung darstellen. Die Verwaltungsausgaben im weitesten Sinne müssen dabei auf die Pflegebedürftigen verteilt werden, etwa als Pro-Kopf-Ausgaben.

$$\bar{A}_{j,k} = \sum_l \sum_m \ (N_{j,k} \ * Q_{k,l,m,n} * \ \overline{A_n}) \qquad (6),$$

mit

$\bar{A}_{j,k}$ = Ausgaben für die Pflegebedürftigen in Pflegegrade *k* in Jahr *j*
$N_{j,k}$ = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrade *k* in Jahr *j*
$Q_{k,l.m,n}$ = Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad *k*, Alter *l* und mit Geschlecht *m* die in Jahr *j* die Leistung *n* in Anspruch nehmen
$\bar{A}_n$ = Durchschnittliche Leistungshöhe bei Inanspruchnahme der Leistung *n* im Jahr *j*.

Die *Gesamtausgaben der Pflegeversicherung* im Jahr *j* ergeben sich als Summe der Ausgaben über alle Pflegegrade

$$A_j = \sum_k \bar{A}_{j,k} \qquad (7)$$

bzw. als Summe des Produkts der Anzahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegegraden und den Durchschnittsausgaben für diesen Pflegegrad über alle Pflegegrade

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n \ (N_{j,k} * \ Q_{k,l,m,n} \ * \ \overline{A_n}) \qquad (8)$$

bzw.

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n \ (M_{l,n} * P_{k,l,m} * \ Q_{k,l,m,n} \ * \ \overline{A_n}) \qquad (9).$$

4.2. Daten

Zur Berechnung der Beitragssätze werden Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten differenziert nach Beitragszahlergruppen (Abschnitt 4.2.1), zur demographischen Struktur, zu alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen sowie zu den Durchschnittskosten und der Inanspruchnahme einzelner Leistungsarten benötigt (Abschnitt 4.2.2). Mittels dieser Angaben kann ein ausgabendeckender Beitragssatz berechnet werden, mit dessen Hilfe das Modell kalibriert wird (Abschnitt 4.2.3). Die für die Berechnung der Beitragssatzentwicklung im Status quo und in den Reformszenarien not-

wendigen Fortschreibungen müssen zudem Annahmen zur Entwicklung der Determinanten der Einnahmen (Abschnitt 4.2.4) und Ausgaben (Abschnitt 4.2.5) gemacht werden.

4.2.1. Einnahmen im Referenzjahr

Grundlage für die Berechnung der *durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen* ist das sozioökonomische Panel (SOEP) in der Version 38 (Brücker et al. 2023; Goebel et al. 2023). Das SOEP ist eine jährlich wiederkehrende Befragung von Privathaushalten zu sozioökonomischen Gesichtspunkten. Im Folgenden wird lediglich die zum Zeitpunkt der Analyse aktuellste verfügbare Befragungswelle 2022 genutzt. Nach Ausschluss von Datensätzen mit für die folgenden Analysen notwendigen fehlenden Werten wurden 21.748 Personen in 11.371 Haushalten eingeschlossen. Zur Wahrung der Konsistenz werden alle weiteren Daten zur Modellierung der Einnahmeseite, soweit möglich, ebenso aus dem Jahr 2022 verwendet. Die Fortschreibung erfolgt gemäß Abschnitt 4.2.4 ab dem Jahr 2022.

Für die *Zahl der Beitragszahler* in den einzelnen Beitragzahlergruppen wird dagegen auf öffentliche Statistiken zurückgegriffen, da diese Informationen auf einer Vollerhebung beruhen und damit der Stichprobe des SOEP überlegen sind. Im Einzelnen werden folgende Datenquellen zugrunde gelegt:

- Zur Fortschreibung der Bevölkerung wird die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2022-2028 (Variante „Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung“, G2-L2-W2) verwendet (Statistisches Bundesamt 2024a).
- Zur Bestimmung der Anzahl der Erwerbstätigen werden die Potenzialerwerbsquoten bis 2060 nach Alter und Geschlecht des IAB genutzt (Fuchs et al. 2017).

Zur Nachbildung der im Jahr 2022 gültigen Regelungen zur Beitragsbemessung werden im SOEP zunächst die Personengruppen abgegrenzt, für die in der Sozialen Pflegeversicherung jeweils spezifische Regelungen zur Beitragsbemessung/-zahlung gelten. Jede Person wird einem dieser Personenkreise eindeutig zugeordnet und verbleibt über alle Modellvarianten in diesem Personenkreis.

Tabelle 2 zeigt die Einkunftsarten, die für die Bestimmung des individuellen beitragspflichtigen Einkommens im Status quo, d. h. unter im Jahr 2022 gültigen Regelungen des SGB V und SGB XI, sowie in einer angenommenen Pflegebürgerversicherung mit einer breiteren Bemessungsgrundlage, relevant sind. Es werden die im SOEP vorliegenden

Angaben zum Einkommen im Monat vor der Befragung im Jahresverlauf 2022 genutzt, um aktuellste Werte zu erhalten. Diese wurden auf Jahreswerte hochgerechnet. Sofern keine Vormonatsangaben verfügbar waren, wurden ersatzweise Angaben zu Beträgen des Vorjahres verwendet. Angaben zu Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkünften aus Kapitalvermögen lagen lediglich auf Haushaltsebene vor. Diese Einkünfte werden daher zu gleichen Teilen auf alle Haushaltsmitglieder über 18 Jahren aufgeteilt. Fehlende Werte durch Antwortverweigerung oder unplausible Werte werden durch Mittelwerte ersetzt.

Tabelle 2: Zugrunde gelegte Einnahmearten und Personenkreise

Personenkreis	Status quo	Bürger(voll)versicherung
1. Abhängig sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Bruttoarbeitsentgelt	alle Einkünfte[1]
2. Selbständige und Beamt:innen	alle Einkünfte[1]	alle Einkünfte[1]
3. Rentner:innen	Renten[2]	alle Einkünfte[1]
4. Pensionär:innen	alle Einkünfte[1]	alle Einkünfte[1]
5. Arbeitslosengeld I-Empfangende	8/6 der ALG I-Leistungshöhe (§ 57 SGB XI und § 232a SGB V)	alle Einkünfte[1]
6. Arbeitslosengeld II-Empfangende	22,66 % der Bezugsgröße nach § 19 SGB IV, 2022: 3.290 Euro/Monat)	wie Status quo
7. Studierende (gem. § 236 SGB V)	861 Euro (§ 236 SGB V und § 55 SGB VI)	alle Einkünfte[1]
8. Mitversicherte	Keine	alle Einkünfte
9. Kinder (unter 18)	Keine	keine
10. Übrige	alle Einkünfte[1]	alle Einkünfte[1]

[1] Umfasst Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeiten, Renten (eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung), Pensionen aus Beamtenversorgung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung abzgl. steuerlich abzugsfähiger Kosten, BAföG-Leistungen, Entnahmen aus Personengesellschaften

[2] Umfasst eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung.

Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen wird gemäß Formel 3 errechnet. Dabei werden etwaige negative Einkommen – etwa aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitaleinkünften – auf null gesetzt.

Für die weiteren Projektionen werden die in Tabelle 2 genannten Gruppen in folgende fünf Beitragsgruppen weiter zusammengeführt[3]:

1. Erwerbstätige: Abhängig beschäftigte Pflichtversicherte (1), Selbständige und Beamt:innen (2);
2. Rentner:innen: Rentner:innen (3), Pensionäre (4);
3. Arbeitslose: Beziehende von Arbeitslosengeld I (5) und Arbeitslosengeld II (6);
4. Kinder: Kinder (9) und
5. Sonstige: Studierende (7), Mitversicherte (8), Übrige (10).

Für diese Gruppen werden unter Berücksichtigung der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für das Jahr 2022 aus dem SOEP ermittelt. Für eine Hochrechnung der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung wird der im SOEP enthaltene Hochrechnungsfaktor (Kroh 2018) genutzt. Die Durchschnittswerte werden separat für Versicherte in der SPV und PPV ermittelt. Die Anzahl der Personen in den fünf Beitragsgruppen im Ausgangsjahr 2022 wird durch die relative Häufigkeit im SOEP bestimmt und mit der Gesamtbevölkerung laut Bevölkerungsstand der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung multipliziert.

Tabelle 3 zeigt die so berechneten durchschnittlichen Jahresbruttoeinkommen der zugrunde gelegten Personenkreise differenziert nach deren derzeitigem Versicherungsstatus. Dabei werden die Durchschnittseinkommen angegeben

a) ohne Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze,
b) bei Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der Gesetzlichen Krankenversicherung und
c) in Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung (West).

Werden alle Einkommen berücksichtigt, weisen Erwerbstätige und Rentner:innen in der PPV etwa doppelt so hohe Einkommen auf wie Sozialversicherte. Auch wenn auf die Gesamtheit aller jeweils Versicherten abgestellt wird, liegen die Einkommen der Privatversicherten um 83 % höher als die der Sozialversicherten (Tabelle 3). Dieser Unter-

[3] Dabei ergeben sich die Durchschnittseinkommen als gewogener Mittelwert für die zusammengefassten Gruppen. In der Projektion werden dann z.B. für die Erwerbstätigen die jeweiligen aktuellen Anteilswerte für Arbeiter und Angestellte, Beamte und Selbständige über Zeit konstant gehalten.

schied reduziert sich etwas, wenn auf die sozialversicherungspflichtigen Einkommen abgestellt wird. Je nachdem, ob dabei die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung (Status quo) oder die der Rentenversicherung (Reformszenario, s. Abschnitt 4.3) herangezogen wird, reduziert sich der Unterschied, beläuft sich aber immer noch auf 47 % (BBG GKV) bzw. 62 % (BBG RV). Damit bestätigen sich die älteren Berechnungen von Greß et al. (2019), auf die in Abschnitt 2.2.1 Bezug genommen wurde.

Tabelle 3: Durchschnittliche jährliche Einkommen (alle Einkommensarten) der Beitragsgruppen im Jahr 2022 in Euro

PV	Personengruppe	Anzahl Personen	Alle Einkommen	Sozialversicherungspflichtige Einkommen	
				BBG GKV	BBB RV
SPV	Erwerbstätige	38.150.258	41.539	34.422	36.670
PPV	Erwerbstätige	4.156.852	76.730	48.538	57.906
SPV	Arbeitslose	3.546.624	10.456	9.891	9.959
PPV	Arbeitslose	137.148	10.374	9.373	9.557
SPV	Kinder	11.346.883	0	0	0
PPV	Kinder	1.507.533	0	0	0
SPV	Rentner*innen	15.716.326	19.621	16.188	16.335
PPV	Rentner*innen	2.119.159	36.990	31.081	31.860
SPV	Sonstige	4.915.865	4.164	4.111	4.134
PPV	Sonstige	370.614	7.714	7.213	7.278
SPV	Alle Versicherte	73.675.956	26.973	22.511	23.741
PPV	Alle Versicherte	8.291.306	49.321	33.041	38.425

SPV: Soziale Pflegeversicherung, PPV: Private Pflegepflichtversicherung

4.2.2. Ausgaben im Referenzjahr

Zur Bestimmung der Gesamtausgaben werden die Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad sowie die Inanspruchnahmequoten einzelner Leistungen und deren durchschnittliche Höhe benötigt. Diesbezügliche Datengrundlagen sind insbesondere:

- Angaben des Bundesgesundheitsamtes zu Versicherten in der SPV nach Alter und Geschlecht (BMG 2024d) und zur Prävalenz der Pflegegrade nach Alter und Geschlecht in der SPV (BMG 2024b),
- Statistiken zu den Leistungsempfängern in der SPV nach Alter, Pflegegrad und Leistungsart) (BMG 2024c) und zur Finanzentwicklung der SPV (BMG 2024a),

- Wahrscheinlichkeitstafeln in der privaten Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) mit dem Bestand an Versicherten mit Leistungsanspruch (BaFin 2023) sowie
- das PKV-Zahlenportal mit Angaben zur Anzahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Versorgungssektor und Pflegegrad (PKV-Verband 2023).

Die Berechnung der Ausgaben erfolgt differenziert nach Versorgungssektor (ambulant vs. stationär), Pflegegraden und aktuellem Versicherungsstatus. Relevant sind zum einen die Anzahl der Inanspruchnehmenden als Mengenkomponente sowie die Höhe der durchschnittlich in Anspruch genommenen Leistungen als Preiskomponente.

Zur Berechnung der *Mengenkomponente* werden zunächst auf Basis der Statistik der SPV, der BaFin-Wahrscheinlichkeitstafeln und der Bevölkerungsvorausberechnung die relativen und absoluten Anteile der Versicherten nach Altersgruppe und Geschlecht bestimmt (Mengenkomponente).[4] Für die SPV wird die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit differenziert nach Versorgungssektor, Pflegegrad, Altersgruppe und Geschlecht auf Grundlage der Statistik zu Leistungsempfangenden bestimmt. Da für die PPV keine nach Alter und Geschlecht differenzierten Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigkeit vorliegen, jedoch Summen von Pflegebedürftigen je Versorgungssektor und Pflegegrad, wird die relative Altersverteilung der SPV summentreu übernommen. Damit wird das insgesamt geringere Risiko einer Pflegebedürftigkeit in der PPV berücksichtigt, nicht jedoch eine eventuell altersspezifisch von der SPV abweichende Verteilung von Pflegebedürftigkeit.

Für die *Preiskomponente* werden die Leistungshöhen als Durchschnittswerte differenziert nach Sektor und Pflegegrad bestimmt. Konstitutiv sind dabei in der stationären Versorgung die Leistungen nach § 43 SGB XI und im ambulanten Sektor die Leistungen Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen (§§ 36–38 SGB XI). Diese gehen mit ihrem gesetzlichen Leistungsanspruch ein. Für Empfangende von Kombinationsleistungen wird – wie auch in der Statistik des Bundesgesundheitsministeriums – unterstellt, dass sich diese hälftig auf Pflegesachleistungen und Pflegegeld aufteilen. Da insbe-

[4] Die BaFin-Wahrscheinlichkeitstafeln weisen einen Versichertenbestand aus, der um ca. 1 Mio. geringer ist als der im Zahlenbericht des PKV-Verbandes. Dies ist insbesondere darin begründet, dass nicht-leistungsberechtigte Verträge (insbesondere Anwartschaften) in den Daten des BaFin nicht enthalten sind, wohl aber in den Angaben des PKV-Verbandes. Dies hat aber keinen Einfluss auf die Ausgabenhöhe, da für deren Berechnung die tatsächliche Anzahl der Pflegebedürftigen in der PPV zugrunde gelegt wird.

sondere die weiteren Leistungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige, wie Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege, nicht nur von der Anzahl der Inanspruchnehmenden, sondern auch von der Höhe der jeweiligen Inanspruchnahme abhängen, werden hier Durchschnittswerte verwendet. Diese entsprechen den Gesamtausgaben für diese Leistungen entsprechend der SPV-Statistik geteilt durch alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen.

Im Falle einer Pflegev*ollversicherung* fallen für die Pflegeversicherung weitere Ausgaben an, die sich nicht aus vorhandenen Rechnungsergebnissen entnehmen lassen. Diese werden für die Berechnungen wie folgt angesetzt:

- In *vollstationären* Pflegeeinrichtungen wird der gesamte Pflegesatz inklusive der Ausbildungskosten herangezogen (Rothgang et al., 2024).
- In *häuslicher Pflege* werden zusätzlich zu den Ausgaben im Status quo weitere Ausgaben übernommen, die derzeit privat getragen werden. Angaben zur tatsächlichen Höhe von privat finanzierten Pflegeleistungen liegen in den amtlichen Statistiken nicht vor. In einer aktuellen Befragungsstudie (Schwinger & Zok 2024) gaben 44,7 % der Pflegepersonen an, Zuzahlungen für pflegerische Leistungen zu leisten. Diese betrugen im Mittel 290 Euro monatlich, sodass sich als Durchschnittswert auf die Bezugspopulation aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen ein Wert von 130 Euro ergibt. Als weitere Variante wurde dieser Wert verdoppelt und wurden pauschal zusätzliche Ausgaben von 260 Euro zur Deckung von Eigenanteilen angesetzt.
- Hinzu kommt für alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen ein pauschaler monatlicher Betrag von 100 Euro zur Finanzierung einer obligatorischen Fallsteuerung in der häuslichen Pflege.
- Insgesamt werden somit pro pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege Mehrausgaben von 230 Euro (Basisvariante) bzw. 360 Euro (Zusatzvariante) in den Modellrechnungen berücksichtigt.

In der privaten Pflegepflichtversicherung bestehen in Abhängigkeit vom Pflegegrad grundsätzlich gleich hohe Leistungsansprüche wie in der sozialen Pflegeversicherung. Für die Bürgerversicherung werden daher für die bislang Privatversicherten nach Pflegegrad und Leistungsart identische Ausgaben angesetzt. Tabelle 4 zeigt die entsprechenden monatlichen Ausgaben, welche für Pflegebedürftige in den entsprechenden Sektoren und Pflegegraden für die Modellierung im Referenzjahr 2023 angesetzt werden.

Tabelle 4: Angesetzte Ausgaben nach Versicherungsmodell, Sektor und Pflegegrad in Euro pro Monat im Jahr 2023

Versicherungsmodell	Sektor	Leistungsbereich	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Status quo	ambulant	Pflegegeld/Pflegesachleistung/Kombinationsleistung[1]	0	362	671	924	1205
		Teilstationäre Pflege[2]	0	27	27	27	27
		Verhinderungs- und Kurzzeitpflege[2]	0	65	65	65	65
		Entlastungsbetrag[2]	56	56	56	56	56
		Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und soziale Sicherung Pflegepersonen[2]	101	101	101	101	101
	stationär	Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	125	770	1262	1775	2005
		Stationäre Vergütungszuschläge (§ 43b SGB XI)	216	216	216	216	216
		Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI)	0	525	525	525	525
Vollversicherung	ambulant	Ausgaben des Status quo und zusätzlich: Pauschaler Betrag für aktuell nicht gedeckte Eigenanteile zur Pflege	0	130/260	130/260	130/260	130/260
		zusätzlich: Fallsteuerung	0	100	100	100	100
	stationär	Pflegesatz	125	2011	2506	3020	3251
		Ausbildungskosten	104	104	104	104	104
		Vergütungszuschläge (§ 43b SGB XI)	216	216	216	216	216
Alle	alle	Verwaltungskosten, Pflegeberatung, Kosten des MD, sonstige Leistungsausgaben und Pflegevorsorgefonds	66	66	66	66	66

[1] gewichtet nach Inanspruchnahme der Leistungen;
[2] durchschnittliche Ausgaben auf Basis tatsächlicher Inanspruchnahme

4.2.3. Kalibrierung

Mit der Berechnung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung als Quotient aus Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen wird ein kostendeckender Beitragssatz bestimmt. Dieser entspricht regelmäßig nicht dem tatsächlich gültigen Beitragssatz, da die soziale Pflegeversicherung etwa im Jahr 2023 ca. 2,5 Mrd. Euro Einnahmen aus anderen Quellen als Beitragszahlungen hatte und sich zudem im Jahresergebnis Ausgabe- oder Einnahmeüberschüsse ergeben.

Zur Bewertung der Modellgüte ist es jedoch notwendig, für das Referenzjahr 2023 den berechneten mit dem tatsächlichen (ausgabendeckenden) Beitragssatz abzugleichen. Dafür wurde zunächst ein kostendeckender Beitragssatz auf Basis der Finanzergebnisse der SPV berechnet. Bei Ausgaben in Höhe von 59,23 Mrd. Euro für das Jahr 2023 ergibt sich bei einer Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,721 Billionen Euro ein ausgabendeckender Beitragssatz von 3,44 Beitragssatzpunkten. Im Rahmen der oben beschriebenen Modellierung wird dagegen ein kostendeckender Beitragssatz von 3,34 Beitragssatzpunkten errechnet, der also um knapp 3 Prozent „zu niedrig“ liegt. Um diesen systematischen Fehler des Modells auszugleichen, wird auf alle nachfolgenden Modellergebnisse ein Korrekturfaktor von 3,34/3,44=0,971 angewendet. Angegeben wird in Kapitel 5 dann stets der kalibrierte ausgabendeckende Beitragssatz.

4.2.4. Fortschreibung der Einnahmen

Für die Projektion der Beitragssatzentwicklung bis zum Jahr 2060 werden die für das Jahr 2023 berechneten Ausgangswerte fortgeschrieben. Grundlage für die Fortschreibung des Modells bilden insbesondere die Bevölkerungsentwicklung entsprechend der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts und die Fortschreibung der Potentialerwerbsquoten des IAB für die Anzahl von Versicherten und Pflegbedürftigen sowie Annahmen zu Inflation und Gehaltsentwicklung sowie der gesetzlich festgeschriebenen Dynamisierung der Leistungen in der Pflegeversicherung.

Um demographische Veränderungen auch auf der Einnahmeseite der Pflegeversicherung zu berücksichtigen, werden die relativen Häufigkeiten von Versicherten in den Beitragsgruppen unter Berücksichtigung des Versicherungsstatus für die Jahre 2023-2060 wie folgt fortgeschrieben:

- Erwerbstätige entsprechend der relativen Veränderung des altersspezifischen Potenzials an Erwerbspersonen (Fuchs et al., 2017),

- Rentner:innen entsprechend der relativen Veränderung des Anteils der über 65-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung,
- Kinder entsprechend der relativen Veränderung des Anteils der unter 18-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung,
- Arbeitslose entsprechend der relativen Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials,
- Sonstige als Differenz zur Gesamtbevölkerung.

Die beitragspflichtigen Einkommen werden auf Grund der Lohnentwicklung im Prognosezeitraum ebenfalls ansteigen. Dabei werden die in Tabelle 5 angegebenen Steigerungsraten verwendet.

Tabelle 5: Steigerungsraten der durchschnittlichen Löhne/Gehälter und Renten auf der Einnahmeseite

Jahr	Steigerung Löhne/Gehälter	Steigerung Rente
2023	6,0 %[1]	4,6 %[2]
2024	3,5 %[3]	4,6 %[2]
2025-2028	3,5 %[3]	3,5 %[4]
ab 2029	3,0 %[5]	3,0 %[5]

[1] Statistisches Bundesamt 2024b; [2] beschlossene Rentenerhöhungen; [3] Deutsche Bundesbank 2024; [4] gem. Gesetz zur Stabilisierung des Rentenniveaus und zum Aufbau eines Generationenkapitals für die gesetzliche Rentenversicherung, [5] gem. Annahmen des Rentenversicherungsberichtes 2024 (BMA 2024)

4.2.5. Fortschreibung der Ausgaben

Zur Bestimmung der *Anzahl von Pflegebedürftigen* werden alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen auf die Bevölkerungsvorausberechnung angewendet. Grundlage bilden die Pflegequoten des Jahres 2023 (für PPV-Versicherte: 2022) differenziert nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungssektor (ambulant/stationär). Allerdings hat sich gezeigt, dass die Pflegequoten in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind. Das ist insbesondere ein Effekt der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die noch nachwirkt (Rothgang & Müller 2024). In Anlehnung an Rothgang & Müller (2021) geht das Statistische Bundesamt (2023) daher von altersspezifischen Prävalenzen aus, die noch bis 2028 ansteigen. IGES (2024a) hat zum Teil sogar noch längere Zeiträume unterstellt, ehe die Prävalenzen wieder ein stabiles Plateau erreichen. Im hier verwendeten Modell wurde ein weiterer Anstieg der Prävalenz bis zum Jahr 2027 angenommen. Dabei wurden auf Basis der Prävalenzen aus den Jahren 2022 und 2023 Steigerungs-

raten berechnet, die linear abnehmend kumulativ auf die Pflegequoten der Jahre 2024 bis 2027 angewendet wurden. Ab 2028 bleiben die Pflegequoten konstant.

Die *Höhe der Leistungsansprüche und -ausgaben* in den Modellen von Teilkostenversicherung und Pflegevollversicherung wird für die Zukunft auf Grundlage von bereits beschlossenen Leistungsanpassungen und zu erwartenden Kostensteigerungen durch Lohnkosten bestimmt. Tabelle 6 stellt die Steigerungsrate der Leistungsausgaben getrennt nach Leistungsarten dar. Die Steigerungsraten wurden dabei weitgehend in Anlehnung an das Basisszenario von IGES (2024a) angesetzt.

Anzumerken ist, dass gemäß Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) auch für teilstationäre Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für die Jahre 2025 und 2028 eine gesetzliche Erhöhung vorgesehen ist, aufgrund eines möglichen Einflusses des Inanspruchnahmeverhaltens jedoch eine jährliche Steigerung vorgesehen wurde. Da nicht alle Pflegebedürftigen diese Leistungen nutzen und auch dann nicht immer in vollem Umfang, besteht die Möglichkeit von Ausgabensteigerung auch ohne Leistungsausweitung.

Tabelle 6: Verwendete Faktoren für die Fortschreibung der Leistungsausgaben im Prognosezeitraum 2024-2060

Leistungsbereich	Fortschreibung
Pflegegeld/Pflegesachleistung/ Kombinationsleistung	**Gemäß Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG):** 2024: Erhöhung um 5 % 2025: Erhöhung um 4,5 % 2028: Erhöhung um 6,1 % (bei erwarteter Kerninflationsrate von 2,0 % in den 3 vorhergehenden Jahren) **Ab 2029:** Pflegegeld: 2,0 % pro Jahr (2/3 Inflation i.H.v. 1,5 %, 1/3 Lohnsteigerungen i.H.v. 3 %) Pflegesachleistungen: 2,5 % pro Jahr (1/3 Inflation i.H.v. 1,5 %, 2/3 Lohnsteigerungen i.H.v. 3 %)
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	**Gemäß Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG):** 2025: Erhöhung um 4,5 % 2028: Erhöhung um 6,1 % (bei erwarteter Kerninflationsrate von 2,0 % in den 3 vorhergehenden Jahren) **Ab 2029:**

	2,5 % pro Jahr (1/3 Inflation i.H.v. 1,5 %, 2/3 Lohnsteigerungen i.H.v. 3 %)
Teilstationäre Pflege	2024-2028: 3,0 % pro Jahr Ab 2029: 2,0 % pro Jahr (2/3 Inflation in Höhe von 1,5 %, 1/3 Lohnsteigerungen in Höhe von 3 %, insgesamt also 2,0 %)
Verhinderungs- und Kurzzeitpflege	
Stationäre Vergütungszuschläge (§ 43b SGB XI)	
Entlastungsbetrag	
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und soziale Sicherung Pflegepersonen	
Aktuell nicht gedeckte Eigenanteile zur Pflege in der ambulanten Versorgung	
Fallsteuerung in der ambulanten Versorgung	
Verwaltungskosten, Pflegeberatung, Kosten des MD, sonstige Leistungsausgaben und Pflegevorsorgefonds	
Leistungszuschläge stationäre Pflege (§ 43c SGB XI)	2024-2028: Gemäß Projektion von Rothgang et al. (2024); ab 2029: Konstanter Anteil der pflegebedingten Eigenanteile (Differenz aus Pflegesätzen und Leistungen n. § 43 SGB XI)
Pflegesatz	2024-2027: Gemäß Projektion von Rothgang et al. (2024); ab 2028: 2,5 % pro Jahr (1/3 Inflation in Höhe von 1,5 %, 2/3 Lohnsteigerungen in Höhe von 3 %, insgesamt also 2,5 %)
Ausbildungskosten stationäre Pflege	2,0 % pro Jahr gem. Rothgang et al. (2024)

4.3. Szenarien und Varianten

Für die Berechnungen werden verschiedene Szenarien und Varianten verwendet. Dabei werden die Regeln variiert in Bezug auf

- den versicherten Personenkreis (0 = Status quo, 1 = gesamte Wohnbevölkerung)
- die verbeitragten Einkommensarten (0 = Status quo, 1 = alle Einkommensarten),
- die Beitragsbemessungsgrenze (0 = Status quo, 1 = Beitragsbemessungsgrenzen in Höhe der BBG der Rentenversicherung (West)),
- die Leistungshöhen (0 = Status quo, 1 = Vollversicherung der pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege und zusätzliche monatliche Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege von 230 Euro, 2 = Vollversicherung der pflegebe-

dingten Kosten in der stationären Pflege und zusätzliche monatliche Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege von 360 Euro).[5]

Die Permutation dieser Ausprägungen ergibt die 2*2*2*3=24 Kombinationen, die in Tabelle 7 angegeben sind.

Tabelle 7: Untersuchte Modelle im Überblick

	Modell	Versicherter Personenkreis 0 = Status quo; 1 = alle)	Einkommens-arten 0 = Status quo 1 = alle	BBG 0 = Status quo 1 = Rentenvers.	Leistungen 0 = Status quo 1 = Vollv., 130 2 = Vollv., 260
SPV	Status quo	0	0	0	0
	VV, Variante 1	0	0	0	1
	VV, Variante 2	0	0	0	2
		0	0	1	0
		0	0	1	1
		0	0	1	2
		0	1	0	0
		0	1	0	1
		0	1	0	2
		0	1	1	0
		0	1	1	1
		0	1	1	2
Bürgerversicherung		1	0	0	0
		1	0	0	1
		1	0	0	2
		1	0	1	0
		1	0	1	1
		1	0	1	2
		1	1	0	0
		1	1	0	1
		1	1	0	2
	BV	1	1	1	0
	BVV, Variante 1	1	1	1	1
	BVV, Variante 2	1	1	1	2

VV = (Pflege)Vollversicherung
BV = (Pflege)Bürgerversicherung
BVV = (Pflege)Bürgervollversicherung

[5] Diese Beträge setzen sich aus zwei Komponenten zusammen. Einem pauschalen Betrag von monatlich 100 Euro zur Fallsteuerung und einem Betrag zur Abdeckung der Eigenanteile. Diese liegen in der häuslichen Pflege derzeit bei durchschnittlich 130 Euro. Dies wird in Variante 1 abgebildet. Für Variante 2 wurde dieser Betrag verdoppelt, um etwaige bislang ungedeckte Bedarfe abzubilden. Vgl. hierzu auch Abschnitt 4.2.2.

Neben dem Status quo sind die fünf Szenarien hervorzuheben, die die (Pflege)Vollversicherung (in zwei Varianten), die (Pflege)Bürgerversicherung und die (Pflege)Bürgervollversicherung abbilden. Die übrigen Szenarien geben Auskunft über die Effekte anderer Kombinationen, sind an dieser Stelle aber nicht namentlich gekennzeichnet.

5. Beitragssatzeffekte

Für die Beschreibung der Beitragssatzeffekte werden nachfolgend drei Zeitpunkte bzw. Zeiträume unterschieden.

In einem „morning after"-Szenario wird ermittelt, welche Effekte sich ergeben hätten, wenn die entsprechende Umstellung im Jahr 2023 erfolgt wäre (Abschnitt 5.1). Dabei wird in den Bürgerversicherungsmodellen davon ausgegangen, dass alle bislang Privatversicherten unmittelbar ohne Übergangsfristen in die Bürgerversicherung eintreten. Derartige Szenarien dienen dazu, den Effekt einer Maßnahme zu ermitteln und dabei den Umstellungsprozess selbst zunächst auszublenden. Auch die jüngsten IGES-Berechnungen modellieren solche „morning after"-Szenarien.

In einer mittelfristigen Modellrechnung werden die Effekte bis 2028 vorausberechnet (Abschnitt 5.2). Dieser Zeitraum wurde gewählt, weil die Leistungsdynamisierungen in § 30 SGB XI bis zu diesem Zeitpunkt bereits festgelegt sind.

In der langfristigen Modellrechnung bis 2060 müssen dagegen auch für die Leistungsdynamisierung Annahmen getroffen werden, die eine weitere Quelle von Unsicherheit sind.

5.1. Beitragssatzeffekte zum Umstellungszeitpunkt

Tabelle 8 zeigt die Beitragssatzeffekte für das Umstellungsjahr 2023. Eine Bürgerversicherung, bei der die gesamte Bevölkerung in die Versicherungspflicht der Sozialversicherung einbezogen wird und bei der gleichzeitig alle Einkommensarten beitragspflichtig werden und die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird, führt – ceteris paribus – zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes von 0,7 Beitragssatzpunkten. Eine Vollversicherung in der beschriebenen Ausprägung erhöht den ausgabendeckenden Beitragssatz dagegen um einen Beitragssatzpunkt (in der Variante 1) bzw. 1,3 Beitragssatzpunkte (in Variante 2). Der ausgabendeckende Beitragssatz einer Bürgerpflegevollversicherung liegt in der Variante 1 nur geringfügig (weniger als ein Zehntel Beitragssatzpunkt) über dem ausgabendeckenden

Beitragssatz im Status quo. In der großzügigeren Variante 2 ergibt sich dann jedoch ein Beitragssatzanstieg von 0,35 Beitragssatzpunkten.

Tabelle 8: Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr 2023

Modell	Ausgaben in Mrd. Euro pro Jahr	Ausgabendeckender Beitragssatz in Prozentpunkten	Veränderung zum Status quo in Beitragssatzpunkten
Status quo: soziale Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung (#0000)	58,7	3,45	-
Bürgerversicherung: Alle Personen eingeschlossen, alle Einkommen verbeitragt, BBG 85.200 Euro (RV West) (#1110)	61,1	2,76	-0,70
Vollversicherung (Variante 1) in der SPV (ohne Bürgerversicherung) (#0001)	76,6	4,44	+0,99
Vollversicherung (Variante 2) in der SPV (ohne Bürgerversicherung) (#0002)	81,4	4,77	+1,32
Pflegebürgervollversicherung (Variante 1) (#1111)	79,8	3,54	+0,09
Pflegebürgervollversicherung (Variante 2) (#1112)	87,2	3,81	+0,35

Quelle: eigene Berechnungen.

Die Bürgerversicherung führt somit – ceteris paribus – zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes, die Vollversicherung hingegen zu einer Erhöhung. Wie sich dies auf die Beitragshöhe für Beitragszahler verschiedener Einkommenshöhen auswirkt, zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Auswirkungen der Reformmodelle auf den monatlichen Beitrag nach monatlichem Bruttoeinkommen in Euro

Einkommen	1.000	1.500	2.000	2.500	3.000	3.500	4.000	4.500	5.000	5.500	6.000	6.500	7.000	7.300
BV	-7	-11	-14	-18	-21	-25	-28	-32	-35	-24	-14	-4	7	13
VV, Var.1	10	15	20	25	30	35	40	45	49	49	49	49	49	49
VV, Var.2	13	20	26	33	40	46	53	59	66	66	66	66	66	66
BVV, Var. 1	1	1	2	2	3	3	4	4	5	23	40	58	76	86
BVV Var. 2	4	5	7	9	11	12	14	16	17	37	56	75	94	106

VV = Vollversicherung (in Variante 1 und Variante 2)
BV = Bürgerversicherung
BVV = (Pflege)Bürgervollversicherung (in Variante 1 und Variante 2)

Wie die verschiedenen Stellschrauben bei einzelner Variation wirken, zeigt Tabelle 10, in der die Beitragssätze und die Beitragssatzdifferenzen zum Status quo für die 24 Kombinationen angegeben sind. So führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze allein zu einer Absenkung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte, die Verbeitragung aller Einkommensarten ergibt für sich eine Absenkung um 0,3 Beitragssatzpunkte und die Kombination zusammen einen Effekt von 0,4 Beitragssatzpunkten. Bezogen auf die Bürgerversicherung sind diese Effekte dann jeweils größer, da die bisher Privatversicherten höhere Einkommen haben und die Anhebung der BBG daher stärker wirkt und sie gleichfalls in höherem Ausmaß über andere Einkommensarten verfügen.

Bei den Vollversicherungsmodellen zeigt sich, dass die Anhebung des Zusatzbetrags zur Deckung der Eigenanteile von 130 auf 260 Euro monatlich eine durchschnittliche Anhebung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkten nach sich zieht.

Tabelle 10: Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr 2023 für alle Permutationen

	Modell	Versicherter Personenkreis 0 = Status quo; 1 = alle	Einkommensarten 0 = Status quo 1 = alle	BBG 0 = Status quo 1 = Rentenver.	Leistungen 0 = Status quo 1 = Vollv., 130 2 = Vollv., 260	Beitragssatzdifferenz zum Status quo (in Beitragssatzpunkten)	Beitragssatz (in Beitragssatzpunkten)
SPV	Status quo	0	0	0	0	0,0	3,4534
	VV, Variante 1	0	0	0	1	1,0	4,4409
	VV, Variante 2	0	0	0	2	1,3	4,7706
		0	0	1	0	-0,2	3,2733
		0	0	1	1	0,8	4,2093
		0	0	1	2	1,1	4,5218
		0	1	0	0	-0,3	3,1941
		0	1	0	1	0,7	4,1075
		0	1	0	2	1,0	4,4125
		0	1	1	0	-0,4	3,0142
		0	1	1	1	0,4	3,8762
		0	1	1	2	0,7	4,1639
Bürgerversicherung		1	0	0	0	-0,3	3,1780
		1	0	0	1	0,6	4,0867
		1	0	0	2	0,9	4,3883
		1	0	1	0	-0,5	2,9738
		1	0	1	1	0,4	3,8240
		1	0	1	2	0,7	4,1063
		1	1	0	0	-0,5	2,9572
		1	1	0	1	0,3	3,8027
		1	1	0	2	0,6	4,0834
	BV	1	1	1	0	-0,7	2,7561
	BVV, Variante 1	1	1	1	1	0,1	3,5441
	BVV, Variante 2	1	1	1	2	0,4	3,8057

VV = Vollversicherung
BV = Bürgerversicherung
BVV = (Pflege)Bürgervollversicherung

5.2. Beitragssatzeffekte bis 2028

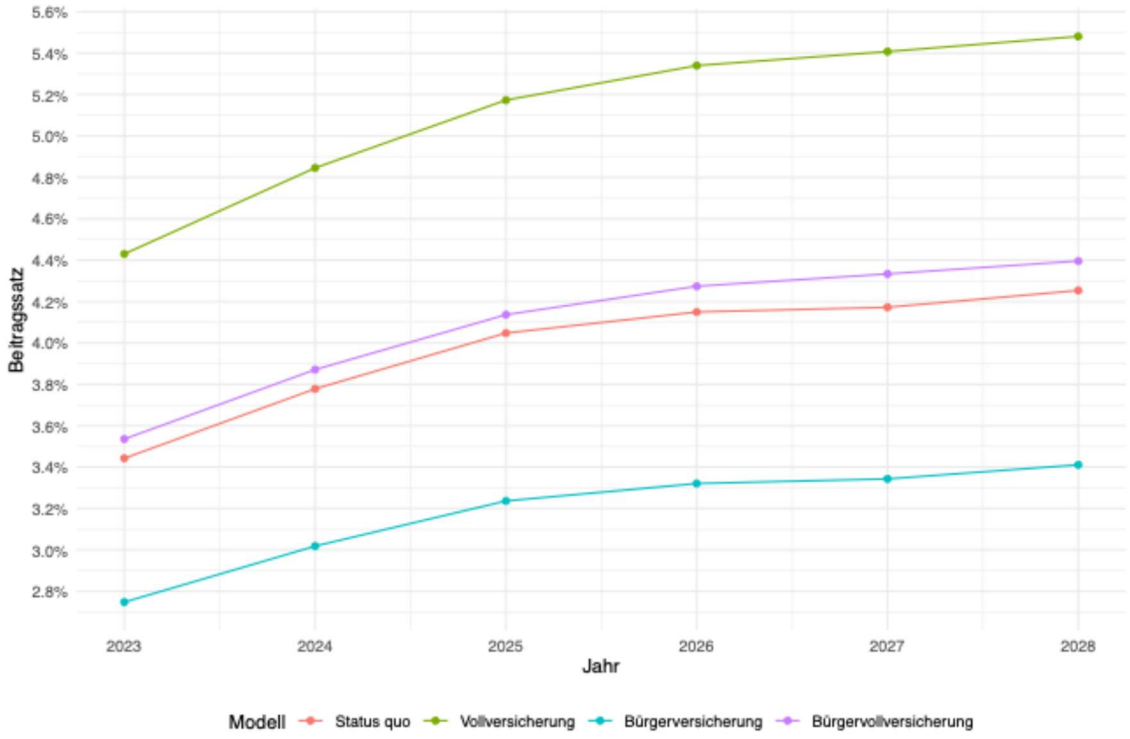


Abbildung 7: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 1 der Vollversicherung

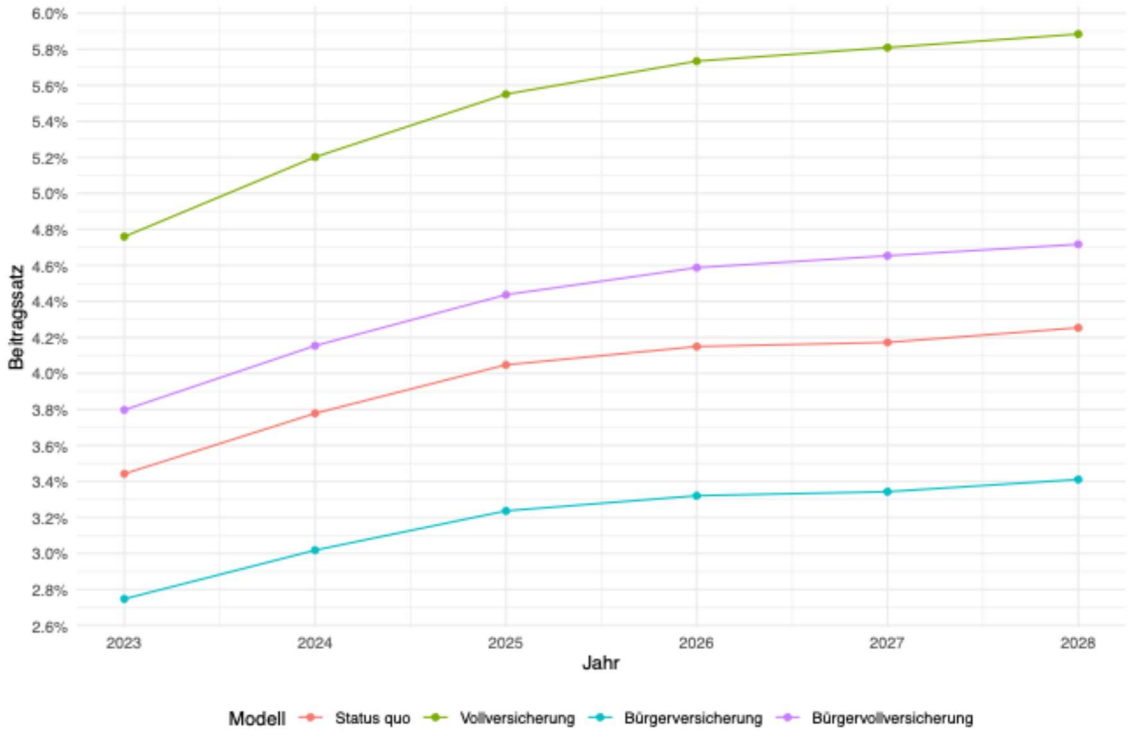


Abbildung 8: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 2 der Vollversicherung

Wie sich der ausgabendeckende Beitragssatz in den Modellrechnungen bis 2028 entwickelt, zeigen Abbildung 7 und Abbildung 8, die sich in Bezug auf die zusätzlichen Leistungen in der häuslichen Pflege unterscheiden. Während die Variante 1 der Vollversicherung zusätzlich zu den 100 Euro für die Fallsteuerung einen zusätzlichen monatlichen Betrag von 130 Euro für die Abdeckung der Eigenanteile vorsieht, wurde dieser Betrag in Variante 2 auf 260 Euro verdoppelt, so dass in dieser Variante insgesamt Ausgaben von 360 Euro pro pflegebedürftige Person eingestellt werden.

Wie Abbildung 7 zeigt, ist der positive Beitragssatzeffekt der Bürgerversicherung also auch auf mittlere Sicht annähernd ausreichend, um die Vollversicherung in Variante 1 zu finanzieren. In Variante 2 liegt der ausgabendeckende Beitragssatz dagegen 2028 bereits um mehr als vier Zehntel Beitragssatzpunkte oberhalb des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo (Abbildung 8).

5.3. Beitragssatzeffekte bis 2060

Diese Effekte bleiben im Wesentlichen auch auf längere Frist stabil. Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen, dass der Beitragssatz auch im Status quo bis in die 2050er Jahre steigt und dort einen maximalen Wert von 5,1 Beitragssatzpunkten erreicht. Wie schon (sehr viel) ältere Berechnungen (Rothgang 1997) und auch die aktuellen Berechnungen von IGES (2024a) gezeigt haben, kann dieser Beitragssatzanstieg nur verhindert werden, wenn auf eine werterhaltende Leistungsdynamisierung verzichtet wird, was aber zu einem kontinuierlichen Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen, steigenden Eigenanteilen und letztlich zu einer Delegitimierung der Pflegeversicherung führen würde.

In Bezug auf die hier untersuchten Reformmaßnahmen erweist sich der beitragssenkende Effekt der Bürgerversicherung als über Zeit stabil – obwohl sich die Altersstruktur der bislang Privatversicherten stärker in das höhere Alter verschiebt als die Altersstruktur der Sozialversicherten (Rothgang & Domhoff 2019). So liegt der ausgabendeckende Beitragssatz der Bürgerversicherung am Ende des Betrachtungszeitraums um knapp einen Beitragssatzpunkt niedriger als der im Status quo. Umgekehrt führt die Vollversicherung in Variante 1 – ceteris paribus – zu einem ausgabendeckenden Beitragssatz, der 2060 um 1,4 Beitragssatzpunkte oberhalb des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo liegt. Der ausgabendeckende Beitragssatz der Pflegebürgervollversicherung unterscheidet sich auch am Ende des Betrachtungszeitraums nur geringfügig (0,2 Beitragssatzpunkte) von dem im Status quo.

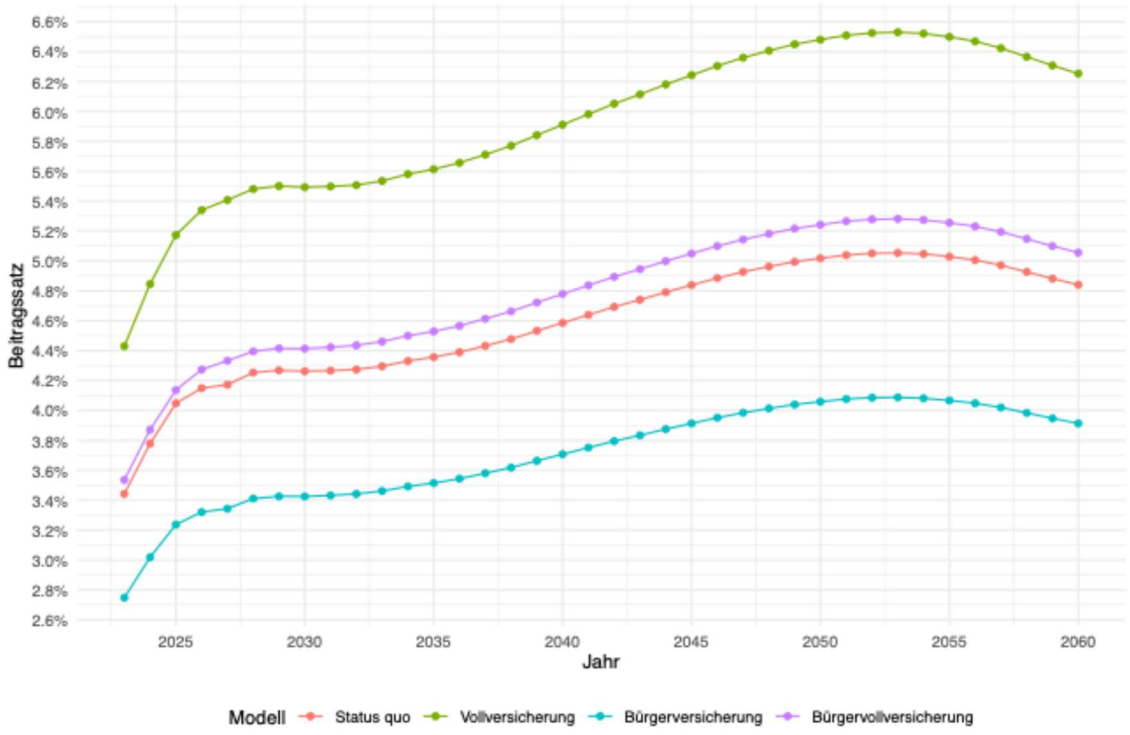


Abbildung 9: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 1 der Vollversicherung

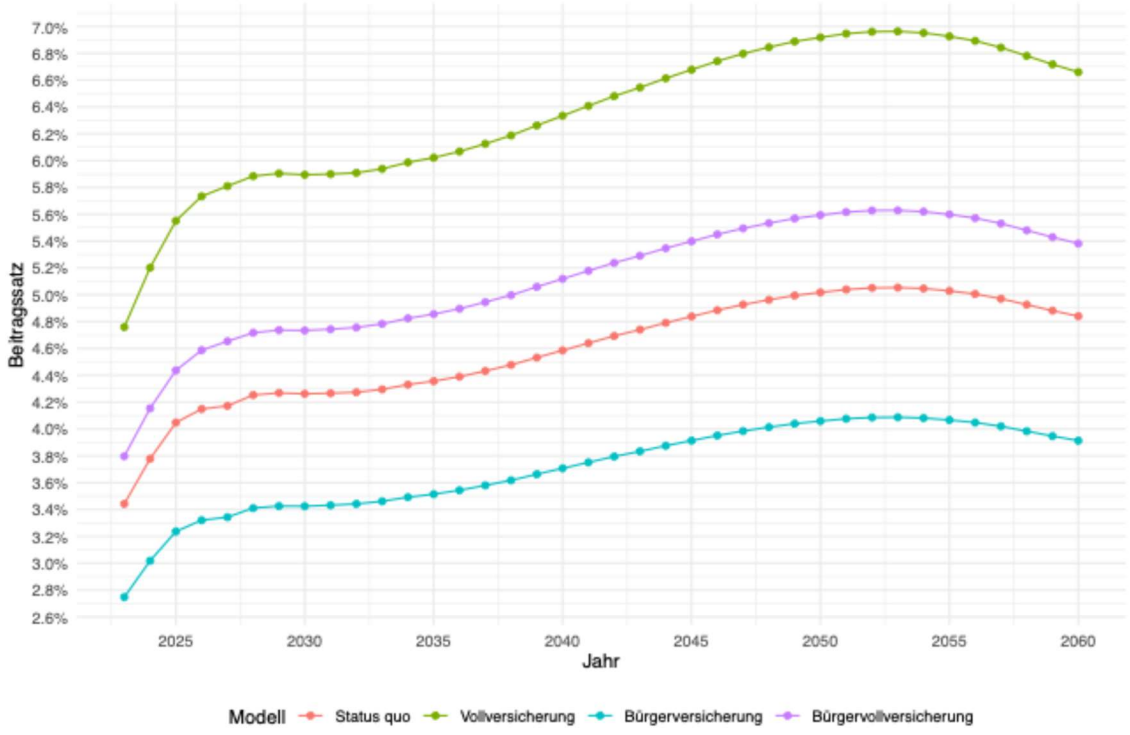


Abbildung 10: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 2 der Vollversicherung

Die Variante 2 der Vollversicherung führt auch bei langfristiger Betrachtung zu einem etwas höheren Beitragssatz als die Variante 1 (Abbildung 10). Die Differenz von 0,3 Beitragssatzpunkten zwischen den beiden Varianten der Vollversicherung bleibt dabei in etwa bestehen.

6. Fazit

Die Pflegeversicherung hat ein doppeltes Finanzierungsproblem: Zum einen sind die Eigenanteile in der stationären Pflege derzeit – gemessen an der Zielsetzung der Pflegeversicherung – zu hoch und werden ohne weitere Maßnahmen in Zukunft noch weiter steigen. Zum anderen führt die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung gemeinsam mit demographisch bedingten und auf Leistungsverbesserungen beruhenden Ausgabensteigerungen dazu, dass der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in jüngster Vergangenheit in immer rascherer Folge deutlich angehoben werden musste, was der Zielsetzung, den Sozialversicherungsbeitrag insgesamt zu begrenzen, entgegenläuft. Der Bundesgesundheitsminister selbst hat die Notwendigkeit, dem mit einer entsprechenden Finanzreform entgegenzuwirken, auch betont, der Bericht der Bundesregierung (2024) ist aber über eine Darstellung von Reformoptionen und Stellschrauben nicht hinausgekommen. Insbesondere wurde kein Vorschlag gemacht, welche Reformelemente wie zu einem Reformvorschlag kombiniert werden sollen.

Ein solch konkreter Reformvorschlag ist die *Pflegebürgervollversicherung*, deren Beitragssatzeffekte in diesem Gutachten untersucht werden. Die Pflegebürgervollversicherung bezeichnet dabei den Ausbau der Sozialversicherung zu einer Vollversicherung für die pflegebedingten Kosten in Kombination mit einer Bürgerversicherung, die durch den Einbezug der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung und die Verbeitragung aller Einkommensarten bis zu der Beitragsbemessungsgrenze, die bisher in der Rentenversicherung (West) gilt, gekennzeichnet ist. Dabei wird unterstellt, dass die Versicherungspflichtgrenze gemeinsam mit der Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird.

Die Pflegebürgervollversicherung lässt sich vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Pflegeversicherung gut begründen. Sie adressiert mit der Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege das aus Sicht der Pflegebedürftigen aktuell dringendste Problem, sieht aber auch zusätzliche Leistungen in der häuslichen Pflege vor, die in Variante 1 den bislang durchschnittlich aufgebrachten Eigenanteilen entsprechen und zudem noch einen

weiteren Betrag enthalten, der genutzt werden kann, um notwendige Fallsteuerungen zu finanzieren. In einer Variante 2 wurde zudem eine noch weitergehende Anhebung der ambulanten Sachleistung modelliert.

Die Vollversicherung führt zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die aber bei gleichzeitiger Einführung der Bürgerversicherung praktisch ohne Beitragssatzsteigerung finanziert werden können. Wie die Berechnungen zeigen, sind die durch die Bürgerversicherung generierten Mehreinnahmen auch langfristig ausreichend, um die Vollversicherung in der hier parametrisierten Variante 1 zu finanzieren. Werden für den ambulanten Bereich noch weitere Leistungen vorgesehen, resultiert allerdings ein relevanter Beitragssatzanstieg.

Die einzelnen Stellschrauben der Bürgerversicherung, nämlich die Einbeziehung der bisher Privatversicherten in die Sozialversicherung, der Einbezug weiterer Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führen jeweils für sich genommen zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes, und zwar in Höhe von je 0,3 Beitragssatzpunkten (Einbeziehung der bislang Privatversicherten, Verbeitragung aller Einkommensarten) bzw. 0,2 Beitragssatzpunkten (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze). Die errechneten Ergebnisse sind dabei gut mit den Ergebnissen der Berechnungen von IGES (2024b) kompatibel. Der größte Effekt von 0,7 Beitragssatzpunkten wird aber erzielt, wenn die drei genannten Reformelemente gemeinsam umgesetzt werden.

Während die Umsetzung der Vollversicherung konzeptionell einfach ist, gestaltet sich die Einführung einer Bürgerversicherung schwieriger. Denkbar ist eine schrittweise Einführung, etwa indem zunächst ab einem Stichtag eine umfassende Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für alle neuen Versicherten verfügt wird, so dass die private Pflegepflichtversicherung ab diesem Zeitpunkt keine neuen Kunden mehr gewinnen kann. Der fiskalische Effekt entfaltet sich dann aber nur sehr langsam und ist zunächst vernachlässigbar gering. Bei einer solchen Umsetzungsstrategie ist die Bürgerversicherung daher als Maßnahme zur Gegenfinanzierung der Mehrkosten durch die Vollversicherung nicht geeignet. Das gilt auch, wenn etwa nur ein Teil der derzeit Privatversicherten in die SPV überführt wird, während ein ähnlich großer Teil in der PPV verbleibt.

Eine andere Form der Umsetzung wäre als erster Schritt die Etablierung eines umfassenden Finanzausgleichs auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite. Analog den Regelungen im Gesundheitsfonds könnten die Versicherten dabei einkommensabhängige Bei-

träge in den Ausgleichsfonds abführen, während ihr Versicherungsträger im Gegenzug nach Alter und Geschlecht differenzierte standardisierte Leistungsausgaben erhält. Um die unterschiedlichen Pflegeprävalenzen der Privatversicherten zu berücksichtigen, wäre in der nächsten Ausbaustufe die Berücksichtigung weiterer Morbiditätsdaten vorzusehen – wie sie auch bei der Umwandlung des (alten) Risikostrukturausgleichs in der GKV zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bestimmt wurden.

Für die Versicherten mit einem Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze führt die Einführung der Pflegebürgerversicherung in der Variante 1 nur zu einer marginalen Veränderung der monatlichen Beiträge von weniger als 5 Euro. Dem steht aber die vollständige Übernahme der pflegebedingten Kosten in der Heimpflege und eine Leistungserhöhung im ambulanten Bereich, die ausreichend ist, die derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteile zu kompensieren, gegenüber.

Für die Pflegesozialversicherung führen die Bürgerversicherungselemente zu einer Beendigung der strukturellen Einnahmeschwäche und stabilisieren die Finanzierung dieses Systems daher auch nachhaltig. Dennoch ist – allein aufgrund der demographischen Entwicklung – auch weiterhin mit einem Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen. Dieser wird gemäß den Ergebnissen der Modellrechnung in Variante 1 der Pflegebürgervollversicherung aber auch bis zum Ende des Projektionszeitraums einen Wert von 5,3 nicht übersteigen und damit um lediglich 0,2 Beitragssatzpunkte über dem Wert für den Status quo liegen.

7. Literatur

BaFin [= Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht] (2023): Wahrscheinlichkeitstafeln für die Krankenversicherung 2022 gemäß § 159 VAG. BaFin. https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Statistik/st_wahrscheinlichkeitstafeln_pkv_2022.html.

BMA [= Bundesministerium für Arbeit und Soziales] (2024): Rentenversicherungsbericht 2024.

BMA [= Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2022): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2024a): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2023.xlsx.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2024b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2023 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2024c): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2022 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.xlsx.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2024d): Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2022 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023_Versicherte.xls.

Brücker, H., Goebel, J., Grabka, M. M., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Fendel, T., Franken, A., Gerike, M., Griese, F., Kara, S., Kosyakova, Y., Krause, P., Liebau, E., Metzing, M., Nebelin, J., Petrenz, M., Siegers, R., Steinhauer, H. W., … Deutsches Institut Für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2023): IAB-SOEP Migration Sample 2021IAB-SOEP Migrationsstichprobe 20121 (Version 20121) [Dataset]. SOEP Socio-Economic Panel Study. https://doi.org/10.5684/SOEP.IAB-SOEP-MIG.2021.

Bundesregierung (2024): Bericht der Bundesregierung. Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Zukunftssichere_Finanzierung_der_SPV-2024.pdf.

BVerfG (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht, BVerGE 103, 197 – 225. www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Deutsche Bundesbank (2024): Falling inflation, but not yet time to sound the all-clear – outlook for the German economy up to 2026 (No. December 2023; Monthly Report). https://www.bundesbank.de/resource/blob/920352/7271f822df1a26cfd3c57a69d72da838/mL/2023-12-prognose-data.pdf.

Fuchs, J., Söhnlein, D., & Weber, B. (2017): Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060: Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung (IAB-Kurzbericht No. 6/2017). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). https://hdl.handle.net/10419/185025.

Goebel, J., Grabka, M. M., Liebig, S., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Franken, A., Gerike, M., Griese, F., Halbmeier, C., Kara, S., Krause, P., Liebau, E., Nebelin, J., Petrenz, M., Satilmis, S., Siegers, R., Steinhauer, H. W., Süttmann, F., … Deutsches Institut Für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2023): Socio-Economic Panel, data from 1984-2021, (SOEP-Core, v38, EU Edition)Sozio-oekonomisches Panel, Daten der Jahre 1984-2021 (SOEP-Core, v38, EU Edition) (Version v38)

[CSV,SPSS,Stata (bilingual),SPSS,RData]. SOEP Socio-Economic Panel Study. https://doi.org/10.5684/SOEP.CORE.V38EU.
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, Stefan / Haun, Dietmar / Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmey, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Springer; https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_19.
IGES (2024a): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung; https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73229/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ger.pdf.
IGES (2024b): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV); https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_2-IGES-Bericht_Stellschrauben_der_langfristigen_Finanzentwicklung_der_SPV.pdf.
KDA [= Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.
Kroh, M. (2018): Stichprobenziehung, Non-Response und Gewichtung im SOEP. DIW. https://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.598702.de/soep_gewichtungkrohpresentationdiw2018.pdf.
Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.
PKV-Verband [= Verband der privaten Krankenversicherung (2021): Was uns bewegt. Rechenschaftsbericht 2020/21; https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Rechenschaftsbericht_21_22.pdf.
PKV-Verband [= Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.] (2023). PKV Zahlenportal. https://www.pkv-zahlenportal.de/.
Rothgang, Heinz / Heinze, Franzi / Kalwitzki, Thomas / Wagner, Christian (2024): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Bremen: SOCIUM.
Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.
Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Gesundheitswesen 72(3): 154–160.
Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt 60(4/5): 81–87.
Rothgang, Heinz (2020): Pflege als „Teilkaskosystem“? Zur richtig verstandenen Bedeutung von Verantwortungsteilung in der Pflege, in Zerth, Jürgen (Hrsg.): Pflege-Perspektiven. Ordnungspolitische Aspekte, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine gute Praxis der Pflege. Medhochzwei, 29-42.

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

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44; https://www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflegereport-2023-data.pdf.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2024): BARMER Pflegereport 2024: Pflegerisiko und Pflegedauer. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47 https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf.

Schwinger, Antje / Zok, Klaus (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdOmonitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Ausgabe 1/2024: 1-12; https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf.

Statistisches Bundesamt (2023): Statistischer Bericht - Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer - 2022 bis 2070; https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.xlsx?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2024a): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html.

Statistisches Bundesamt (2024b); Reallöhne im Jahr 2023 um 0,1 % gegenüber 2022 gestiegen. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_076_62321.html.