

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0049(28)
gel. ESV zur öAnhörnung am 24.09.
14_Pflegestärkungsgesetz
22.09.2014

18.9.2014

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften
Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflege-
bedürftige, Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG)
- BT-Drucksache 18/1798 -**

**Antrag der Fraktion DIE LINKE „Menschenrecht auf gute
Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch
weiterentwickeln“
- BT-Drucksache 18/1953 -**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 24. September 2014**

I. Stellungnahme zum Entwurf eines 5. SGB XI-ÄndG

Im Titel des Gesetzesentwurfs werden zwei Schwerpunkte des Gesetzes genannt: Die Einführung eines Pflegevorsorgefonds sowie Leistungsausweitungen. Bei letzteren ist allerdings zwischen „echten“ Leistungsausweitungen sowie der Leistungsdynamisierung, die lediglich dem Werterhalt der SGB XI-Leistungen dient, zu unterscheiden, so dass sich drei Themen ergeben, zu denen im Folgenden Stellung genommen wird:

- der Pflegevorsorgefonds
- Leistungsdynamisierung und
- Leistungsverbesserungen.

1. Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist fehlerkonzipiert und sollte in der vorgeschlagenen Form nicht eingeführt werden. Hierfür sind folgende Gründe zu nennen (vgl. auch Jacobs/Rothgang 2014):

- a) Die im geplanten Pflegevorsorgefonds angesammelten Finanzmittel können nicht vor Zweckentfremdung geschützt werden.
- b) Der Beitragssatzeffekt des Pflegevorsorgefonds ist vernachlässigbar gering und zeigt, dass es sich hierbei um reine Symbolpolitik handelt.
- c) Der Pflegevorsorgefonds ist nicht nachhaltig. Seine Mittel sind dann verausgabt, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen ihr Maximum erreicht. Da mit der Zahl der Pflegebedürftigen danach aber auch die Zahl der Beitragszahler sinkt, wird der Beitragssatz im Umlageverfahren nicht sinken, so dass der Fonds auch keine Belastungsspitze reduzieren kann.
- d) Der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitig bestehender Staatsverschuldung ist ineffizient, da so nur niedrigere Habenzinsen erzielt werden. Die gleichen knappen Mittel könnten mit größerer Entlastungswirkung zur Reduktion der Staatsschulden verwendet werden.
- e) Für 2017 ist eine weitere Beitragssatzerhöhung von 0,2 Beitragssatzpunkten geplant, um die Finanzierung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz zu gewährleisten. Tatsächlich sind die Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro hierzu nicht ausreichend. Vielmehr sind die für den Pflegevorsorgefonds vorgesehenen Mittel notwendig, soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wie geplant eingeführt werden.

Diese Gründe sollen im Folgenden ausgeführt werden.

Ad a)

Alle Erfahrungen der Vergangenheit sprechen dafür, dass es nicht möglich ist, die in einem öffentlich verwalteten Fonds angesparten Rücklagen vor dem Zugriff der Tagespolitik zu sichern, die sie im Krisenfall zweckentfremdet wird. Verwiesen sei hier nur auf das Abschmelzen der „Schwankungsreserve“ in der gesetzlichen Rentenversicherung in den 1990er Jahren, aber auch auf die Diskussion Ende der 1990er Jahre als die Soziale Pflegeversicherung eine größere Liquiditätsreserve aufwies, über deren zweckentfremdende Verwendung zur Sanierung der Arbeitslosenversicherung eine intensive Diskussion geführt wurde, die nur durch die dann auftretenden Defizite der Pflegeversicherung zum Verstummen gebracht wurde (vgl. Rothgang/Vogler 1998). Einem der bekanntesten Ökonomen des 20. Jahrhunderts, Joseph Alois Schumpeter, wird der vielfach zitierte Satz zugeschrieben: „Eher legt ein Hund einen Wurstvorrat an, als eine demokratische Regierung eine Haushaltsreserve“, der diesen Sachverhalt auf den Punkt bringt. „Kasse macht sinnlich“ – und ein Schutz der Rücklagen vor einer Zweckentfremdung ist nicht möglich – auch nicht indem die Deutsche Bundesbank zur Hüterin dieses Sondervermögens gemacht wird. Das betont auch die Deutsche Bundesbank selbst, indem sie in ihrem Monatsbericht für März 2014 zum Thema Pflegevorsorgefonds ausführt: „Nicht zuletzt die aktuelle Erfahrung zeigt, dass Rücklagen bei den Sozialversicherungen offenbar Begehrlichkeiten entweder in Richtung höherer Leistungsausgaben oder auch zur Finanzierung von Projekten des Bundes wecken. Zweifel an der Nachhaltigkeit einer kollektiven Vermögensbildung unter staatlicher Kontrolle erscheinen umso eher angebracht, je unspezifischer die Verwendung der Rücklagen festgelegt wird.“ Die Bundesbank genießt in der öffentlichen Wahrnehmung zwar einen sehr guten Ruf, aber auch sie kann eine Zweckentfremdung der Mittel des Vorsorgefonds nicht verhindern, wenn diese durch einfaches Gesetz beschlossen wird. Von einem wirksamen institutionellen Schutz des Pflegevorsorgefonds kann also nicht die Rede sein.

Ad b)

Der „Pflegevorsorgefonds“ soll „der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung“ dienen (§ 132 SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs) und dazu beitragen, „übermäßige Beitragssatzsteigerungen in Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen zu vermeiden“ (allgemeiner Teil der Gesetzesbegründung, BT-Ds. 18/1798, S. 1). Selbst wenn unterstellt wird, dass die Mittelverwendung in vorgesehener Weise erfolgt, ist der Effekt ver-

nachlässigbar und trägt nicht zur „Vermeidung übermäßiger Beitragssatzsteigerungen“ bei. Wird über einen Zeitraum von 19 Jahren jeweils 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung in den Fonds eingezahlt, resultiert 2035 ein Vermögensbestand, der – je nach Wachstum der Grundlohnsumme und der Verzinsung des angesparten Kapitals – zwischen 23 Mrd. Euro (Wachstumsraten von 0 %) und 40 Mrd. Euro (Wachstumsraten von jeweils 3 %) liegt. In den Folgejahren soll der Pflegeversicherung jeweils maximal ein Zwanzigstel dieses Betrages zur Vermeidung von Beitragssatzsteigerungen zur Verfügung gestellt werden. Dies führt dann zu einer Beitragssatzreduktion von rund 0,1 Beitragssatzpunkten, die – bei steigender Grundlohnsumme – im Zeitverlauf noch weiter abnimmt. Tabelle 1 zeigt die durchschnittliche Beitragssatzreduktion (arithmetisches Mittel), die während der Existenz des Fonds in Abhängigkeit von Grundlohnsummenwachstum und Verzinsung resultiert. Wird von einer realen, d.h. inflationsbereinigten, Steigerung der Grundlohnsumme von 1 % pro Jahr ausgegangen, liegt die Beitragssatzreduktion bei knapp 0,1 Beitragssatzpunkten. Bei einem Beitragssatz, der dann eher bei 4 Beitragssatzpunkten liegen dürfte, fällt dies nicht ins Gewicht. Von einer „langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung“ und einer Vermeidung „übermäßiger Beitragssatzsteigerungen“ kann daher nicht die Rede sein.

Tabelle 1: Beitragssatzreduktion aufgrund des Vorsorgefonds in Abhängigkeit von Zinssatz und Grundlohnsummenwachstum (arithmetischer Mittelwert über alle Jahre in denen Auszahlungen vorgenommen werden)

Verzinsung (real)	Grundlohnsummenwachstum (real)			
	0%	1%	2%	3%
0%	0,090	0,078	0,064	0,053
1%	0,105	0,085	0,069	0,057
2%	0,116	0,092	0,074	0,060
3%	0,129	0,100	0,078	0,061

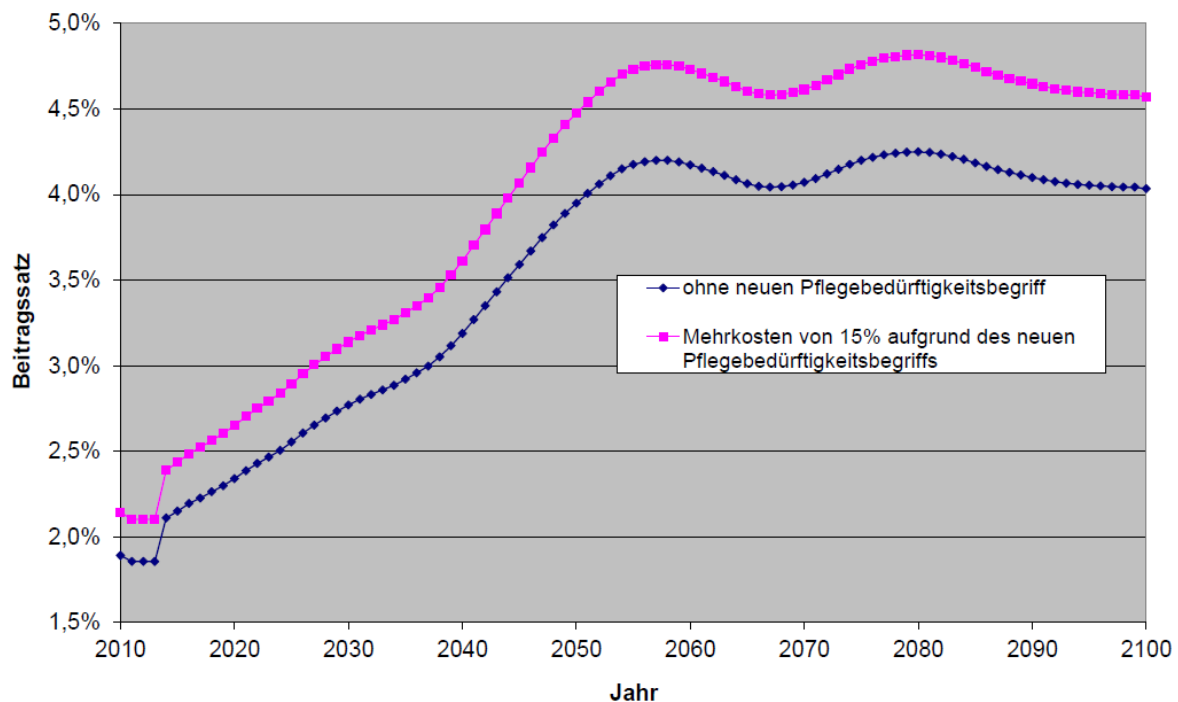
Quelle: eigene Berechnungen

Ad c)

Hieraus darf allerdings nicht geschlossen werden, dass lediglich das Volumen des Pflegevorsorgefonds erhöht werden muss, um diesen zu einem Erfolgsmodell zu machen. Auch wenn der Vorsorgefonds größer ausgelegt wäre, würden sich nämlich keine nachhaltigen Effekte ergeben, da der Entlastungseffekt nur temporär und damit alles andere als nachhaltig ist. Die Begründung dafür, nur

über 20 Jahre Rücklagen zu bilden und diese dann wieder aufzuzehren, beruht auf der Fehlkonzeption, dass es in der Pflegeversicherung einen „Belastungsberg“ („Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen“) gebe, der „untertunnelt“ werden könne. Tatsächlich wird die Zahl der Pflegebedürftigen den gängigen Vorausberechnungen zufolge nur bis Ende der 2050er Jahre steigen und dann wieder sinken. Allerdings sinkt dann gleichzeitig auch die Zahl der Beitragszahler weiter. Der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung wird daher – ceteris paribus – auch in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts *nicht* sinken. Dies zeigt Abbildung 1, die die Beitragssatzentwicklung enthält, die sich auf Basis konstanter alters- und geschlechtsspezifischer Pflegeprävalenzen, einer demographischen Entwicklung entsprechend der mittleren Variante der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie konstanter Löhne, Gehälter, Renten und Pflegeversicherungsleistungen sowie einer steigende Erwerbstätigkeit, wie vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unterstellt, ergibt (vgl. hierzu Rothgang et al. 2011).

Abbildung 1: Bedingt demographisch Beitragssatzprojektion
(Annahme: real konstante Arbeitsentgelte und Versicherungsleistungen)



Quelle: Jacobs/Rothgang 2014.

Diese Entwicklung, die damit nur die demographischen und sozialstrukturellen Trends, nicht aber die monetären Faktoren abbildet, verdeutlicht, dass ein Sinken des Beitragssatzes ab Mitte dieses Jahrhundert nicht zu erwarten ist. Bei der Beitragssatzentwicklung haben wir es nicht mit einem „Belastungsberg“ zu tun, sondern mit dem Anstieg auf ein Hochplateau, das nicht durch einen temporären Vorsorgefonds untertunnelt werden kann. Vielmehr ist der Vorsorgefonds genau dann leer, wenn die höchste Zahl der Pflegebedürftigen erreicht wird, und die – sowieso nur minimale – Reduktion des Beitragssatzes läuft dann aus, ohne dass es zu einer Beitragssatzreduktion aufgrund demographischer Entwicklungen kommt. Im Ergebnis führt der Fonds daher lediglich dazu, dass der Beitragssatz während eines Zeitraums von 20 Jahren um 0,1 Beitragssatzpunkte höher ist als ohne ihn, danach während eines ähnlich langen Zeitraums um etwa 0,1 Beitragssatzpunkte niedriger ist als ohne ihn, um danach schließlich wieder genau auf dem Beitragssatzpfad zu landen, der sich auch ohne den Fonds ergeben hätte. Mit einer „langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung“ hat das sicherlich nichts zu tun.

Selbst wenn also – unrealistischer Weise – unterstellt wird, dass es gelingt, den Pflegevorsorgefonds vor einer Zweckentfremdung zu schützen und von Kapitalmarktrisiken abgesehen wird, kommt es lediglich dazu, einen sehr kleinen Teil der Beitragslast um 20 Jahre vorzuziehen. Gerade dann, wenn die höchsten Beitragslasten erreicht werden, ist der Fonds aber leer und die Situation ist, als hätte es den Fonds nie gegeben.

Ad d)

Die Notwendigkeit des Pflegevorsorgefonds wird insbesondere damit begründet, dass „die Finanzierung der aufgrund der demografiebedingt im Zeitverlauf steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt werden“ soll (BT-Drs. 18/1798, S. 2). Tatsächlich werden lediglich die Beitragszahler der Jahre 2015-2034 be- und die Beitragszahler der Jahre 2035 bis etwa 2059 entlastet. Es handelt sich also nur um eine Vorziehung ansonsten später anfallender Lasten. Da jede Geburtskohorte in unterschiedlichem Umfang von den Jahren betroffen ist, in denen es zu einer Belastung und in denen es zu einer Entlastung kommt, weist auch jede Geburtskohorte eine andere Bilanz auf. Belastet werden dabei einfachen Modellrechnungen zufolge die 1930-1975 Geborenen, die ihre Berufstätigkeits- und Rentenphase ausschließlich bzw. überwiegend in der Ansparphase des Fonds verbringen. Entlastet werden die 1976-2040 Geborenen, deren Erwerbsleben und/oder Ren-

tenzeiten von der Entsparphase des Fonds geprägt werden. Die stärkste Entlastung weisen dabei die 2014 Geborenen auf. Für alle ab 2040 Geborenen wiederum ergibt sich kein Effekt. Für sie ist es, als hätte es den Fonds niemals gegeben. Insgesamt ist nicht erkennbar, dass mit diesen intertemporalen Umverteilungen und den damit verbundenen intergenerativen Umverteilungen ein nachhaltiger Beitrag zur Generationengerechtigkeit erfolgt. Gerade die recht willkürlich erscheinende Be- und Entlastung einzelner Geburtskohorten lässt sich systematisch nicht rechtfertigen.

Selbst wenn aber unterstellt wird, dass aus Gründen der Generationengerechtigkeit jüngere Geburtskohorten entlastet werden sollen, ist der Aufbau eines Kapitalstocks hierfür ein ineffizientes Mittel. Tatsächlich werden knappe Mittel dazu genutzt, auf der einen Seite einen Kapitalstock aufzubauen, während auf der anderen Seite explizite Staatsschulden in großer Höhe vorhanden sind. Dies ist aber ineffizient, da für die Verzinsung der Kapitalrücklage Habenzinsen bezogen werden, für die Staatsschulden aber Sollzinsen zu zahlen sind und Habenzinsen regelmäßig niedriger sind als Sollzinsen. Soll etwas für die zukünftigen Generationen getan werden, wäre ein Abbau der Staatsschulden die bessere Wahl. Generationengerechtigkeit ist nämlich ein übergreifendes Konzept, das selbst in der schon verengten Konzeption der Generationenbilanzen *alle* öffentlichen Leistungssystem in den Blick nehmen sollte. Generationengerechtigkeit kann daher durch den Abbau von Staatsverschuldung viel effizienter gefördert werden als durch den Aufbau einer Kapitalreserve bei gleichzeitig bestehender Verschuldung. Hier wäre daher eine sektor- und systemübergreifende Betrachtungsweise angebracht, die dazu führen würde, den Vorsorgefonds zu verwerfen.

Ad e)

Wie ausgeführt, ist der Pflegevorsorgefonds konzeptionell verfehlt und sollte nicht eingeführt werden. Gleichzeitig werden die für den Pflegefonds benötigten Mittel dringend benötigt, wenn im 2. Pflegestärkungsgesetz 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden soll. Hierfür ist im Koalitionsvertrag vorgesehen, den Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte anzuheben. Werden die Angaben des vorliegenden Gesetzesentwurfs zu den Mehreinnahmen aufgrund der Beitragssatzanhebung im Ersten Pflegestärkungsgesetz zugrunde gelegt (s. BT-Drucksache 18/1798, S. 19), so entstehen aus der für 2017 vorgesehene Beitragssatzsteigerung Mehreinnahmen von 2,55 Mrd. Euro. Ob diese ausreichen, um die Mehrausgaben durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu finanzieren, hängt von dessen leistungsrechtlicher Ausge-

staltung ab. Der Koalitionsvertrag sieht hierzu vor: „Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.“ CDU/CSU/SPD (2013: 83). Dem Wortlaut dieser Formulierung zufolge werden nur die zum Zeitpunkt der Einführung Pflegebedürftigen in den Bestandsschutz eingeschlossen, und der Gesetzgeber hat dann erheblichen Spielraum bei der Ausgestaltung des Leistungsrechts. Niedrige Leistungssätze als bislang können aber dazu führen, dass ein erheblicher Teil der zukünftigen Antragsteller durch die Reform schlechter gestellt wird. Dies ist schwer vorstellbar. Soll dies vermieden werden, fungieren die derzeitigen Leistungssätze als eine Art Untergrenze für die zukünftigen. In diesem Sinne sind auch alle Szenarien des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Beirat 2009a und b) und des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Beirat 2013), deren Empfehlungen dem Prozess zugrunde gelegt werden sollen, angelegt. In diesem Fall sind die Mehreinnahmen aber *nicht* ausreichend um die Mehrausgaben zu finanzieren (Rothgang et al. 2014). Tatsächlich sind die tatsächlichen Mehrausgaben durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich höher als die vom Expertenbeirat ausgewiesenen Zahlen. Das hat folgende Gründe

- Der Beirat ist in seinen Berechnungen von 2011 als dem letzten Jahr ausgegangen, für das in der amtlichen Statistik Angaben vorhanden sind. Eingeführt wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aber erst 2017. Von 2011 bis 2017 steigen aufgrund der demographischen Alterung der Bevölkerung aber nicht nur die Ausgaben, sondern auch die *Mehrausgaben* aufgrund der Einführung des NBA und der Leistungsverbesserungen.
- Im Bericht des Expertenbeirats werden lediglich Ausgabenschätzungen für *einzelne Leistungsarten* vorgenommen: „Folgende Leistungen der ambulant-häuslichen Versorgung wurden nicht in die Berechnungsbeispiele mit einbezogen: Kombinationsleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Wohnraumanpassung, Beratung (siehe dazu auch Ziffer 3.4.9.7).“ (Expertenbeirat 2013: 53). Ebenso wenig wurden die Auswirkungen der Reform etwa auf die Leistungen zur sozialen Sicherung für Pflegepersonen berücksichtigt. Effekte auf die Leistungen nach § 43a SGB XI und die Ausgaben für Personen, die bislang noch nie einen Antrag gestellt haben, tauchen im Bericht an verschiedenen Stellen auf, müssen aber zu den Mehrausgaben für die Hauptleistungsarten hinzu addiert werden. Diese führt zu erheblichen Mehrausgaben.

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu einer Ausweitung der Zahl der Leistungsempfänger, die deutlich ausfällt, wenn auch der neue Pflegegrad 1 berücksichtigt wird. Dies wird zu erheblich gestiegenen *Verwaltungs- und Begutachtungskosten* führen. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird dieser Effekt für das Erste Pflegestärkungsgesetz berücksichtigt. Allerdings steht die „große“ Umstellung, nämlich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch aus, die einen deutlich höheren Anstieg der Verwaltungs- und Begutachtungskosten nach sich ziehen wird.

Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die Mehrkosten, die durch die Umstellungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes entstehen, die Mehrausgaben um mehr als eine Mrd. Euro übersteigen werden. Diese Lücke könnte weitgehend geschlossen werden, wenn auf den Pflegevorsorgefonds verzichtet wird.

2. Leistungsdynamisierung

Nachdem im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 erstmal eine Leistungsdynamisierung in drei Stufen (2008, 2010 und 2012) vorgenommen wurde, ist es zu begrüßen, dass im vorliegenden Gesetzentwurf erneut eine Leistungsanpassung vorgesehen ist. Allerdings bleiben zwei Kritikpunkte bestehen, die ich schon in der Anhörung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geäußert habe (Bundestags-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu)):

- a) die Leistungsanhebungen sind zu gering und
- b) die diskretionäre Leistungsanpassung sollte durch eine regelgebundene ersetzt werden.

Ad a)

Die Höhe der verschiedenen Pflegeversicherungsleistungen wurde im Jahre 1993 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens festgesetzt, und diese Leistungen werden seit 1995 (ambulant) bzw. 1996 gewährt. Bis Mitte 2008 wurden diese Leistungen nominal konstant gehalten und haben real erheblich an Wert verloren. Der Verbraucherpreisindex hat sich von 80,4 im April 1995, dem Zeitpunkt der ersten Leistungsgewährung bis Juli 2008, dem Zeitpunkt der ersten Leistungsanpassung, von 80,4 auf 99,5 (das Jahr 2010 entspricht 100) erhöht (Statistisches Bundesamt, online, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes>

[/Tabellen /VerbraucherpreiseKategorien.html](#)). Bezogen auf die Verbraucherpreise weisen die Pflegeversicherungsleistungen somit im genannten Zeitraum einen Wertverlust von 19% auf. Allerdings sind Pflegeleistungen personalintensive persönliche Dienstleistungen, deren Produktionsfortschritte in aller Regel hinter der der Industrieproduktion zurückbleiben und deren Preise daher langfristig schneller steigen als die Inflationsrate (sogenannte „Baumol’schen Kostenkrankheit“, Baumol 1967; Baumol/Oates 1972). Für Pflegeleistungen liegen verlässliche Angaben zur Preisentwicklung nur für den stationären Sektor und für den Zeitraum von Dezember 1999 bis Dezember 2011 vor. In diesem Zeitraum sind die durchschnittlichen monatlichen Heimkosten (Kosten für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung)

- von 1.704 auf 1.998 Euro (Pflegestufe I),
- von 2.069 auf 2.440 Euro (Pflegestufe II) bzw.
- von 2.525 auf 2.907 Euro (Pflegestufe III)

gestiegen (Rothgang et al. 2013: 122). Werden die sich daraus ergebenden durchschnittlichen (geometrisches Mittel) jährlichen Steigerungsraten von

- 1,34 % (Pflegestufe I),
- 1,38 % (Pflegestufe II) bzw.
- 1,18 % (Pflegestufe III)

auf den gesamten Zeitraum von 1995 bis 2008 umgerechnet, ergeben sich Preissteigerungen von insgesamt 28,7 % (Pflegestufe I) 29,8 % (Pflegestufe II) und 25,0 % (Pflegestufe III) bzw. ein Wertverlust gegenüber dem Ausgangswert von

- 22,3 % (Pflegestufe I)
- 23,0 % (Pflegestufe II) und
- 20,0 % (Pflegestufe III).

Bis 2008 ist die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen damit um ein Viertel bis ein Fünftel gesunken.

Die seit 2008 erfolgten bzw. und im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsdynamisierungen sind nicht geeignet, diesen Wertverlust zu kompensieren. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde eine nach Pflegestufe und Leistungsart gestaffelte und in mehreren Schritten zu vollziehende Leistungsanpassung vorgenommen, die im Ergebnis (im Vergleich der Werte zu Jahresanfang 2008 zu 2012) – bezogen auf den seinerzeitigen Inanspruchnahmemix – einer Anpassung von

insgesamt 7,1 % entspricht (Rothgang 2008). Gemeinsam mit der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen linearen Steigerung um 4 % für alle Leistungen (außer den erst im PNG eingeführten, die nur mit 2,6 % steigen), ergibt sich eine Gesamtanpassung von 11,4 %. Bezogen auf den Zeitraum von 2008-2015 entspricht das einer durchschnittlichen jährlichen Anpassung von 1,6 %. Wird berücksichtigt, dass bis 2018 keine weitere Anpassung vorgenommen wird, liegt die durchschnittliche jährliche Anpassungsrate für den Zeitraum 2008-2018 sogar nur bei 1,1 %. Damit liegen die Anpassungsraten noch unterhalb der Preissteigerungen für Pflegeleistungen, wie sie im stationären Sektor in der Vergangenheit aufgetreten sind (s.o.). Es kommt also weiterhin zu Wertverlusten – obwohl die Selbstbeteiligung in der Pflege derzeit bereits sehr hoch ist und die Eigenfinanzierungsanteile kontinuierlich gestiegen sind. Die Eigenfinanzierungsanteile im stationären Sektor im Dezember 2011 zeigt Tabelle 2: Die Eigenanteile beim Gesamtheimentgelt liegen deutlich höher als die Versicherungsleistungen und auch bei den Pflegekosten liegen die durchschnittlichen Eigenanteile inzwischen bei 346 Euro (Pflegestufe I) bis 769 Euro (Pflegestufe III). Seitdem sind die Eigenanteile weiter gestiegen. Für Dezember 2013 wird sich dies zeigen, sobald die neuen Werte der Pflegestatistik vorliegen.

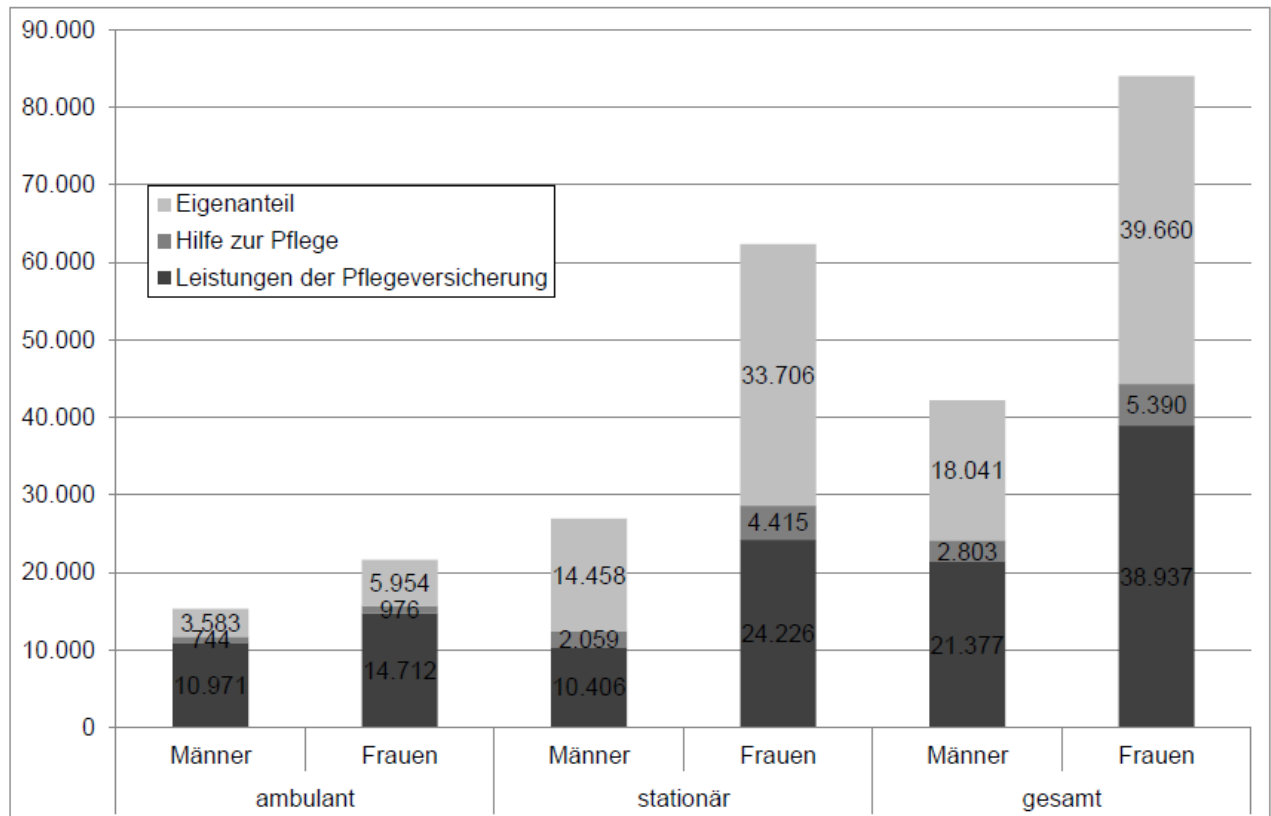
Tabelle 2: Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile bei stationärer Pflege

	(1)	(2)	(3)	(4)=(1)+(2)+(3)	(5)	(6)=(1)-(5)	(7)=(4)-(5)
Pflegestufe	Pflegekosten	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten	Gesamtheimentgelt	Versicherungsleistungen	Eigenanteil Pflegekosten	Eigenanteil insgesamt
Stufe I	1.369	629	395	2.393	1.023	346	1.370
Stufe II	1.811	629	395	2.835	1.279	532	1.556
Stufe III	2.278	629	395	3.302	1.510	768	1.792

Quellen: Pflegekosten, U+V: Pflegestatistik zum Dezember 2011; Investitionskosten: Infratest für 2010.

Im Lebenszyklus zeigt sich ein entsprechendes Bild (Abbildung 2): Von den durchschnittlich pro Pflegebedürftigem im gesamten Leben anfallenden Kosten übernimmt die Pflegeversicherung nur knapp die Hälfte. Der Rest ist vom Pflegebedürftigen selbst, seinen Angehörigen bzw. der Sozialhilfe aufzubringen.

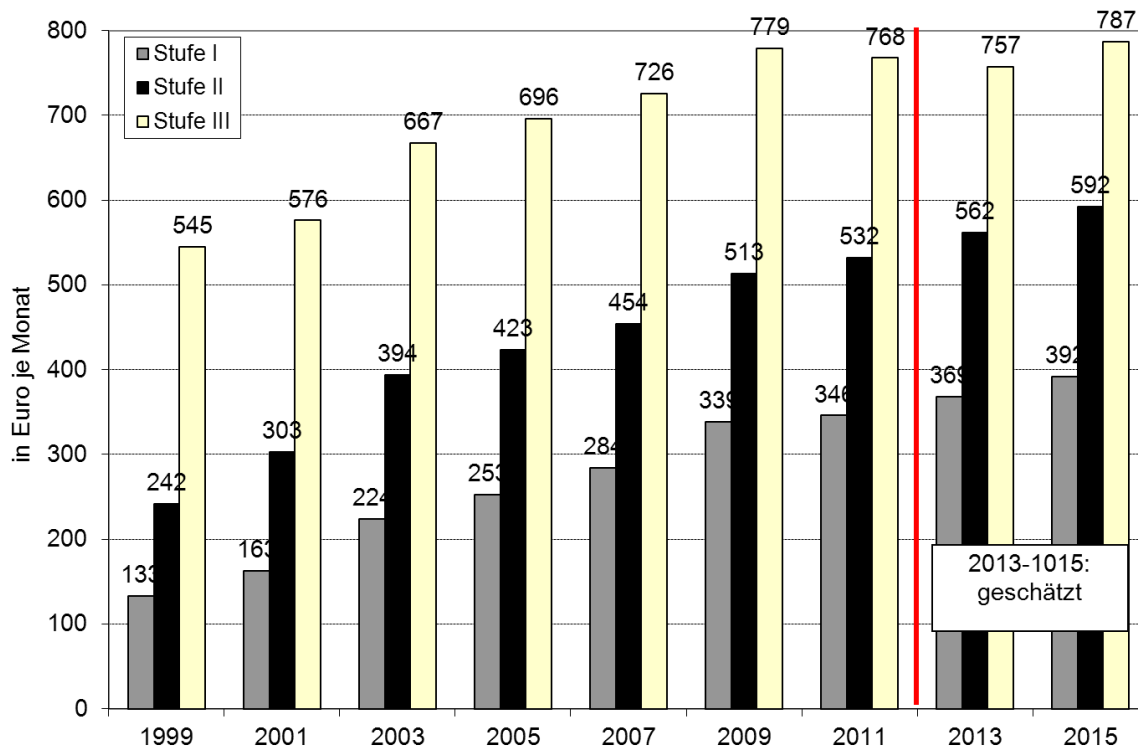
Abbildung 2: Eigenanteil an den Pflegekosten bei vollstationärer Pflege



Quelle: Rothgang et al. 2012a: 215.

Diese erheblichen Eigenfinanzierungsanteile sind im Lauf der Zeit deutlich gestiegen (Abbildung 3). Zwar sollten die Kosten für Unterkunft und Pflege vom Pflegebedürftigen selbst gezahlt werden, jedoch bestand bei Einführung der Pflegeversicherung auch Einklang darüber, dass die Pflegekosten im Heim von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten. Tatsächlich sind die Eigenanteile an den Pflegekosten – nicht zuletzt aufgrund fehlender Leistungsdynamisierung – seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich angestiegen und haben inzwischen Durchschnittswerte von 400-800 Euro erreicht. Ein weiterer Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen dürfte dieses Leistungssystem daher langfristig delegitimieren. Vor diesem Hintergrund sind die vorgesehenen Leistungsdynamisierungen von 4 % für einen 3-Jahreszeitraum unzureichend.

Abbildung 3: Eigenanteil an den Pflegekosten bei vollstationärer Pflege



Quelle: Rothgang et al. 2012a: 30, aktualisiert.

Ad b)

Wichtiger noch als die aktuelle Anpassungshöhe ist die Frage der langfristigen Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen. Die entscheidende Norm des § 30 in der Fassung des Gesetzentwurfes lautet:

„Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2017, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.“

Als „Orientierungswert“ dient demnach die Preis-, als Obergrenze aber die Bruttolohnentwicklung. Angesichts des sinkenden Erwerbspersonenpotentials ist mittel- und langfristig von steigenden Bruttoreallöhnen in der gesamten Volkswirtschaft auszugehen. Im Hinblick auf den drohenden Pflegenotstand (Rothgang et al. 2012b) muss weiterhin unterstellt werden, dass die Lohn- und Ge-

haltsentwicklung im Pflegesektor nicht hinter die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung zurückfällt. Da gut zwei Drittel der Kosten im Pflegesektor aber Personalkosten sind und Rationalisierungspotentiale bei diese persönlichen Dienstleistungen nicht vorliegen, führt eine Orientierung der Leistungsdynamisierung an der Inflationsrate zwangsläufig zu weiteren Wertverlusten der Versicherungsleistungen. Um eine wünschenswerte Realwertkonstanz zu erreichen, ist dagegen eine Anpassung notwendig, die sich sowohl an der Lohn- als auch an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert. Die auch als „Rürup-Kommission“ bezeichnete Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme hat diesbezüglich schon 2003 eine Leistungsdynamisierung empfohlen, die sich je zur Hälfte an der Bruttolohn- und der allgemeinen Preisentwicklung orientiert (BMGS 2003: 193). Angesichts der tatsächlichen Kostenstruktur von Pflegeeinrichtungen wäre eine (nominale) Leistungsdynamisierung gemäß Formel (1)

$$\text{Leistungsdynamisierung}_{\text{nominal}} = \frac{2}{3} \cdot \text{Nominallohnsteigerung} + \frac{1}{3} \cdot \text{Inflationsrate} \quad (1)$$

sachgerecht. Hier geht die Steigerung der nominalen Bruttolöhne und –gehälter entsprechend der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtungen mit zwei Dritteln, die allgemeine Preissteigerung hingegen nur mit einem Drittel ein. Bei realer (also inflationsbereinigter) Betrachtung ergibt sich hieraus die Formel (2):

$$\text{Leistungsdynamisierung}_{\text{real}} = \frac{2}{3} \cdot \text{Reallohnsteigerung} \quad (2).$$

Kritisch an der derzeitigen Fassung des § 30 SGB XI ist aber nicht nur die Höhe der Anpassung, sondern auch, dass nur alle drei Jahre „geprüft“ werden soll, ob eine Leistungsanpassung notwendig ist und ob diese hinsichtlich der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ möglich ist. Hier werden beitragsfinanzierte Versicherungsleistungen unter einen nicht systemgerechten Finanzierungsvorbehalt gestellt und es wird einer „Finanzierung nach Kassenlage“ Tür und Tor geöffnet. Um das Vertrauen in das Versicherungssystem zu gewährleisten, ist es stattdessen notwendig, die Leistungsdynamisierung *regelmäßig* – am besten jährlich – und *regelgebunden* vorzunehmen – auch dies eine Forderung, die schon seit vielen Jahren gestellt und begründet wird (Rothgang 1997; BMGS 2003: 193).

3. Leistungsverbesserungen

Neben den Regelungen zur Leistungsdynamisierung, die keine Leistungsausweitung darstellen, sondern nur ansonsten drohenden realen Leistungskürzungen entgegenzutreten sollen, enthält der Gesetzentwurf auch einige echte Leistungsverbesserungen. Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass einige dieser Leistungsverbesserungen in Hinblick auf die im Zweiten Pflegestärkungsgesetz geplante Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zwingend notwendig sind. So knüpfen Leistungen bzw. Vergütungszuschläge nach §§ 45b, 87b, 123 SGB XI derzeit an das Merkmal der „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“ gemäß § 45a SGB XI an, das nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessments (NBA) nicht mehr erhoben wird. Die Gewährung der Leistungen nach § 45b SGB XI und der Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI nunmehr für alle Pflegebedürftigen (Artikel 1 Ziffer 17c, 26b 5. SGB XI-ÄndG) ist daher zwingend, sollen diese Leistungen auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – wie etwa vom Beirat (2009b und 2012) gefordert – weiterhin gewährt werden.

Weitere Leistungsverbesserungen betreffen die Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungssowie der Tages- und Nachtpflege (Artikel 1 Ziffer 9, 11-12 5. SGB XI-ÄndG), die bestehende Rigiditäten auflösen, und die Förderung neuer Wohnformen sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Art. 1 Ziffer 10, 18 und 19 5. SGB XI-ÄndG). Diese Leistungsausweitungen sind mit vergleichsweise begrenzten Ausgaben verbunden und greifen Defizite auf, die seit langem diskutiert werden. Sie sind daher zu begrüßen. Sinnvoll ist auch die gleichfalls vorgesehene Flexibilisierung der Leistungen nach § 45b SGB XI (Artikel 1 Ziffer 17, 18 5. SGB XI-ÄndG).

Die ebenfalls in der Fachdiskussion geforderte stärkere Einbindung der Kommunen in die Gestaltung der Pflegeinfrastruktur, die Schaffung von Case und Care Management sowie die Förderung von Pflege im Quartier (Engelmann et al. 2013; Hoberg et al. 2013), konnte dagegen im vorliegenden Gesetzentwurf nicht gewährleistet werden. Hier verbleibt noch Regelungsbedarf für die zweite Reformstufe.

II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion „DIE LINKE“ (BT-Drucksache 18/1953)

In Ihrem Antrag stellt die Fraktion „DIE LINKE“ vier Forderungen auf. Auf zwei davon soll nachstehend eingegangen werden:

- die Anhebung und Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung und
- die „gerechte und stabile Finanzierung“

1. Anhebung und Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung

Auf die Notwendigkeit einer regelgebundenen Leistungsdynamisierung und die dazu zu verwendende Formel ist bereits vorstehend eingegangen worden. Eine solche regelmäßige Leistungsanpassung ist zentral, soll die Soziale Pflegeversicherung in Zukunft einen substanziellen Beitrag zur Pflegesicherung leisten (Rothgang/Jacobs 2011). Ebenfalls wurde bereits auf den Realwertverlust und die hohen Selbstbeteiligungsquoten hingewiesen. Eine Anhebung der Leistungssätze um 25 % würde am Prinzip der „Teilkaskoversicherung“ nichts ändern, sondern lediglich in etwa den Wert der Hauptversicherungsleistungen bei Einführung der Pflegeversicherung wiederherstellen. Sie erscheint vor diesem Hintergrund durchaus sachgerecht, generiert aber einen erheblichen zusätzlichen Finanzierungsbedarf, dessen Befriedigung insbesondere dann möglich ist, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage erweitert wird (s.u.).

Nicht zu Ende gedacht ist dagegen die Idee, die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung zu entwickeln – wie es von der Partei DIE LINKE (2013: 23) auch in ihrem Wahlprogramm gefordert wurde. Erstens dürfte die Realisierung erheblich teurer werden, als in einem Gutachten berechnet, in dem rein Status quo-orientiert jegliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten ausgeblendet wurden (Lüngen 2012). So könnte eine Vollversicherung der stationären Pflege zu einem deutlichen Anstieg der Heimquote führen. Zweitens ist noch vollkommen unklar, wie das Konzept einer Vollversicherung im Bereich der informellen Pflege ausgestaltet werden kann. Drittens wird dieser Vorschlag den Gefahren von Moral Hazard sowie angebotsinduzierter Leistungsanspruchnahme nicht gerecht – insbesondere wenn die Pflegeversicherung angesichts der Schwierigkeiten, eine Vollversicherung bei familialer Pflege zu definieren, zwar in der formellen, nicht aber in der

informellen Pflege zur Vollversicherung würde. Sowohl die Leistungsanspruchnahme (Entscheidungen über Pflegearrangements mit formeller/professioneller sowie ambulanter/stationärer Pflege) als auch der Pflegemarkt würden grundlegend neue Steuerungsstrukturen erfordern, um die Pflegeversicherung vor finanzieller Überforderung zu schützen, da die derzeitige Wettbewerbskonzeption darauf beruht, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen über das Pflegearrangement entscheiden und dabei – angesichts der erheblichen Selbstbeteiligung – die Kostenaspekte mit berücksichtigen. Dieses Defizit wird von Lungen (2012: 59) auch konstatiert, der diese Problematik in seinem Gutachten – auftragsgemäß – aber nur am Rande thematisiert und feststellt, dass hinsichtlich der dann notwendigen neuen Steuerungskonzeptionen „Forschungsbedarf“ bestehe.

Deshalb scheint es richtig, zwar an der Idee der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung grundsätzlich festzuhalten, das Leistungsniveau aber anzuheben. Zwischen dem heutigen Eigenanteil in einer Größenordnung von rund 50 Prozent (s.o.) – und einer vollständigen Abdeckung besteht noch „viel Luft“, die es durch eine substanzielle Leistungserhöhung zum Ausgleich der seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgten Wertverluste sowie ausreichende Dynamisierungen im weiteren Zeitverlauf merklich zu vermindern gilt.

2. Gerechte und stabile Finanzierung

Unter dieser Überschrift angesprochen ist zum einen der *Vorsorgefonds*, auf den bereits vorstehend eingegangen wurde, sowie die steuerliche geförderte zusätzliche private Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“) und die Schaffung einer integrierten Pflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung („Bürgerversicherung“). Hinsichtlich des *Pflege-Bahr* sei auf meine Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zur Bundestags-Drucksache 18/8591 „Deckungslücken der Sozialen Pflegeversicherung schließen und die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherungen – sogenannter Pflege-Bahr – abschaffen“, gleichfalls am 24. September 2014, verwiesen.

Die Einführung einer *Pflege-Bürgerversicherung*, d.h. einer integrierten Versicherung für die gesamte Bevölkerung bei Verbeitragung aller Einkommensarten würde das Problem der strukturellen Einnahmeschwäche in der Sozialen Pflegeversicherung lösen, das darin besteht, dass die Grundlohnsumme seit vielen Jahren langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (vgl. z.B.: Rothgang/Götze 2013), einen merklichen fiskalischen Effekt bewirken (Rothgang et al. 2011) und be-

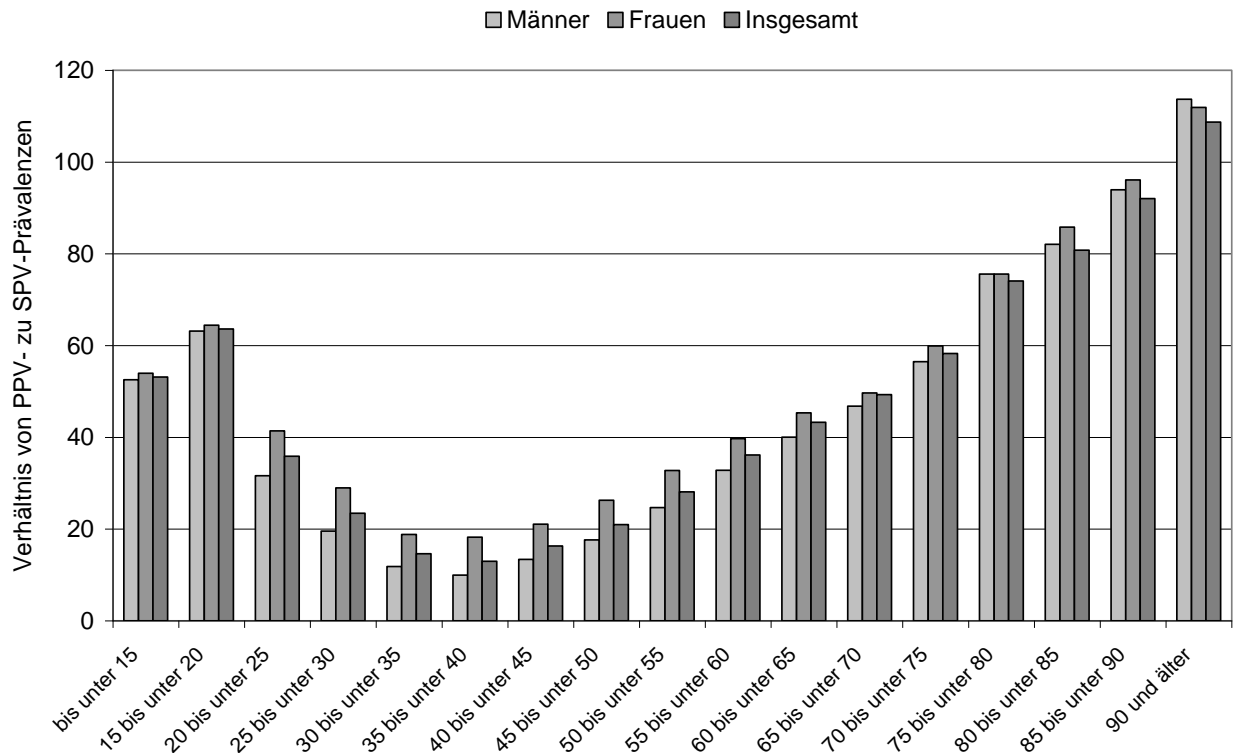
stehende *Ungerechtigkeiten* beheben, die aus dem Nebeneinander von Sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung bestehen. Letzteres soll nachstehend noch einmal dargestellt werden.

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz wurde 1994 eine „Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige“ (Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 103, 197, 224) geschaffen, bei der die Bevölkerung jeweils entweder der Sozialen Pflegeversicherung oder der Privaten Pflegepflichtversicherung zugewiesen wird. Wahlfreiheit hat nur ein verschwindend kleiner Bevölkerungsteil. Rund 85 % der Bevölkerung sind in der Sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Auch die Beamten haben de facto keine Wahl, da es in der Sozialen Pflegeversicherung keine Teilleistungstarife gibt, sie aber auch nicht auf ihren Beihilfeanspruch zugunsten eines Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung verzichten können und die Sozialversicherungsbeiträge daher prohibitiv sind. Wer gesundheitliche Einschränkungen hat, wird de facto ebenfalls auf die Sozialversicherung verwiesen. Gleiches gilt bei Personen mit großen Familien. Wirkliche Wahlfreiheit haben daher nur wenige. Aus diesem Grund verbietet es sich auch von einem „Systemwettbewerb“ zu sprechen, da Private und Soziale Pflegeversicherung eben nur um einen sehr kleinen Teil der Versicherten konkurrieren und die Möglichkeit, sich seinen Anbieter / sein System auszusuchen, Kernelement jeden Wettbewerbskonzeptes ist (Rothgang/Jacobs 2013).

Diese Zuweisung zu einem der beiden Systeme ist insofern unter Gerechtigkeitsgesichtspunkte problematisch, als damit *erhebliche Selektionseffekte* verbunden sind:

1. Zunächst sind Privatversicherte deutlich *einkommensstärker*. Das nach den Regeln der Sozialversicherung bestimmte beitragspflichtige Einkommen wäre bei den Privatversicherten um 60 % höher als bei den Sozialversicherten (Leinert 2006; Arnold & Rothgang 2010: 78).
2. Zweitens liegen die *altersspezifischen Prävalenzen* der Privaten Pflegepflichtversicherung – insbesondere aufgrund der aktiven gesundheitsbezogenen Risikoselektion bei Abschluss einer Privaten Pflegepflichtversicherung – in allen Altersklassen außer der höchsten tatsächlich deutlich unter denen in der Sozialversicherung (Abbildung 4).

Abbildung 4: Pflegeprävalenzen der Privaten Pflegepflichtversicherung im Verhältnis zu denen der Sozialen Pflegeversicherung (alle Pflegestufen) für das Jahr 2008



Um das Ausmaß dieses Effektes abzuschätzen, wurden einige hypothetischen Modellrechnungen durchgeführt, deren Ergebnis in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** abgelesen werden kann:

- Hätten die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) die altersspezifischen Prävalenzen, die die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) aufweisen, läge die Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nicht bei rd. 2,1 Millionen, sondern nur bei rd. 1,5 Millionen, also mehr als ein Viertel niedriger.
- Umgekehrt läge die Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung bei 214. Tsd. und nicht bei 142 Tsd., also um die Hälfte höher, hätten die Privatversicherten die altersspezifischen Prävalenzen, die in der SPV vorliegen.
- Da sich die Bestandsbevölkerung der Sozialen- bzw. der Privaten Pflegeversicherung deutlich unterscheiden, werden die SPV- und PPV-Prävalenzen zusätzlich auf die Bestandsbe-

völkerung in Deutschland im Jahr 2008 angewendet. Wird die Altersstruktur der deutschen Wohnbevölkerung zugrunde gelegt, liegt die resultierende Pflegebedürftigenzahl um rund ein Drittel niedriger, wenn die PPV-Prävalenzen und nicht die SPV-Prävalenzen zugrunde gelegt werden.

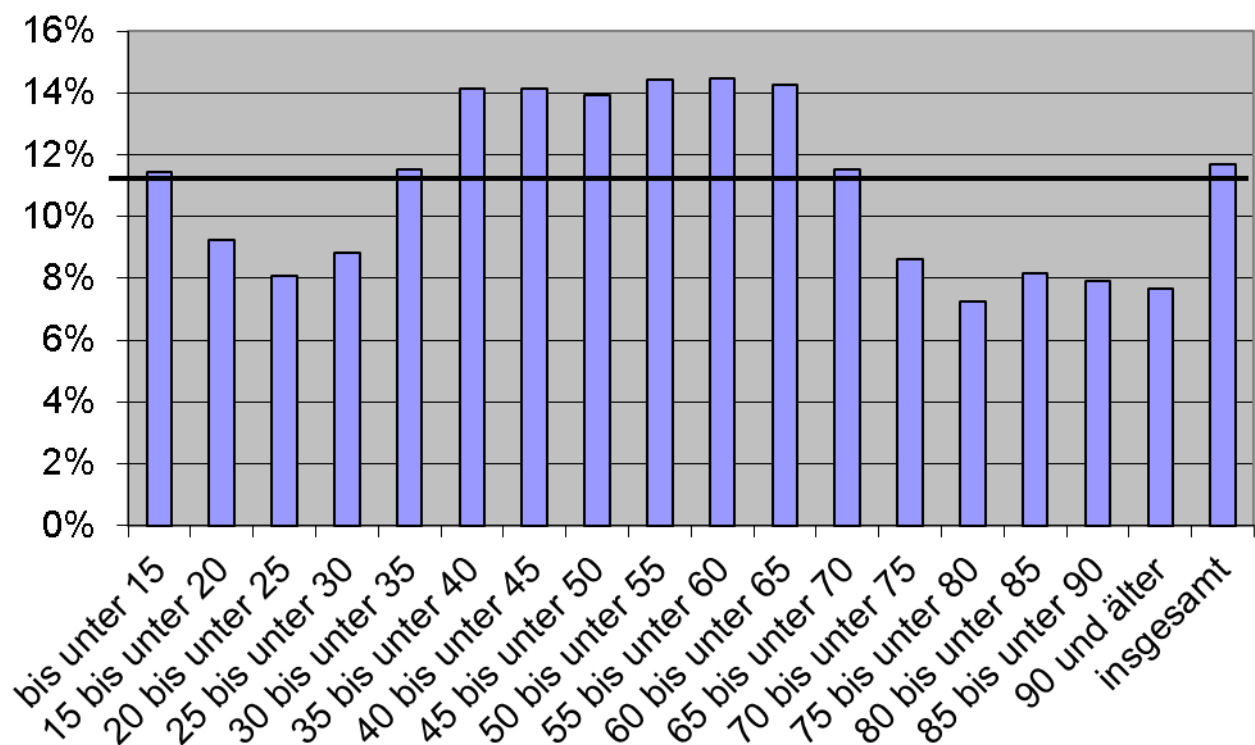
Der Effekt der unterschiedlichen altersspezifischen Prävalenzen ist damit sehr beachtlich.

Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Alters- und Prävalenzstruktur 2008

Altersstruktur	Verwendete Prävalenzen		Veränderung bei jeweils anderer Prävalenzstruktur
	SPV	PPV	
Soziale Pflegeversicherung	2.113.485	1.525.076	-27,8 %
Private Pflegepflichtversicherung	214.145	142.060	+50,7 %
BRD	2.139.428	1.453.732	-32,1 %

Quelle: Rothgang et al. 2013: 53.

Abbildung 5: Anteil der Privatpflegepflichtversicherten an allen Pflegeversicherten nach Alter im Jahr 2008



Quelle: Jacobs/Rothgang 2011:

3. Zudem begünstigt die *altersstrukturelle Zusammensetzung* der Versicherten der PPV zusätzlich die Risikostruktur der PPV, da die Versicherten im pflegerelevanten Alter deutlich unterrepräsentiert sind (Abbildung 5)

Die kumulierten Effekte der unterschiedlichen Prävalenz- und Altersstruktur führen dazu, dass die *jährlichen Ausgaben pro Versichertem* für 2011 in der Sozialen Pflegeversicherung – bei gleichen Leistungen und gleichen Begutachtungskriterien – mit einem Wert von 300 Euro daher viermal so hoch liegen wie in der Privaten Pflegepflichtversicherung, die für 2011 Leistungsausgaben in Höhe von 75 Euro pro Versichertem und Jahr aufweist (Rothgang et al. 2013: 55). Allerdings ist knapp die Hälfte der PPV-Versicherten beihilfeberechtigt. Wird daher unterstellt, dass die PPV nur für die Hälfte der Versicherten die vollen Leistungen übernimmt und für die andere Hälfte nur die Hälfte der Ausgaben, so ergeben sich Beihilfeaufwendungen in Höhe von 25 Euro pro Versichertem und Jahr, die noch hinzuzuzählen sind. Selbst dann sind die Leistungsausgaben pro SPV-Versichertem aber immer noch dreimal so hoch wie die pro PPV-Versichertem. Würden die Privatversicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der SPV betreiben, läge der Beitragssatz demnach nur bei 20 % des Beitragssatzes in der Sozialversicherung, weil sich dann die Risikoselektionen in Bezug auf Einkommen und Morbidität ergänzen.

Vor dem Hintergrund dessen, dass die Pflegeversicherung als „Volksversicherung in Gestalt von zwei Versicherungszweigen“ anzusehen ist (s. o.), ist es normativ nicht zu rechtfertigen, dass beide Zweigen nur innerhalb ihres jeweiligen Versicherungskollektivs solidarisch sind, nicht aber zwischen diesen Kollektiven. Es kommt so zu einer nicht legitimierbaren Benachteiligung der Sozialversicherten. Ein Ziel der nächsten Pflegereform sollte daher der Ausgleich der ungleich verteilten Risiken zwischen beiden Versicherungszweigen sein, der am leichtesten in Form einer *integrierten Pflegeversicherung* zu realisieren wäre, die die gesamte Bevölkerung umfasst. Sollte sich dies nicht realisieren lassen, weil der politische Wille dazu fehlt, könnten die Folgen der Risikoselektion durch Schaffung eines *Finanzausgleichs zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung* ausgeglichen werden wie er schon einmal, nämlich 2005, im Koalitionsvertrag der damaligen Großen Koalition vorgesehen war, der hierzu ausführte: „Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird eine Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt.“ (CDU, CSU und SPD 2005: 108).

Literatur

- Arnold, Robert / Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, Dirk / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Wasem, Jürgen (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65-94
- Baumol, William J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review* 57, 415-426.
- Baumol, William J. / Oates, Wallace E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review* 1, 44-54.
- Beirat [= Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs] (2009a): Bericht des Beirats. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit;
http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf
- Beirat [= Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsberichts.
http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Umsetzungsbericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf
- Beirat [= Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs] (2013): Bericht des Expertenbeirats
https://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/130627_Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf.
- BMGS (=Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin: Eigenverlag.
- CDU/CSU/SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005; www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf.
- CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode.
<https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>.
- DIE LINKE (2013): Wahlprogramm der Partei DIE LINKE zur Bundestagswahl 2013;
www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2013/bundestagswahlprogramm/bundestagswahlprogramm2013_langfassung.pdf
- Engelmann, Dirk / Gohde, Jürgen / Künzel, Gerd / Schmidt, Severin (Redaktionsgruppe) (2013): Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

- Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2011): Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*: Heft 3, 14 – 22.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2014): Pferdefuß bei Pflegefonds, in: *G+G*, 17. Jg, Heft 6: 26-29.
- Leinert, Johannes (2006): Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Jacobs, Klaus / Klauber, Jürgen / Leinert, Johannes (Hrsg.): *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung*, Bonn: WIdO, 31-48.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag von ver.di. http://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten_Pflegeversicherung.pdf
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. *Schriften des Zentrums für Sozialpolitik*, Band 7. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, Heinz (2008): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drs. 16/7439) anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. Januar 2008. Bundestags-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu)
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Damkröger, Annika / Sauer, Sebastian (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik für die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. <http://www.zes.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/publikationen/?publ=13&page=2>.
- Rothgang, Heinz / Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.
- Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, Heft 4: 9-19.
- Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013): Solidarität und Wettbewerb in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, in: *Public Health Forum*, Vol 21, Issue 4: 2-3. DOI 10.1016/j.phf.2013.09.012.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Mundhenk, Rebecca (2014): Berechnungen zu den Finanzwirkungen einer großen Pflegereform gemäß den Vorschlägen des Sozialverbandes VdK Deutschland. Gutachten im Auftrag des Sozialverbandes VdK Deutschland. Bremen: ZeS.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2012b): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung

- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2013): BARMER GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Rainer Unger / Weiß, Christian / Wolter, Annika (2012a): BARMER GEK-Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Vogler, Anke (1998): Was soll mit den Pflegeversicherungsüberschüssen geschehen? In: Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 78. Jg., Heft 3: 157-163.