

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5

Raum 3.4250

28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 58557

eMail rothgang@uni-bremen.dewww www.socium.uni-bremen.de**Sekretariat:**

Silke Birkenstock

Telefon (0421) 218 - 58596

Fax (0421) 218 - 58623

eMail sbn@uni-bremen.dewww.socium.uni-bremen.de

24.9.2025

Stellungnahme

Antrag der Fraktion DIE LINKE

„Leistungskürzungen und Beitragsexplosion in Gesundheit und Pflege
verhindern – Jetzt gerechte Finanzierung einführen
BT-Drucksache 21/344

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 24. September 2025

1 Ausgangslage

Wie in der hier gegenständlichen Beschlussvorlage zutreffend beschrieben, stehen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) vor schwerwiegenden Finanzproblemen. Beiden Systemen drohen Defizite, die mittelfristig zu weiteren Beitragssatzsteigerungen führen, wenn keine anderen Maßnahmen ergriffen werden. Allerdings wurden die Beitragssätze in beiden Systemen bereits in diesem Jahr angehoben und insbesondere in der SPV ist in den letzten 10 Jahren eine Kaskade an Beitragssatzsteigerungen zu beobachten. Um weitere Beitragssatzsteigerungen zu verhindern, kann an der Ausgaben- und/oder der Einnahmeseite angesetzt werden.

Gemessen am Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) hat Deutschland eines der teuersten *Gesundheitssysteme* der Welt. Lediglich die USA weisen einen deutlich höheren Ausgabenanteil auf. In Bezug auf einschlägige Ergebnisindikatoren finden sich Deutschland im OECD-Länder-Vergleich dagegen nur im Mittelfeld wieder. Das deutsche Gesundheitssystem erweist sich damit als vergleichsweise ineffizient. Es ist also nicht in Abrede zu stellen, dass Reformmaßnahmen (auch) auf der Leistungsseite notwendig sind. Die diesbezüglichen Probleme (Fragmentierung und Versäulung des Systems, fehlende automatisierte Behandlungsketten von ambulante, stationären und rehabilitativen Einrichtungen, Doppeluntersuchungen, Über-, Unter- und Fehlversorgung, fehlende Präventionsorientierung, etc.) sind hinlänglich bekannt. Allerdings sind Verbesserungen im Versorgungssystem nicht kurzfristig möglich. Zudem können sie zwar die Effizienz erhöhen, führen dabei aber nicht zwingend zu Ausgabensenkungen. Fraglos muss daher auch an der Finanzierungsseite angesetzt werden.

In der *Langzeitpflege* stellt sich die Situation anders dar. Bei den Ausgaben für Langzeitpflege als Anteil des BIP liegt Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern keineswegs an der Spitze (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege am BIP

Rang	Land	Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege am BIP
1	Norwegen	2,9
2	Schweden	2,7
3	Niederlande	2,7
4	Belgien	2,3
5	Dänemark	2,0
6	Japan	1,8
7	Schweiz	1,7
8	Deutschland	1,6

Quelle: Viero und Fischer 2025

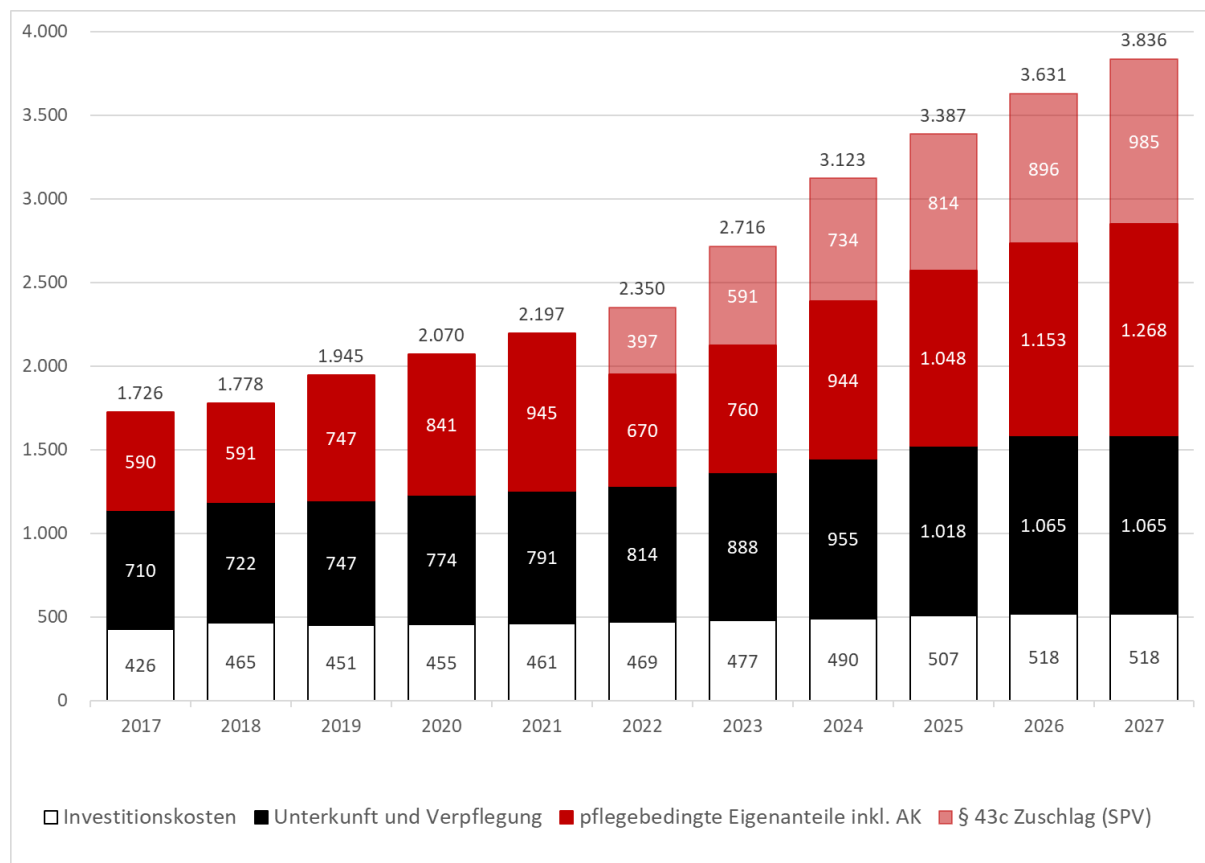
Vielmehr hat die fehlende bzw. verzögerte Anpassung der Leistungshöhen dazu geführt, dass der reale Wert der SPV-Leistungen heute niedriger ist als jemals zuvor seit Einführung der Pflegeversicherung. Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung der Eigenanteile in der Heimpflege.

Die Pflegeversicherung ist 1994 eingeführt worden um pflegebedingte Verarmung zu vermeiden: „wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.“ (PflegeVG-E, S. 2). Um dies zu erreichen, sollten Pflegebedürftigen bei Heimpflege zwar die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zahlen und – so sie nicht von der öffentlichen Hand gefördert sind – die Investitionskosten, nicht aber die pflegebedingten Kosten. In der Gesetzesbegründung zur Pflege-Versicherungsgesetz heißt es daher: „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.“ (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 115). Das Teilleistungskonzept der Pflegeversicherung bezieht sich daher in seiner ursprünglichen Form darauf, dass die Heimbewohnenden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen sollen, nicht aber die Pflegekosten, solange diese nicht überdurchschnittlich sind (vgl. Rothgang 2025). In ihrem 1. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung hat das seinerzeit zuständige Bundesarbeitsministerium dies 1997 noch einmal ausdrücklich klargestellt: „Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA: 1997: 8f.).

Von dieser Zielsetzung hat sich die Realität inzwischen weit entfernt (Abbildung 1). Die Leistungen der Pflegeversicherung nach §§ 43 und 43c SGB XI haben die durchschnittlichen pflegebedingten Aufwendungen nicht abgedeckt, sondern vielmehr eine durchschnittliche Lücke von heute monatlich mehr als 1.000 Euro gelassen. Zwar konnten die pflegebedingten Eigenanteile durch die Einführung der Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI im Jahr 2022 zwischenzeitlich gesenkt werden, aber schon 2023 wurden die Gesamteigenanteile von 2021 wieder erreicht. Dabei hat die Anpassung der Leistungen nach § 43 SGB XI zu Beginn dieses Jahres keinen merklichen Effekt. Vielmehr sind die monatlichen pflegebedingten Eigenanteile (vor Abzug der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI) dennoch um 184 Euro gestiegen. Der nach Berücksichtigung aller Leistungen der Pflegeversicherung zu zahlende Gesamteigenanteil lag Mitte 2025 bei 2.573 Euro und damit weit oberhalb der durchschnittlichen Alterseinkünfte, so dass die pflegebedingte Verarmung, die durch die Einführung der Pflegeversicherung verhindert werden sollte, heute regelmäßig droht.

In den Jahren 2026 und 2027 werden die Leistungen der Pflegeversicherung nicht angepasst, so dass sich die Situation weiter verschärfen wird. Gemäß der Vorausberechnung ist Mitte 2027 mit pflegebedingten Eigenanteilen (nach Abzug der Leistungen nach § 43c SGB XI) von 1.268 Euro und einem durchschnittlichen Gesamteigenanteil von 2.736 Euro zu rechnen.

Abbildung 1: Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile in der Heimpflege



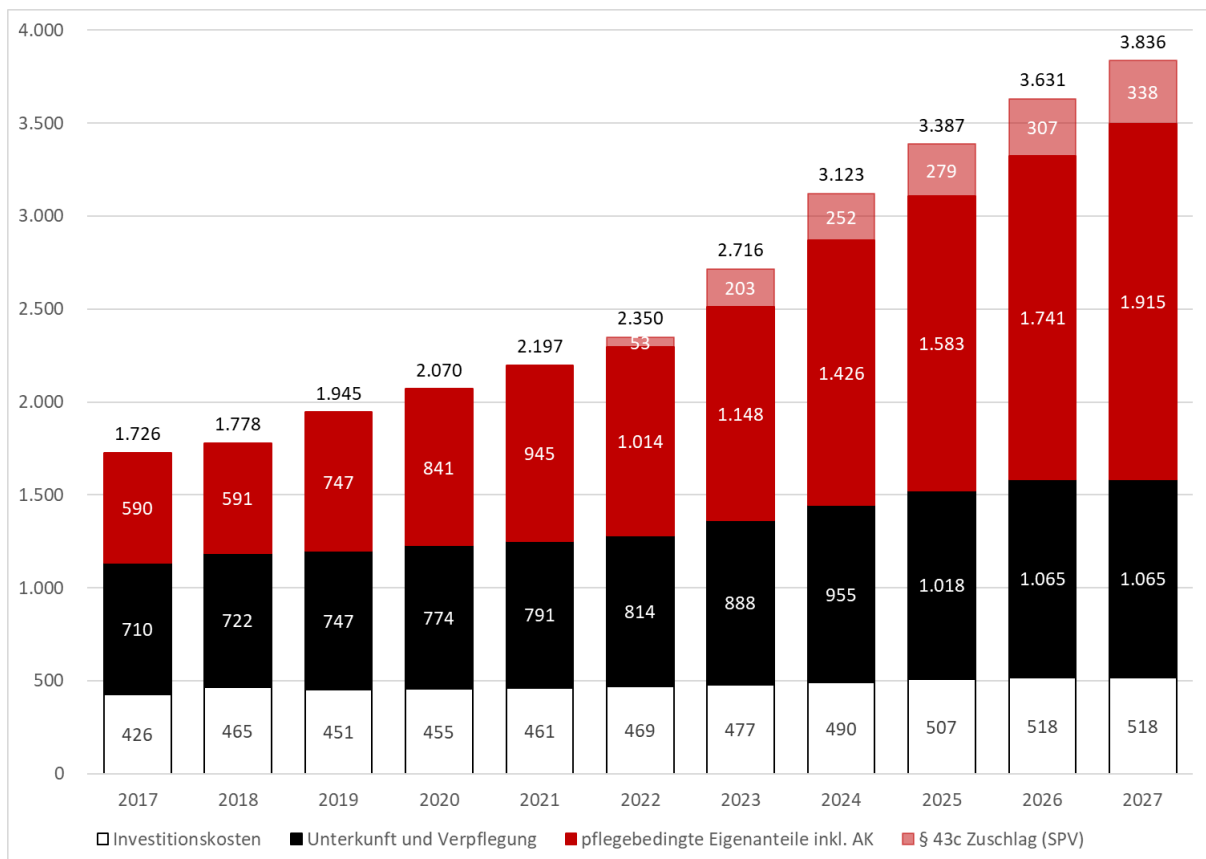
Anmerkung: Angegeben sind jeweils die Werte zum 1. Juli des Jahres. Die Höhe der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI hängt ab von der Dauer der bereits erfolgten stationären Pflege. Für die Durchschnittsberechnung wurden – gemäß Angaben des vdek – Anteilswert von 30,22 Prozent (Dauer bis zu einem Jahr), 19,22 Prozent (Dauer 1-2 Jahre), 14,12 Prozent (Dauer 2-3 Jahre) und 36,44 Prozent (Dauer 3 Jahre und länger) angesetzt. Zur Extrapolation der Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten wurde der geometrische Mittelwert der Steigerung für die Jahre 2017 bis 2025 zugrunde gelegt. Für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil wurde eine jährliche Steigerung von 10 Prozent angesetzt. Für die Jahre 2017 bis 2025 lag der durchschnittliche jährliche Anstieg bei 15,4 Prozent.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek veröffentlichten Daten zu den Eigenanteilen

Bei diesen Mittelwerten sind auch die Heimbewohnenden berücksichtigt, die schon länger Leistungen der vollstationären Pflege erhalten und bei denen die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI entsprechend hoch sind. Allerdings wird eine Überlebensdauer im Heim von drei Jahren, bei denen die maximalen Leistungszuschläge von 75 Prozent gewährt werden,

nur von der Minderheit einer Einzugskohorte erreicht. Noch aussagekräftiger ist daher die Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege, weil alle Heimbewohner diese Eigenanteile zumindest zu Beginn ihres Heimaufenthaltes aufbringen müssen. Im Jahr 2025 liegt der durchschnittliche Gesamteigenanteil für Heimbewohner im ersten Jahr ihres Heimaufenthalts bei rund 3.100 Euro und steigt bis 2027 auf rund 3.500 Euro an (Abbildung 2). Die Problematik steigender Eigenanteile, die eine klare Zielverfehlung der Pflegeversicherung markieren und zu entsprechenden Reaktionen in der Bevölkerung führen, hat sich im vergangenen Jahre also nicht abgeschwächt, sondern sogar verschärft und wird sich – ceteris paribus – in den Folgejahren noch weiter verschärfen.

Abbildung 2: Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege



Anmerkung: Annahmen zur Ausgabensteigerung wie in Abbildung 1, Durchschnittsberechnung nur für Pflegebedürftige im ersten Jahr der vollstationären Pflege.

In der Pflegeversicherung erscheinen weitere reale Leistungskürzungen daher als *keine* Option – insbesondere da die Leistungen bei der häuslichen Pflege ebenfalls real deutlich an Wert verloren haben (Rothgang & Müller 2023). Vielmehr muss insbesondere in der Pflegeversicherung verstärkt die *Einnahmeseite* in den Blick genommen werden.

Im Antrag der Fraktion DIE Linke sind diesbezüglich mehrere Maßnahmen vorgeschlagen worden, die jeweils doppelt begründet werden können – aus Gerechtigkeitserwägungen und in Hinblick auf ihre fiskalische Ergiebigkeit. Nachfolgend wird zunächst geprüft, welche normativen Argumente sich für diese Maßnahmen vorbringen lassen (Abschnitt 2). Anschließend werden die Beitragssatzeffekte dieser Maßnahmen untersucht (Abschnitt 3). Die Ausführungen zu den Beitragssatzeffekten beziehen sich dabei auf zwei eigene Gutachten aus den Jahren 2021 (Anlage 1) und 2025 (Anlage 2). Weitere Erläuterungen zu den bei der Modellierung verwendeten Daten und Methoden finden sich dort.

2 Normative Erwägungen

Vorgeschlagen werden im vorliegenden Antrag insbesondere eine Verbeitragung anderer Einkunftsarten, eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Finanzausgleich zwischen Sozial- und Privatversicherung als Schritt zur Schaffung einer integrierten Versicherung. Um diese Maßnahmen in Bezug auf Gerechtigkeitsüberlegungen normativ zu bewerten, werden zunächst Gerechtigkeitsmaßstäbe benötigt. Diese liegen in den aus dem Einkommenssteuerrecht stammenden Prinzipien der horizontalen (Abschnitt 2.1) und vertikalen (Abschnitt 2.2) Gerechtigkeit sowie dem Gleichheitsgrundsatz (Abschnitt 2.3) der für die Bewertung des dualen Versicherungssystems herangezogen werden kann. Letzterer lässt sich besonders gut bei der Pflegeversicherung formulieren, da das Bundesverfassungsgericht hierzu in seiner Rechtsprechung die normativen Maßstäbe klar benannt hat.

2.1 Horizontale Gerechtigkeit

Horizontale Gerechtigkeit ist gegeben, wenn Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit im gleichen Umfang mit Abgaben belastet werden.¹ Gegen dieses Prinzip wird in der gesetzlichen Krankenversicherung offensichtlich dadurch verstoßen, da bei Pflichtversicherten² nur bestimmte Einkunftsarten³ beitragspflichtig sind. Der offensichtlichste Verstoß gegen

¹ Unterschiede die auf zwischen den Kassen differenzierte Beitragssätze zurückzuführen sind, können dabei unberücksichtigt bleiben, da sie auf der freien Wahl einer Krankenkasse beruhen und nicht Folge ungleicher gesetzlicher Rahmenbedingungen sind.

² Bei freiwillig Versicherten wird bereits auf die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit abgestellt.

³ Beiträge werden in Abhängigkeit von den beitragspflichtigen „Einnahmen“ gezahlt. Werden von diesen die Werbungskosten abgezogen, ergeben sich die „Einkünfte“, auf die im Einkommenssteuerrecht abgestellt wird. Das Einkommen ist dann die Gesamtsumme der Einkünfte abzüglich Sonderausgaben, außergewöhnlicher Belastungen und Verlustabzug.

das Postulat horizontaler Gerechtigkeit liegt nun darin, dass bei der Ermittlung des Beitrags nur bestimmte Einkunftsarten berücksichtigt werden. Im Einkommensteuerrecht werden sieben Einkunftsarten unterschieden (§ 2 EStG):

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb
3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit
4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
7. Sonstige Einkünfte.

Beitragspflichtig in der GKV sind für Pflichtversicherte aber nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten und Arbeitslosengeld), die unter „sonstige Einkünfte“ fallen. Dagegen werden die Einkunftsarten 1 bis 3 sowie 5 und 6 *nicht* berücksichtigt. Dies ist ein offensichtlicher Verstoß gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung, da der Ursprung der Einkünfte über die Verbeitragung entscheidet und die Einnahmen aus unterschiedlichen Einkunftsarten dabei ungleich behandelt werden.

Die horizontale Gerechtigkeit kann daher gesteigert werden, wenn *alle* Einkünfte gleichermaßen beitragspflichtig werden.

2.2 Vertikale Gerechtigkeit

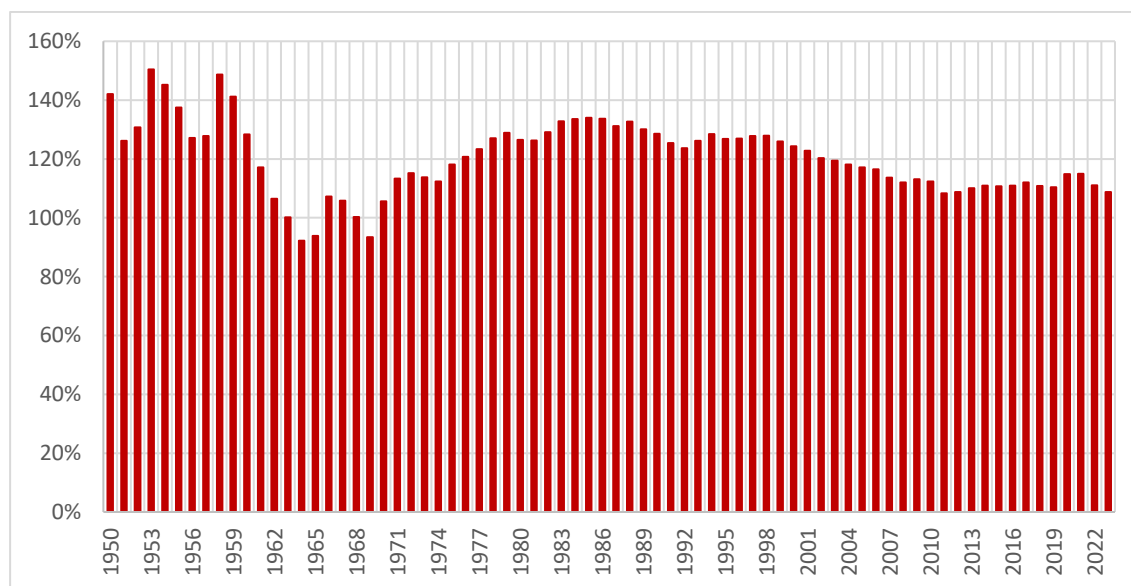
Vertikale Gerechtigkeit fordert, dass einkommensstärkere Personen stärker mit Beiträgen belastet werden als einkommensschwächere. In der Einkommenssteuer wird diesem Grundsatz durch den progressiven Steuertarif in besonderem Maße Genüge getan, aber auch bei einem einkommensproportionalem Tarif ist die vertikale Gerechtigkeit im genannten Sinne grundsätzlich gegeben. Einen eklatanten Bruch mit der vertikalen Steuergerechtigkeit stellt dagegen die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze dar. Einnahmen oberhalb dieser Grenze werden nicht verbeitragt, so dass Personen mit Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht höher belastet werden als Personen mit Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze – obwohl sie über eine höhere ökonomische Leistungsfähigkeit verfügen.

Die offensichtliche Lösung dieses Gerechtigkeitsdefizits wäre die *Abschaffung* der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Da Personen mit sehr hohen Einnahmen dann deutlich höher belastet würden und Anreize hätten, die Sozialversicherung zu verlassen, ist das nur denkbar

bei gleichzeitiger Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bzw. der Ausweitung der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung auf die gesamte Bevölkerung. Selbst dann stellt sich aber die Frage, ob dies noch rechtskonform ist. Die GKV und SPV als Sozialversicherungen enthalten zwar Umverteilungselement, gleichzeitig werden diese aber durch das Versicherungsprinzip der Sozialversicherung begrenzt. Insofern bestehen nachvollziehbare Bedenken, ob eine *Aufhebung* der Beitragsbemessungsgrenze (verfassungs)rechtskonform ist.

Anders ist das bei der *Anhebung* der Beitragsbemessungsgrenze. Die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze war in der Vergangenheit durchaus erheblichen Schwankungen unterworfen. Abbildung 3 zeigt, wie sich ihre Höhe in Relation zum durchschnittlichen Bruttoverdienst vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entwickelt hat.

Abbildung 3: Beitragsbemessungsgrenze in Relation zum durchschnittlichen Bruttoverdienst vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmender (bis 1990 in Westdeutschland)



Anmerkung: Bis 1990 beziehen sich die Werte auf Westdeutschland, danach auf Gesamtdeutschland.

Quelle: eigene Berechnungen.

Wie die Abbildung zeigt, lag die Beitragsbemessungsgrenze 1953 bei 150 % des Durchschnittsverdienstes und 1958 bei 149 % dieses Wertes. Würde die Beitragsbemessungsgrenze nun etwa auf das Niveau der Rentenversicherung (West) angehoben, läge sie bei 159 % des durchschnittlichen Bruttoverdienstes und damit – im Vergleich zum Durchschnittsverdienst – nur geringfügig höher als in den 1950er Jahren. Angesichts des großen Spielraums, den das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Sozialversicherung

regelmäßig zubilligt, sind rechtliche Bedenken gegen eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze daher deutlich weniger überzeugend.

2.3 Gleichbehandlung im dualen Versicherungssystem

Das Bundesverfassungsgerichts hat in seinem Urteil aus dem Jahr 2001 ausgeführt, dass der Gesetzgeber die „Pflegevolksversicherung“ zwar in zwei Zweigen einführen durfte, der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung, dies allerdings nur unter der Maßgabe einer „ausgeglichenen Lastenverteilung“ (BVerfG 2001). Von einer solchen ausgeglichenen Situation kann – bei gleichem Leistungsrecht beider Versicherungszweige – nur dann ausgegangen werden, wenn diese entweder a) in ihrer Risikostruktur (Pflegerisiko) und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Einkünfte) als strukturgleich betrachtet werden können oder b) die Unterschiede in Risikostruktur und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit durch einen entsprechenden finanziellen Transfer ausgeglichen werden.

Tatsächlich ist beides aber nicht gegeben. Privatversicherte haben eine günstigere Alters-, Geschlechter- und Risikostruktur (s. Rothgang & Domhoff 2019: 14-18 für Details). 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 2).

Tabelle 2: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven in den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung im Jahr 2022/3

	(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 (2023)	56,910	74,3	766	-
PPV (2022)	2,430	9,1	266	2,9
PPV zuzüglich Beihilfe	3,644	9,1	399	1,9

Anmerkung: Rund die Hälfte aller Privatversicherten hat 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 $0,5 \times 1 + 0,5 \times 1/3 = 2/3$ 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 2025b; PKV-Verband 2024.

Sie liegen in der SPV um den Faktor 2,9 höher als in der PPV, und auch unter Einbezug der durch Beihilfe zusätzlich getragenen Leistungsausgaben verbleibt ein Unterschied, der sich mit dem Faktor 1,9 beziffern lässt. Die kumulierten Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Versichertenkollektive führen somit dazu, dass die Leistungsausgaben in der SPV pro versicherte Person annähernd doppelt so hoch sind wie in der PPV – und zwar bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsregeln.

In Bezug auf die *wirtschaftliche Leistungsfähigkeit* weisen die Privatversicherten im Durchschnitt ein fast doppelt so hohes Einkommen auf wie die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (Rothgang & Domhoff 2025: 20). Werden nur die sozialversicherungspflichtigen Einkommen berücksichtigt, liegt das Einkommen der Privatversicherte immer noch um die Hälfte (bei derzeitiger BBG) bzw. gut 60 % (bei BBG in Höhe der BBG der Rentenversicherung) höher als das der Sozialversicherten. Würden die Privatversicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der entsprechende Beitragssatz daher nur bei rund einem Drittel des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung. Von der vom Bundesverfassungsgericht geforderten „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann also nicht die Rede sein. Vielmehr zeigt sich hier aus Gerechtigkeitsüberlegungen ein deutlicher und dringender Reformbedarf.

3 Finanzielle Effekte der Maßnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung

Nachfolgend wird auf die finanziellen Effekte einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die Verbeitragung weitere Einkunftsarten und einen Finanzausgleich zwischen Sozial- und Privatversicherten zunächst in der Kranken- und dann in der Pflegeversicherung eingegangen. Die Ausführungen beziehen sich dabei auf das eigene Gutachten aus den Jahren 2021 (Anlage 1). Berechnet wurde jeweils, welche Effekte die Maßnahmen auf den ausgabendeckenden Beitragssatz haben.

Tabelle 2 zeigt die Effekte ausgedrückt in Beitragssatzpunkten für die Kranken- und Pflegeversicherung. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung kombiniert mit einer Verbeitragung aller Einkunftsarten und einem Finanzausgleich zwischen Sozial und Privatversicherung würde demnach zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes von 3,1 Beitragssatzpunkten in der Kranken- und von 0,56 Beitragssatzpunkten in der Pflegeversicherung führen. Die finanziellen Auswirkungen dieser

Maßnahmen sind somit beachtlich. Der Effekt wäre sogar noch größer, wenn die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben würde. Allerdings stellt sich die (verfassungs)rechtliche Frage, ob dies im Rahmen einer Sozialversicherung möglich ist, die als Versicherung auch dem Äquivalenzprinzip verpflichtet ist. Auch die Effekte einzelne Maßnahmen sind durchaus beachtlich.

**Tabelle 2: Beitragssatzeffekte in Kranken- und Pflegeversicherung
(in Beitragssatzpunkten)**

Maßnahme	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung	-0,8	-0,11
Aufhebung der BBG	-1,3	-0,18
Verbeitragung aller Einkunftsarten	-1,5	-0,19
Finanzausgleich zwischen Sozial- und Privatversicherten	-0,9	-0,28
Kombination aller Maßnahmen bei Anhebung der BBG	-3,1	-0,56
Kombination aller Maßnahmen bei Aufhebung der BBG	-3,8	-0,65

Quelle: Rothgang & Domhoff 2021

Die Ergebnisse dieser Berechnungen wurden für die Pflegeversicherung durch aktuelle Berechnungen bestätigt (Rothgang & Domhoff 2025). Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung, die Verbeitragung aller Einkunftsarten und ein umfassender Finanzausgleich mit der Privaten Pflegepflichtversicherung führt dieser Modellierung zufolge zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes sogar um 0,7 Beitragssatzpunkte. Der Effekt ist etwas höher, da auch der tatsächliche Beitragssatz im Status quo inzwischen höher ist. Die Berechnungen zeigen darüber hinaus, dass der Effekt auch langfristig, bei einer Vorausberechnung bis 2060, erhalten bleibt. Zwar „verschlechtert“ sich die Altersstruktur der der PPV-Versicherten stärker als die der SPV-Versicherten, aber immer noch bleiben die günstigere Geschlechter-, Morbiditäts- und Einkommensstrukturen bestehen, die den Effekt der Altersstrukturverschiebung überkompensieren. Im Jahr 2060 ist der absolute Beitragssatzeffekt daher stärker als im Einführungsjahr (Rothgang & Domhoff 2025).

4 Literatur

- BMA [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995;
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2025b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2023 [Dataset].
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten>.
- PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)], Bundestags-Drucksache 12/5617.
- PKV-Verband [= Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.] (2024). PKV Zahlenportal.
<https://www.pkv-zahlenportal.de/>.
- Rothgang, Heinz (2025): Mythen in der Pflegeversicherung, in: sozialpolitikblog des Deutschen Instituts für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung (DIFIS);
<https://www.difis.org/blog/?blog=165>.
- 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>.
- Viero, Davide / Fischer, Johanna (2025): Comparative Assessment of Long-term Care System Generosity: Mapping Benefits and Inclusiveness Internationally; SOCIUM and SFB 1342: WorkingPapers No. 31; <https://socialpolicydynamics.de/f/d49c313fa3.pdf>.

Anlage 1: Gutachten von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff aus dem Jahr 2021

Anlage 2: Gutachten von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff aus dem Jahr 2025

Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«

Gutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang und
Dominik Domhoff, Universität Bremen,
im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE



**BEITRAGSSATZEFFEKTE UND
VERTEILUNGSWIRKUNGEN DER
EINFÜHRUNG EINER „SOLIDARISCHEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEVERSICHERUNG“**

**Gutachten
im Auftrag der
Bundestagsfraktion DIE LINKE**

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

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Bürgerwohlsweg 103
28215 Bremen
Tel.: 01522 4295620
eMail: rothgang@uni-bremen.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Hintergrund	1
2. Modell einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“	3
3. Daten und Methoden	4
3.1. Datengrundlage	5
3.2. Methoden	7
3.2.1. Ausgabenseite.....	7
3.2.2. Beitragsbemessungsgrundlage	10
3.2.3. Berechnung der Beitragssätze.....	13
3.2.4. Modellkalibrierung.....	14
3.2.5. Verteilungswirkungen	16
3.3. <i>Untersuchte Modelle und Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“</i>	<i>18</i>
4. Ergebnisse.....	19
4.1. Beitragssatzeffekte	20
4.2. Verteilungswirkungen	25
5. Diskussion.....	35
6. Fazit	44
7. Literatur.....	46
8. Anhang: Ergebnisse der Beitragssatzberechnungen	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Berücksichtigte Versichertengruppen gemäß SOEP	5
Tabelle 2:	Durchschnittliche Summe der (jährlichen) beitragspflichtigen Einnahmen bei Variation der Beitragsbemessungsgrenze der beitragspflichtigen Einkommensarten und des versicherten Personenkreises für das Jahr 2018.....	6
Tabelle 3:	Berechnete Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 in Abhängigkeit vom Versichertenkreis basierend auf den SOEP-Daten und den GKV-Ausgabenprofilen 2018	9
Tabelle 4:	Ausgaben in der Pflegeversicherung im Jahr 2018	10
Tabelle 5:	Berücksichtigte Einkommensvariablen im SOEP	12
Tabelle 6:	Dezile des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens und Anteile der beitragszahlenden gesetzlich und privat Versicherten.....	17
Tabelle 7:	Untersuchte Variationen einer Sozialversicherung	19
Tabelle 8:	Beitragssatzeffekte einer solidarischen Gesundheitsversicherung bei unterschiedlicher Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)	20
Tabelle 9:	Beitragssatzeffekte einer solidarischen Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten).....	21
Tabelle 10:	Für die Berechnung der Globalparität berücksichtige Variationen	22
Tabelle 11:	Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Krankenversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in % des Ausgangswertes)	23
Tabelle 12:	Beitragssätze bei Beitragssatz- und Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten	24
Tabelle 13:	Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Pflegeversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in Prozent des Ausgangswertes).....	24
Tabelle 14:	Durchschnittliche jährliche Krankenversicherungsbeiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für die Gesamtbevölkerung.....	27
Tabelle 15:	Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für GKV-Versicherte	29
Tabelle 16:	Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für bislang PKV-Versicherte	31
Tabelle 17:	Durchschnittliche monatliche Beiträge und Differenzen zwischen Status quo und Modellen einer solidarischen Pflegeversicherung bei derzeit SPV-Versicherten.....	33
Tabelle 18:	Vergleich der Beitragssatzeffekte bisheriger Modellierungsstudien in der Krankenversicherung. Differenz zum Status quo in Prozentpunkten	37
Tabelle 19:	Beitragssätze bei Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten im Standardmodell und einer Variante	40
Tabelle 20:	Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Krankenversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes	41
Tabelle 21:	Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Pflegeversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für die Gesamtbevölkerung.....	25
Abbildung 2:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung.....	27
Abbildung 3:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für GKV-Mitglieder	28
Abbildung 4:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder	29
Abbildung 5:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für derzeit PKV-Versicherte.....	30
Abbildung 6:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Gesundheitsversicherung und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für derzeit PKV-Versicherte	30
Abbildung 7:	Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommen für bislang SPV-Versicherte.....	32
Abbildung 8:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Pflegeversicherung und dem Status quo nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für SPV-Mitglieder	33
Abbildung 9:	Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung.....	34
Abbildung 10:	Durchschnittliche jährliche Beiträge in einer solidarischen Pflegeversicherung nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens.....	35
Abbildung 11:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen Reformmodellen und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder	41

1. Einleitung und Hintergrund

Seit mehreren Dekaden wird die Finanzierung der Krankenversicherung als ungerecht kritisiert. Gerechtigkeitslücken beziehen sich dabei auf Verstöße gegen die horizontale und die vertikale Gerechtigkeit, sowohl innerhalb der Sozialversicherung, als auch im Verhältnis von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) (Greß & Rothgang 2009; Härpfer et al. 2009). In ihrer Nachhaltigkeit gefährdet wird die GKV-Finanzierung dabei nicht durch eine „Kostenexplosion“ (Reiners 2018), sondern aufgrund ihrer „strukturellen Einnamenschwäche“, der im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt deutlich zurückbleibende Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (Rothgang & Götze 2013; IAQ 2021). Die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vom 14. Dezember 2018 verkündete und zum 1. Januar 2019 erfolgte Rückkehr zur paritätischen Beitragstragung nicht nur des allgemeinen Beitragssatzes, sondern auch des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, stellt letztlich wieder den Rechtszustand vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 her, hat an den Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefiziten aber nicht geändert.

Eine Reformoption, die Einnahmeseite der GKV nachhaltig zu stärken und dabei gleichzeitig Gerechtigkeitsdefizite abzubauen, bietet dagegen das Konzept einer integrierten Versicherung, mit dem Definitionsmerkmal einer Erweiterung der personellen und sachlichen Bemessungsgrundlage (Rothgang & Götze 2013; Rothgang 2014), das in den beiden letzten Dekaden auch unter dem Begriff „Bürgerversicherung“ verhandelt wurde. Regelmäßig diskutierte Elemente sind hierbei die Ausdehnung des versicherungspflichtigen Personenkreises auch auf die derzeit in der PKV versicherten Personen, die Berücksichtigung aller Einkommensarten, insbesondere auch von Vermögenseinkommen, und die Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.¹

¹ Für einen „kurzen einführenden Überblick über einige ausgewählte Studien zum Thema Bürgerversicherung sowie zu möglichen Wirkungen einer entsprechenden Umgestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems“ verweist der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags in seiner Dokumentation (WD 9 - 3000 - 061/17) auf die Internetseiten der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) unter

Die gleichen Nachhaltigkeitsprobleme zeigen sich – aufgrund der identischen Einnahmensituation – auch bei der sozialen Pflegeversicherung (SPV) (Rothgang 2019a). Da die soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung (PPV) gleichartige Begutachtungsrichtlinien verwenden und beide Versicherungszweige gleiche Leistungshöhen vorsehen, wird der Effekt der Risikoselektion zwischen den beiden Zweigen noch deutlicher als bei der Krankenversicherung (Rothgang 2010 und 2011). Das Gebot des Bundesverfassungsgerichts, das die Schaffung einer „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ nur unter der Maßgabe einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ für verfassungskonform erklärt hat (BVerfG 2001: Rn 92), wird massiv verletzt, da die Privatversicherten eine günstigere Alters- und Geschlechterverteilung sowie eine geringere Morbidität aufweisen, was dazu führt, dass die Ausgaben für eine sozialversicherte Person in der Pflegeversicherung – bei gleichem Leistungsrecht und unter Berücksichtigung von Beihilfezahlungen – mehr als doppelt so hoch sind wie für eine privatversicherte (vgl. hierzu ausführlich Rothgang 2019b), so dass auch für die Pflegeversicherung eine Bürgerversicherung seit Langem diskutiert wird (siehe z. B. Dräther et al. 2009).

Vor diesem Hintergrund wurden in den Jahren 2010 und 2011 im Auftrag der Bundesfraktion Bündnis 90/Die Grünen zwei Gutachten zu den finanziellen Wirkungen und Verteilungseffekten verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Krankenversicherung (Rothgang et al. 2010) bzw. einer Pflegebürgerversicherung (Rothgang et al. 2011) erstellt, in denen – ebenso wie für Modellrechnungen zu einer Pflegebürgervollversicherung (Rothgang & Domhoff 2019) – die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) als Grundlage für Mikrosimulationen verwendet wurden. Einem Gutachten für die Rosa-Luxemburg-Stiftung und die Bundestagsfraktion Die LINKE (Rothgang & Domhoff 2017) wurden hingegen die Mikrodaten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zugrunde gelegt.

Im vorliegenden Gutachten für die Bundestagsfraktion DIE LINKEN werden für die Berechnung der Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen des im Folgenden dargestellten Modellvorschlags einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung der Bundestagsfraktion DIE LINKE wiederum die Daten des Sozio-ökonomischen Panels verwendet.

Nachstehend wird zunächst der hier zu untersuchende Vorschlag einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ kurz umrissen (Abschnitt 2). Nach Darstellung der verwendeten Daten und Methoden (Abschnitt 3), werden in Abschnitt 4 die Ergebnisse präsentiert, die in Abschnitt 5 diskutiert und dann abschließend resümiert werden (Abschnitt 6).

2. Modell einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“

Das von der Bundestagsfraktion DIE LINKE vorgeschlagene und in diesem Gutachten untersuchte Modell einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ (Die LINKE 2017) beruht auf der Finanzierungsseite auf folgenden Kernelementen:

- Alle Menschen, die in Deutschland leben, sind in der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ versichert. Die Finanzierung der obligatorischen Versicherung erfolgt gemäß ökonomischer Leistungsfähigkeit, die Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip. Jede Person erhält ab Geburt einen eigenen Versicherungsanspruch. Personen ohne eigene Einkünfte sind beitragsfrei versichert.
- Grundsätzlich unterliegen alle Einkommensarten der Beitragspflicht. Davon ausgenommen sind die derzeit in der GKV beitragsbefreiten Sozialleistungen wie Kindergeld, Elterngeld und Wohngeld. Für Zins- und Kapitalerträge findet der Sparer-Pauschbetrag Anwendung.
- Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird zunächst auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben (Modell 1) und perspektivisch vollständig abgeschafft (Modell 2). Für die Berechnungen wurde die Beitragsbemessungsgrenze mit jährlich 53.100 Euro (Status quo) bzw. 78.000 Euro (Modell 1) angesetzt.

- Arbeitgeber tragen die Hälfte der Versicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten.² Für Beamtinnen und Beamte wird eine entsprechende paritätische Beteiligung des Dienstherren anstelle der Beihilfe geschaffen. Da die abhängig Beschäftigten durch alleinige Tragung der Beiträge auf Nichterwerbseinkommen im Durchschnitt höher belastet werden als die Arbeitgeber, wird weiterhin untersucht, welchen Beitragsanteil Arbeitgeber- und –nehmer tragen müssten, um insgesamt gleich hoch belastet zu werden (Szenario „Globalparität“).
- Die Mindestbemessungsgrenze für Selbständige und Freiberufler wird auf die Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro pro Monat abgesenkt.

3. Daten und Methoden

Der Beitragssatz in der GKV und der SPV resultiert im Umlageverfahren als Quotient aus den durch Beiträge zu zahlenden Ausgaben der GKV bzw. SPV und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Durch die vorgeschlagene Reform werden sowohl Zähler als auch Nenner dieses Quotienten beeinflusst. Um die sich durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage und des Versichertenkreises ergebenden Auswirkungen auf Einnahme- und Ausgabeseite darzustellen, wird auf die Individualdaten des Sozio-ökonomischen Panels sowie die Ergebnisse der Finanzstatistiken zurückgegriffen. Alle Ergebnisse beziehen sich dabei auf das Jahr 2018. Ausgewiesen wird jeweils der Beitragssatz, der sich ergeben hätte, wenn bereits 2018 die jeweiligen Regelungen der Reformmodelle gegolten hätten. Dieser Beitragssatz und die daraus folgenden Beitragsbelastungen werden dann den tatsächlichen Werten des Jahres 2018 gegenübergestellt.

Im Folgenden werden zunächst die für die Modellrechnungen verwendeten Datengrundlagen (Abschnitt 3.1) und Methoden (Abschnitt 3.2) kurz beschrieben.

² Der Begriff der Beitragstragung wird hier im formaljuristischen Sinne, also wie im SGB V und XI verwendet, ohne Überwälzungsprozesse zu berücksichtigen, die bei der Ermittlung der Beitragstragung im ökonomischen Sinn eingeschlossen wären.

Anschließend werden die untersuchten Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ dargestellt (Abschnitt 3.3).

3.1. Datengrundlage

Für die Berechnung der Beitragssatz- und Verteilungseffekte werden Daten der amtlichen Statistik und der Kassenstatistik mit Mikrodaten der aktuellsten SOEP-Welle (v36) von 2019 mit Einkommens- und Ausgabenangaben für 2018 verknüpft. Insgesamt erfasst der Datensatz 38.702 Personen (inklusive Kinder) in 18.020 Haushalten. Personen ohne Angaben zum aktuellen Versichertenstatus und zum Geschlecht werden ausgeschlossen. Alle Stichprobenergebnisse werden mit den im SOEP enthaltenen Hochrechnungsfaktoren auf die bundesdeutsche Bevölkerung in Privathaushalten hochgerechnet.

In Bezug auf ihr *Einkommen* werden insgesamt zehn Versichertengruppen unterschieden. Tabelle 1 enthält diese Gruppen, ihren Versichertenstatus sowie die Zahl der Versicherten und ihr durchschnittliches den Berechnungen zugrunde gelegtes jährliches Gesamteinkommen.

Tabelle 1: Berücksichtigte Versichertengruppen gemäß SOEP

Versichertengruppe	Versichertenstatus	Zahl der Versicherten	durchschnittliches jährliches Einkommen
abhängig Beschäftigte	gesetzlich	32.046.389	37.167
abhängig Beschäftigte	privat	1.539.433	79.090
Beamte*innen/Pensionäre*innen	gesetzlich	185.420	47.290
Beamte*innen/Pensionäre*innen	privat	2.216.067	52.221
Selbständige	gesetzlich	1.932.835	58.634
Selbständige	privat	1.283.868	101.770
Rentner*innen	gesetzlich	14.851.780	18.473
Rentner*innen	privat	2.586.496	35.996
Arbeitslosengeldbeziehende	gesetzlich	581.808	15.413
Arbeitslosengeldbeziehende	privat	1.001	32.000
Arbeitslosengeld II Beziehende	gesetzlich	3.201.841	26.550
Arbeitslosengeld II Beziehende	privat	42.707	26.550
Studierende	gesetzlich	432.207	5.601
Studierende	privat	181.721	5.601
Kinder	gesetzlich	10.421.450	0
Kinder	privat	1.898.708	0
Mitversicherte	gesetzlich	5.492.626	0
Mitversicherte	privat	13.334	0
Andere	gesetzlich	1.061.773	17.770
Andere	privat	386.680	15.653
Alle Versicherten	gesetzlich	70.208.127	24.253,43
Alle Versicherten	privat	10.150.141	46.253,91
Alle Versicherten	Gesetzl. & priv.	80.358.141	27.032,31

Quelle: Eigene Auswertung des SOEP.

Für drei Gruppen ist die Zahl der Befragten im SOEP einstellig, die Ergebnisse haben daher keine Aussagekraft und sind hier nur (in grau) der Vollständigkeit halber ausgewiesen. Für alle übrigen Gruppen ist die Zahl der Befragten für eine stabile Hochrechnung ausreichend. Für die gesetzlichen Systeme zeigt ein Vergleich mit der Statistik KM1 (BMG 2019b) hinsichtlich der Zahl der Versicherten in den einzelnen Gruppen zudem eine gute Übereinstimmung.

Bei Einführung einer Beitragspflicht für weitere Einkommensarten, einer Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze und bei Einbezug der derzeit Privatversicherten verändert sich die durchschnittliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen pro beitragszahlender Person (Tabelle 2).

Tabelle 2: Durchschnittliche Summe der (jährlichen) beitragspflichtigen Einnahmen bei Variation der Beitragsbemessungsgrenze der beitragspflichtigen Einkommensarten und des versicherten Personenkreises für das Jahr 2018

Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	Derzeit GKV-Versicherte	Derzeit PKV-Versicherte	Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung
Status quo	53.100	20.577,45	29.783,76	21.740,30
Status quo	78.000	21.732,22	34.371,85	23.328,73
Status quo	Ohne BBG	22.847,09	43.777,54	25.490,81
Alle Einkommensarten	53.100	21.579,67	30.814,94	22.746,18
Alle Einkommensarten	78.000	22.942,18	35.676,77	24.550,68
Alle Einkommensarten	Ohne BBG	24.253,43	46.253,91	27.032,31

Quelle: eigene Berechnungen mit Daten des SOEP.

Für die *Leistungsausgaben* der Gesundheitsversorgung werden den SOEP-Daten die Ausgabenprofile des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nach Alter und Geschlecht zugespielt wie sie vom Bundesamt für soziale Sicherung (früher: Bundesversicherungsamt) bereitgestellt werden. Zusätzlich zu den anderen Leistungsausgaben werden Krankengeldzahlungen für abhängig Beschäftigte, Rentner*innen, Empfänger*innen von Arbeitslosengeld I und II und für etwa die Hälfte der Selbständigen, die über Krankengeldansprüche verfügen, sowie pro-Kopf-Verwaltungskosten gemäß den Rechnungsergebnissen der GKV für das Jahr 2018 herangezogen (BMG 2019a). Berücksichtigt sind in der GKV auch Überschüsse in Höhe von 2,09 Mrd. Euro und ein Bundeszuschuss in Höhe

von 14,5 Mrd. Euro für das Jahr 2018, die auch in allen weiteren Modellen mitgeführt werden.

Die Ausgaben der Sozialen und privaten Pflegeversicherung sowie deren Versichertenzahlen entstammen den Rechnungsergebnissen der sozialen Pflegeversicherung (BMG 2021a) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PKV 2019).

3.2. Methoden

Gutachtenauftrag ist die Berechnung der Beitragssätze in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ gemäß dem skizzierten Modell der LINKEN, und eine Darstellung zentraler Verteilungswirkungen. Entsprechend wird nachfolgend zunächst dargestellt, wie Ausgaben (Abschnitt 3.2.1) und beitragspflichtige Einnahmen (Abschnitt 3.2.2) abgebildet werden und wie sich auf dieser Basis der Beitragssatz berechnen lässt (Abschnitt 3.2.3). Nach Ausführungen zur Modellkalibrierung (3.2.4) wird abschließend auf die Methodik zur Ermittlung von Verteilungswirkungen der Einführung der untersuchten Bürgerversicherungsmodelle eingegangen (Abschnitt 3.2.5). Die über die Ausführungen in Abschnitt 3.1 hinausgehenden Erörterungen der konkret verwendeten Datengrundlagen erfolgen jeweils zunächst für die Kranken- und dann für die Pflegeversicherung eingangs der entsprechenden Abschnitte.

3.2.1. Ausgabenseite

Die Ausgaben der Kranken- und der Pflegeversicherung (A) lassen sich jeweils als Produkt der Durchschnittsausgaben pro Versichertem ($\bar{A}$) und der Zahl der Versicherten (N) darstellen

$$A = N * \bar{A} \quad (1).$$

Werden dabei i Altersgruppen und j Geschlechter unterschieden, ergeben sich die Ausgaben als Summe der jeweiligen Produkte für alle Altersgruppen und Geschlechter

$$A = \sum_i \sum_j N_{ij} * \bar{A}_{ij} \quad (2),$$

wobei N_{ij} die Zahl der Versicherten in der i -ten Alters- und j -ten Geschlechtergruppe und $\bar{A}_{ij}$ die Durchschnittsausgaben dieser Alters- und Geschlechtergruppe bezeichnet.

Für Kranken- und Pflegeversicherung sind diese Werte nun zu ermitteln.

Krankenversicherung

Grundlage der Ausgabenberechnung im Status quo und in der solidarischen Gesundheitsversicherung sind für alle Versicherten die *Pro-Kopf-Leistungsausgabenprofile* der GKV im Jahr 2018. Für die solidarische Gesundheitsversicherung wird dabei unterstellt, dass die nach Alter und Geschlecht differenzierten Leistungsausgaben der bisherigen Privatversicherten in der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ denen der bisherigen GKV-Versicherten entsprechen.³ Als Ausgabenprofile für Leistungsausgaben und Krankengeld werden die Profile des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Bundesamt für soziale Sicherung (2021) verwendet und den Individualdaten des SOEP in Form von nach Alter und Geschlecht differenzierten Durchschnittswerten zugespielt. Ausgaben für Krankengeld werden lediglich für Anspruchsberechtigte berücksichtigt, d. h. abhängig Beschäftigte, Rentner*innen, Empfänger*innen von Arbeitslosengeld I und II und die rund 50 % der Selbständigen, die einen Krankengeldanspruch aufweisen. *Netto-Verwaltungskosten* von 158,11 Euro pro Kopf und Jahr werden gemäß Angaben aus den Rechnungsergebnissen der GKV (BMG 2019a) hinzurechnet. Im Jahr 2018 wurde im Gesundheitsfonds ein *Überschuss* von 2,09 Mrd. Euro verzeichnet. Da die Beitragssätze in den Reformmodellen mit dem tatsächlichen Beitragssatz verglichen werden, werden die Beitragssätze auch in diesen Modellen so berechnet, dass sie einen Überschuss in dieser Höhe enthalten.

Tabelle 3 enthält die aus den Angaben zum Versicherungsstatus im SOEP abgeleitete Anzahl von Versicherten in Privathaushalten sowie die Gesamtausgaben, die sich gemäß der dargestellten Methodik ergeben.

³ Implizit wird damit unterstellt, dass die derzeit in der GKV verwendeten Vergütungsregeln auch in der solidarischen Krankenversicherung zum Einsatz kommen. Dadurch entstehen den niedergelassenen Ärzten Einkommenseinbußen. Sollten diese kompensiert werden, entstünden der Sozialversicherung weitere Ausgaben, die nachfolgend nicht berücksichtigt sind. Weiterhin wird unterstellt, dass sich die altersspezifischen Ausgaben gesetzlich und privat Versicherter entsprechen. Dies wäre dann der Fall, wenn sich die niedrigeren altersspezifischen Morbiditätsraten der bislang privat Versicherten und deren höhere Inanspruchnahmeraten bei gleicher Morbidität ausgleichen. Es könnten sogar niedrigere altersspezifische Ausgaben entstehen, wenn sich angebotsinduzierte Nachfrage durch Angleichung der Vergütungsregeln für Ärzte reduziert.

Tabelle 3: Berechnete Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 in Abhängigkeit vom Versichertenkreis basierend auf den SOEP-Daten und den GKV-Ausgabenprofilen 2018

Versichertenkreis (Status quo)	Anzahl Personen	Gesamtausgaben ¹
in der GKV Versicherte	70.208.127	226,7 Mrd. Euro
in der PKV Versicherte	10.150.141	34,7 Mrd. Euro
Summe der Personen in privaten Haushalten	80.358.141	261,5 Mrd. Euro

¹ ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen, inkl. Krankengeld und Verwaltungskosten.

Datenquelle: SOEP (gewichtete Werte, n=38.702) mit Pro-Kopf-Ausgaben der GKV (Bundesamt für soziale Sicherung 2021).

Pflegeversicherung

Für die Pflegeversicherung sind keine vergleichbaren Pro-Kopf-Ausgabenprofile wie für die GKV verfügbar.⁴ Da die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungshöhen in Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung aber quasi identisch sind, können die Ausgaben in diesen Modellen dadurch abgebildet werden, dass die bisherigen von der PPV getragenen Ausgaben (Tabelle 4) einfach den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung zugeschlagen werden. Die auffallend niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben in der PPV resultieren dabei insbesondere aus einer günstigeren Alters- und Geschlechterstruktur der Privatversicherten und niedrigeren altersspezifischen Prävalenzen, die insbesondere Ausdruck geringerer Morbiditätsraten sind (Rothgang 2019b). Allerdings müssen dabei die Ausgaben der Beihilfe berücksichtigt werden: Etwa die Hälfte der PPV-Versicherten ist beihilfeberechtigt, wobei die Beihilfe mindestens die Hälfte der Pflegekosten übernimmt. Der Abschätzung von Dräther et al. (2009: 77 f.) folgend, werden die Pro-Kopf-Ausgaben der PPV daher großzügig um die Hälfte erhöht. Damit werden die Ausgaben in den Reformmodellen tendenziell sogar leicht überzeichnet (Tabelle 4).

⁴ Für die Krankenversicherung werden derartige Profile für den vom Bundesamt für soziale Sicherung durchgeführten Risikostrukturausgleich benötigt. Da in der Pflegeversicherung nur ein Ausgabenausgleich zum Einsatz kommt, fehlt die Notwendigkeit, derartige Profile zu erheben, die deshalb auch nicht verfügbar sind. Für Projektionsrechnungen wäre das problematisch, da sich die Altersstruktur dann im Zeitverlauf verschiebt. Für die hier vorgenommene Betrachtung nur zum Umstellungszeitpunkt sind solche altersspezifischen Profile dagegen nicht notwendig, da die Ausgaben aller PPV-Versicherten nach Umstellung der Sozialversicherung zugerechnet werden, was mittels Pro-Kopf-Ausgaben modelliert werden kann.

Zur Wahrung der Konsistenz der Berechnung wurden die Versichertenzahlen ebenfalls der amtlichen Statistik und nicht dem SOEP entnommen. Das Defizit in der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 3,55 Mrd. Euro im Jahr 2018 wurde in allen Modellen einbezogen.

Tabelle 4: Ausgaben in der Pflegeversicherung im Jahr 2018

Pflegeversicherung	Anzahl Personen	Ausgaben	Pro-Kopf-Ausgaben
Soziale Pflegeversicherung	70.208.127	36.884,5 Mio. Euro	525,4
Private Pflegeversicherung	10.150.014	2.360,5 Mio. Euro	232,6
Gesamt	80.359.141	39.245,0 Mio. Euro	488,4

Datenquelle: SOEP (gewichtete Werte, n=38.702), Ausgaben berechnet nach BMG (2019a) und PKV (2019).

3.2.2. Beitragsbemessungsgrundlage

Die Einnahmen der Kranken- und Pflegeversicherung (E) bestehen aus Beitragseinnahmen sowie dem Bundeszuschuss (BZ).⁵ Die Beitragseinnahmen wiederum ergeben sich aus dem Produkt des (durchschnittlichen) Beitragssatzes (b) und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Y)

$$E = b * Y + BZ \quad (3).$$

Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen kann als Produkt aus der Zahl der Versicherten⁶ (N) und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen pro Versichertem ($\bar{Y}$) dargestellt werden.

$$E = b * N * \bar{Y} + BZ \quad (4).$$

Werden i verschiedene Statusgruppen (u. a. Beschäftigte, Rentner, Arbeitslose, Selbständige) unterschieden, ergeben sich die Einnahmen gemäß Gleichung (5)

$$E = b * \sum (N_i * \bar{Y}_i) + BZ \quad (5),$$

⁵ Weitere Einnahmen, wie etwa Zinserträge, werden dem Bundeszuschuss zugerechnet. Sie sind quantitativ aber vernachlässigbar.

⁶ Bei Existenz einer beitragsfreien Mitversicherung könnte hier auch auf die Beitragszahler abgestellt werden. Dies ist aber nicht zweckdienlich, weil bei der Bestimmung des Beitragssatzes dann mit Versicherten und Beitragszahler zwei verschiedene Personengruppen in einer Gleichung auftauchen, die deren Interpretation erschweren. In der hier gewählten Darstellung führt ein größerer Anteil der Mitversicherten dagegen ceteris paribus zu einer geringeren Bemessungsgrundlage pro Versichertem.

wobei N_i die Zahl der Versicherten in der i -ten Statusgruppe und $\bar{A}_i$ die durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage in der jeweiligen Statusgruppe bezeichnet.

Wiederum gilt es die jeweilige empirische Basis in Kranken- und Pflegeversicherung zu bestimmen.

Krankenversicherung

Für alle Personen, die lediglich eine Mitversicherung in der GKV angegeben haben, wird kein Beitrag angenommen. Bei freiwilliger Versicherung in der GKV werden, unabhängig vom sozialen Status, alle Einkünfte als Berechnungsgrundlage herangezogen. Für alle verbleibenden Personen erfolgt der Einbezug der entsprechenden Einkünfte in die beitragspflichtige Einnahmen dann anhand des Erwerbsstatus.

Tabelle 5 enthält die einschlägigen Einkommensvariablen im SOEP und zeigt, ob diese im Status quo und in den Reformmodellen berücksichtigt werden. Im Modell der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ werden die Regeln zur beitragsfreien Mitversicherung auch auf die bislang privat versicherten Personen angewendet.

Bei *Kapitalerträgen* wird der einfache Sparer-Pauschbetrag von jährlich 801 Euro abgezogen, die verbleibenden Kapitalerträge dann zu gleichen Teilen auf alle Haushaltsmitglieder im Alter von mindestens 18 Jahren aufgeteilt. Bei den Einnahmen aus *Vermietung und Verpachtung* wird der Betrag abgezogen, der auch als steuerlich absetzbar angegeben wird. Sich rechnerisch ergebende negative Einnahmen werden für die Berechnung auf null gesetzt.

Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und Dividenden, Erbschaften und Schenkungen werden im SOEP lediglich auf Haushaltsebene erfasst und zur Bestimmung der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen zu gleichen Teilen auf alle Personen über 18 Jahre im Haushalt verteilt.

Fehlende Werte zu Einkommensangaben auf Grund unterlassener Angaben der Befragten wurden durch den Mittelwert der entsprechenden Einkommensart imputiert.

Tabelle 5: Berücksichtigte Einkommensvariablen im SOEP

Variablen-name	Bezeichnung	Beschäftigte	Status quo		Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung
			Rentner	Beamte, Selbständige, freiwillige Mitglieder, Nicht-Erwerbstätige	
plb0471_v2	Bruttolohn/-gehalt als Arbeitnehmer	x		x	x
plc0043_v2	13. Monatsgehalt	x		x	x
plc0045_v2	14. Monatsgehalt	x		x	x
plc0047_v2	Weihnachtsgeld	x		x	x
plc0049_v2	Urlaubsgeld	x		x	x
plc0051_v2	Gewinnbeteiligung	x		x	x
plc0053_v2	Sonstige Sondervergütung		x	x	x
plc0220_v3	Rentenversicherung		x	x	x
plc0236_v2	Beamtenversorgung		x	x	x
plc0238_v2	Zusatzversorgung		x	x	x
plc0240_v2	betriebliche Altersversorgung		x	x	x
plc0224_v1	Altershilfe der Landwirte		x	x	x
plc0268_v3	Witwenrente DRV		x	x	x
plc0279_v2	Witwenrente Beamtenversicherung		x	x	x
plc0281_v2	Witwenrenten Zusatzversicherung.		x	x	x
plc0283_v2	Witwenrente betriebliche Altersversorgung		x	x	x
plc0270_v1	Witwenrente Altershilfe Landwirte			x	x
plc0243_v2	Rente Unfallversicherung			x	x
plc0516	Riesterrente			x	x
plc0242	private Altersrente			x	x
plc0285	private Witwenrente			x	x
plc0286_v2	Witwenrente Unfallversicherung			x	x
plc0517	Riester Witwenrenten			x	x
plb0474_v2	Einkommen selbständig/freiberuflich			x	x
plb0477_v2	Einkünfte Nebenerwerb			x	x
plc0528	Unterhalt			x	x
hlc0013_v2	Zins-und Dividendeneinnahmen			x	x
hlc0014	Zins-und Dividendeneinnahmen, geschätzt			x	x
hlc0008_v2	Miet- und Pachteinnahmen			x	x
hlc0009	Ausgaben für Immobilien steuerlich absetzbar	x		x	x
hlc0179	Erbschaften				x
hlc0181	Schenkungen				x

Die so bestimmten beitragspflichtigen Einkommen werden auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze des jeweils berechneten Modells gedeckelt. Als Mindestbemessungsgrenze für Beitragszahlende wird der ab 2019 gültige Betrag von 1.038,33 pro Monat festgesetzt. Lediglich in den Modellen (1, 1G, 2, 2G), in die „solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung“ vollständig umgesetzt wird, wird diese auf 450 Euro pro Monat abgesenkt.

Pflegeversicherung

Die beitragspflichtigen Einnahmen in der „solidarischen Pflegeversicherung“ entsprechen denen der „solidarischen Gesundheitsversicherung“. Die Mitversicherungsregelung wurde ebenfalls identisch zur Krankenversicherung umgesetzt.

3.2.3. Berechnung der Beitragssätze

Der Beitragssatz wird so bestimmt, dass die Ausgaben exakt den Einnahmen entsprechen

$$A = E \quad (6).$$

Durch Einsetzen von Gleichung (3) und Auflösen nach b ergibt sich

$$b = \frac{A - BZ}{Y} \quad (7).$$

Dieser Beitragssatz ergibt sich somit als Quotient aus der Summe der über Beiträge zu finanzierende Ausgaben und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, wobei sich die Einnahmen pro Versicherter Person danach unterscheiden, ob die bislang Privatversicherten einbezogen sind, welche Beitragsbemessungsgrenze gewählt wurde und welche Einkommensarten beitragspflichtig sind.

Für die Analyse der Verteilungswirkungen wird lediglich der auf die versicherte Person entfallene Beitragsanteil berücksichtigt, der sogenannte „Arbeitgeberanteil“ für abhängig Beschäftigte und die durch andere Institutionen (Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung) getragenen Beitragsanteile für Bezieher*innen von Arbeitslosengeld I und II sowie Rentner*innen werden nicht ausgewiesen. Abweichend von der Regelung, die im Jahr 2018 geholt hat, wird dabei bereits die Beitragsparität modelliert, die seit dem 1.1.2019 wieder gilt.

Eine Besonderheit der vorliegenden Berechnungen ist die Modellierung der „Globalparität“. Da Arbeitgeberanteile nicht für alle Einkommensarten anfallen, so nicht für Einkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie für Kapitalerträge, tragen die abhängig Beschäftigten und Beamte*innen einen größeren Teil der Beiträge, wenn beide den hälftigen Beitragssatz, dann aber auf verschiedene Bemessungsgrundlagen anwenden. Sollen dagegen die von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen getragenen Beiträge insgesamt absolut gleich hoch sein (Globalparität), muss sich der Beitragssatz für beide unterscheiden. Auch dies wird nachstehend modelliert.⁷ Damit führen die Arbeitgeber*innen weiterhin Beiträge lediglich auf das Bruttoarbeitseinkommen ab, allerdings mit einem Beitragssatz der oberhalb des hälftigen Gesamtbeitragssatzes liegt, wohingegen Arbeitnehmer*innen Beiträge auf ihre gesamten beitragspflichtigen Einnahmen zahlen, aber mit einem Beitragssatz der niedriger als der hälftigen Gesamtbeitrags ist.

3.2.4. Modellkalibrierung

Da – bedingt durch die Selbstangaben zu den Einkünften, verbleibenden Verzerrungen in der SOEP-Stichprobe sowie den notwendigen Vereinfachungen bei der Beitragsberechnung – von Abweichungen der modellierten im Vergleich zu den tatsächlichen Beitragssätzen auszugehen ist, wurden die berechneten Beitragssätze mittels eines *Korrekturfaktor* an Hand des Status quo-Modells kalibriert. In beiden Versicherungszweigen stellt sich das wie folgt dar.

Krankenversicherung

Zur Kalibrierung wird zunächst der Beitragssatz errechnet, der sich für das Jahr 2018 als Quotient der ermittelten Gesamtausgaben und der ermittelten Summe

⁷ Dazu werden die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen der abhängig Beschäftigten und Beamte*innen aufsummiert und mit dem gültigen Gesamtbeitragssatz im jeweiligen Modell multipliziert. Die Hälfte des resultierenden Produkts ist Seitens der Arbeitgeber*innen zu tragen. Um den dazu gehörigen Beitragssatz zu ermitteln, wird dieser Betrag durch die Summe der Bruttoarbeitseinkommen der abhängig Beschäftigten und Beamte*innen geteilt. Der Beitragssatz für die Arbeitnehmer*innen wiederum wird durch Division der Hälfte des genannten Produkts durch die Gesamtsumme aller beitragspflichtigen Einnahmen (einschließlich der nicht-arbeitsbezogenen Einkommen) ermittelt. So wird sichergestellt, dass alle Einkommensarten versichertenseitig gleich belastet werden (horizontale Gerechtigkeit).

der beitragspflichtigen Einnahmen im Status quo (mit der im Jahr 2018 gültigen jährlichen BBG in Höhe von 53.100 Euro und unter Berücksichtigung des Überschusses in Höhe von 2,09 Mrd. Euro und des Bundeszuschusses in Höhe von 14,5 Mrd. Euro) für GKV-Versicherte ergibt. Der so errechnete Beitragssatz liegt bei 14,835 Beitragssatzpunkten und damit unterhalb des tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssatzes im Jahr 2018 von 15,6 Beitragssatzpunkten.⁸ Durch Division des tatsächlichen durch den errechneten Beitragssatz ergibt sich ein *Korrekturfaktor* von 1,052. Der errechnete Beitragssatz muss also um 5,16 % gesteigert werden, um das tatsächliche Ergebnis zu treffen. Unter der Annahme, dass die Datenerfassungsfehler⁹ auch bei den untersuchten Varianten der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ auftauchen, wird dieser Korrekturfaktor auf alle weiteren Berechnungsergebnisse angewandt. Ausgewiesen wird im Folgenden immer nur der so korrigierte Beitragssatz.

Pflegeversicherung

Zur Berechnung der Beitragssätze in der Pflegeversicherung wird ein identischer Ansatz wie in der Krankenversicherung verwendet. Der allgemeine Beitragssatz lag in der SPV im Jahr 2018 bei 2,55 %. Abweichend zur GKV gibt es in der SPV einen Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder über 23 Jahren in Höhe von 0,25 %. Entsprechend den biografischen Angaben im SOEP zu eigenen Kindern wird der Kinderlosenzuschlag für die betreffenden Personen berechnet und der resultierende Gesamtbetrag von den durch Beiträge zu deckenden Ausgaben abgezogen. Die nachstehend dargestellten Beitragssätze bilden folglich den Beitragssatz für Versicherte ohne Elterneigenschaft ab.

Nach dieser Anpassung wird ebenfalls ein *Korrekturfaktor* als Quotient des tatsächlichen allgemeinen Beitragssatzes von 2,55 % und des Ergebnisses des Modells zum Status quo berechnet. Dieser *Korrekturfaktor* beträgt 1,032 und wird

⁸ Der allgemeine Beitragssatz lag 2018 bei 14,6 Prozent der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 1,0 Prozent (sozialpolitik-aktuell 2021).

⁹ Die die Ausgaben der amtlichen Statistik entnommen werden, bezieht sich dieser Korrekturfaktor tatsächlich vor allem auf die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, deren tatsächlicher Wert niedriger liegt als die mittels der Individualdaten des SOEP hochgerechnete Summe.

ebenfalls zur Kalibrierung verwendet, indem alle errechneten Beitragssätze mit diesem Faktor multipliziert werden.

3.2.5. Verteilungswirkungen

Die Verteilungswirkungen werden an Hand der Höhe und der Veränderungen der Höhe der Beiträge in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen dargestellt. Dabei werden ausschließlich die Kostenfolgen für die *privaten Haushalte* berücksichtigt. Zu Berechnung des *Nettoäquivalenzeinkommens* wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die entsprechend der modifizierten OECD-Skala gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt (OECD o. J.). Dabei gehen Haupteinkommensbeziehende mit einem Faktor von 1,0 in die Gewichtung ein, weitere Haushaltsmitglieder von 14 Jahren und älter haben den Faktor 0,5 und Personen unter 14 Jahren den Faktor 0,3. Alle Personen in einem Haushalt weisen demnach das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen auf.

Für die Darstellung der Verteilungswirkungen werden die Personen entsprechend der Dezile des Nettoäquivalenzeinkommens eingeteilt. Um den individuellen Versicherungsstatus zu berücksichtigen, erfolgt die Darstellung auf Ebene der Einzelpersonen in Privathaushalten. Personen in einem Haushalt können daher das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen aufweisen, obwohl sie individuell unterschiedliche beitragspflichtige Einnahmen verzeichnen.

Tabelle 6 enthält die oberen und unteren Grenzwerte der Perzentile in 10er Schritten (Dezile), die jeweils mit der (annähernd) gleichen Anzahl an Personen besetzt sind.¹⁰ Eine in Bezug auf die Einkommenshöhen besonders große Intervallbreite zeigt sich im ersten sowie im neunten und im zehnten Dezil.

Liegt der Anteil der Privatversicherten in den ersten sieben Dezilen jeweils unterhalb von 10 Prozent, liegt er für die oberen drei Dezile jeweils bei mehr als 15 %. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Versichertenstatus wird so sehr deutlich: Privatversicherte verfügen im Durchschnitt über ein deutlich höheres Nettoäquivalenzeinkommen.

¹⁰ Nicht berücksichtigt sind die Personen in Gemeinschaftsunterkünften, die im SOEP nicht erfasst sind und die beitragsfrei Mitversicherten.

Tabelle 6: Dezile des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens und Anteile der beitragszahlenden gesetzlich und privat Versicherten

Dezil	untere Grenze	obere Grenze	Anteil		Zahl der Versicherten
			gesetzlich Versicherter	privat Versicherter	
1. Dezil	0	12.157	98,0%	2,0%	6.006.227
2. Dezil	12.161	15.513	98,7%	1,3%	6.016.655
3. Dezil	15.513	18.141	97,3%	2,7%	6.008.556
4. Dezil	18.143	20.777	97,1%	2,9%	6.007.298
5. Dezil	20.777	23.415	93,9%	6,1%	6.018.354
6. Dezil	23.415	26.246	93,1%	6,9%	6.003.953
7. Dezil	26.247	29.523	90,3%	9,7%	6.016.171
8. Dezil	29.525	33.980	84,8%	15,2%	6.007.891
9. Dezil	33.985	42.423	80,6%	19,4%	6.009.608
10. Dezil	42.427	3.103.392	69,5%	30,5%	6.009.282

Anmerkung: Berücksichtigt GKV-Mitglieder und erwachsenen PKV-Versicherten in privaten Haushalten.

Datenquelle: SOEP (n=38.702)

Für jede Klasse werden die durchschnittlichen Beiträge zum Status quo sowie unter der Annahme der beiden postulierten Modelle einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ mit Einbezug aller Personen und aller Einkommensarten sowie mit einer Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 78.000 Euro (Modell 1) bzw. ohne Beitragsbemessungsgrenze (Modell 2) berechnet. Hierzu werden die jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen mit dem jeweiligen Beitragssatz multipliziert. Da lediglich die Auswirkungen für die Privathaushalte ausgewiesen werden, werden auch nur die von diesen zu tragenden Beiträge einbezogen. Entsprechend einer paritätischen Finanzierung wird für Angestellte, Arbeiter und Rentner jeweils die Hälfte des Beitrages sowie für Arbeitslose keine Beitragszahlung angesetzt.

Für den *Status quo* werden für GKV-Versicherte die entsprechend ermittelten Beiträge verwendet. Die durch die Privathaushalte zu tragenden Beiträge werden ermittelt, indem für Angestellte und Arbeiter der Arbeitnehmeranteil und für Rentner*innen die Hälfte des Gesamtbeitrages ausgewiesen wird. Bei Arbeitslosen wird keine individuelle Beitragszahlung unterstellt. Bei freiwillig Versicherten wird grundsätzlich die ab 2019 gültige monatliche Mindestbemessungsgrenze von 1.038,33 Euro berücksichtigt. Im Vollmodell der „solidarischen Gesundheits-

und Pflegeversicherung“ (Modell 1, 2, 1G, 2G, s. u.) wird diese auf 450 Euro abgesenkt. Für PKV-Versicherte wird die Hälfte der gezahlten Prämie berücksichtigt.

Schließlich wird für jede Person die Differenz zwischen derzeitigem Beitrag und Beitrag in jeweils einem der beiden Modelle einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ berechnet, um so die durchschnittliche Veränderung der Beiträge je nach Nettoäquivalenzeinkommen darzustellen. Da die Prämien für die private Pflegepflichtversicherung – anders als die für die private Krankenversicherung – nicht in den SOEP-Daten enthalten sind, muss auf eine differenzielle Betrachtung für die Versicherten in der PPV verzichtet werden

3.3. Untersuchte Modelle und Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“

Untersucht werden folgende Variationen des versicherten Personenkreises, der beitragspflichtigen Einkommensarten und der Beitragsbemessungsgrenze mit den jeweils genannten Ausprägungen:

- Versicherter Personenkreis:
 - derzeit Sozialversicherte
 - gesamte Bevölkerung
- Beitragspflichtige Einnahmen:
 - derzeit beitragspflichtige Einnahmen
 - alle Einkommensarten
- Beitragsbemessungsgrenze:
 - Beitragsbemessungsgrenze im Status quo (53.100 Euro)
 - Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der Rentenversicherung (West) (78.000 Euro)
 - Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Durch Kombination ergeben sich $2 * 2 * 3 = 12$ mögliche Kombinationen. Für die sechs Kombinationen, bei denen alle Einkommensarten verbeitragt werden, wird

zudem die „Globalparität“ modelliert, so dass sich für Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt 18 verschiedenen Modelle ergeben, für die im Anhang Beitragssätze ausgewiesen werden.¹¹

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden nachfolgend dagegen neben dem Status quo die beiden Modelle der „Solidarischen Krankheits- und Pflegeversicherung“ dargestellt sowie die vier Varianten, bei denen im Vergleich zum Status quo jeweils nur eine der drei Stellschrauben verändert wird (Tabelle 7).

Tabelle 7: Untersuchte Variationen einer Sozialversicherung

Bezeichnung	Versicherter Personenkreis	Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze
Status quo	Status quo	Status quo	Status quo
Modell 1	Gesamtbevölkerung	Alle Einkommensarten	Anhebung
Modell 2	Gesamtbevölkerung	Alle Einkommensarten	Abschaffung
Variante 1	Status quo	Status quo	Anhebung
Variante 2	Status quo	Status quo	Aufhebung
Variante 3	Status quo	Alle Einkommensarten	Status quo
Variante 4	Gesamtbevölkerung	Status quo	Status quo

Quelle: eigene Darstellung.

Die letztgenannten Varianten geben die Haupteffekte der Veränderungen an, die Modelle 1 und 2 berücksichtigen dazu die Interaktionseffekte, also etwa, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen größeren Beitragssatzeffekt hat, wenn gleichzeitig alle Einkommensarten beitragspflichtig sind und zudem auch die einkommensstärkeren bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung einbezogen sind.

4. Ergebnisse

Hinsichtlich der Ergebnisse der Modellrechnungen wird zunächst untersucht, wie sich der Beitragssatz bei Variation des versicherten Personenkreises, der beitragspflichtigen Einnahmenarten und der Beitragsbemessungsgrenze verändert (Abschnitt 4.1). Mithilfe der so ermittelten Beitragssätze können dann die

¹¹ Dabei wird für den Status quo durchgängig von einer paritätischen Beitragszahlung und einer Mindestbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte von monatlich 1.038,33 Euro ausgegangen. In Modell 1 und 2 (jeweils mit und ohne Globalparität), und nur dort, wird abweichend davon durchgängig die im Reformvorschlag der LINKEN vorgesehene Absenkung der Mindestbemessungsgrenze auf 450 Euro berücksichtigt.

absoluten Beiträge (in Euro) berechnet und die Verteilungseffekte ausgewiesen werden (Abschnitt 4.2).

4.1. Beitragssatzeffekte

Die Beitragssätze werden nachstehend zunächst für die Kranken- und dann für die Pflegeversicherung angegeben.

Krankenversicherung

Die Ergebnisse der Beitragssatzberechnungen lassen sich Tabelle 8 entnehmen. Die Einführung einer „Solidarischen Gesundheitsversicherung“ ermöglicht es, den Beitragssatz um 2,3 Beitragssatzpunkte zu reduzieren (Modell 1). Bei *Aufhebung* der Beitragsbemessungsgrenze (Modell 2) sinkt der ausgabendeckende Beitragssatz gegenüber dem Status quo sogar um 3,5 Beitragssatzpunkte.

Tabelle 8: Beitragssatzeffekte einer solidarischen Gesundheitsversicherung bei unterschiedlicher Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)

Modell	Beitragssatz	Differenz zum	
		Grundmodell	Status quo
Status quo	15,6	+2,3	-
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	13,3	-	-2,3
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	12,1	-1,2	-3,5
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	14,8	+1,5	-0,8
Variante 2: Aufhebung der BBG	14,1	+0,8	-1,5
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommensarten	14,9	+1,6	-0,7
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	15,0	+1,7	-0,6

Quelle: eigene Berechnungen.

Wird der Effekt einer Veränderung jeweils nur einer Stellschraube betrachtet, erweist sich die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze als ergiebigste Maßnahme (Variante 2). Während die Effekte einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, einer Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten

(Variante 3) und des Einbezugs der bislang Privatversicherten (Variante 4) für sich genommen jeweils einen Beitragssatzeffekt von 0,6 bis 0,8 Beitragssatzpunkten nach sich zieht.

Pflegeversicherung

Für die Pflegeversicherung ergaben sich die in Tabelle 9 dargestellten Beitragssatzeffekte. Im Grundmodell ergibt sich ein Beitragssatz von 1,97 Beitragssatzpunkten, der um 0,58 Prozentpunkte unterhalb des tatsächlichen Wertes für 2018 liegt (Modell 1). Eine Aufhebung der BBG würde diesen Beitragssatz um weitere 0,19 Prozentpunkte auf 1,78 Prozentpunkte senken.

Tabelle 9: Beitragssatzeffekte einer solidarischen Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)

Modell	Beitragssatz	Differenz zum	
		Grundmodell	Status quo
Status quo	2,55	0,57	-
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	1,97	-	-0,57
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	1,78	-0,19	-0,76
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	2,41	0,43	-0,14
Variante 2: Aufhebung der BBG	2,29	0,31	-0,26
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommensarten	2,43	0,45	-0,12
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	2,23	0,25	-0,32

Anmerkung: Abweichende Differenzen ergeben sich durch Rundung.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Bei den Haupteffekten fällt auf, dass der Einbezug der bislang Privatversicherten einen deutlich größeren Effekt hat als in der Krankenversicherung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die bislang Privatversicherten – bei gleichem Leistungsrecht – niedrigere Leistungsausgaben aufweisen und dieser Unterschied auch bei Integration in die Sozialversicherung zum Tragen kommt, während in der Krankenversicherung gleich hohe Leistungsausgaben für bislang Sozial- und Privatversicherte unterstellt werden. Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

ist – wie in der Krankenversicherung – deutlich ergiebiger als deren Anhebung und als die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht.

Den ausgewiesenen Beitragssätzen liegt die Annahme zugrunde, dass auch weiterhin ein Beitragszuschlag von 0,25 Prozentpunkten durch Kinderlose gezahlt wird. Sollte dieser Kinderlosenzuschlag auf 0,35 Prozentpunkte angehoben werden, müssten alle Beitragssätze um rund 0,02 Prozentpunkte reduziert werden, die Differenzen sind davon unberührt. Alle modellierten Beitragssätze für die Pflegeversicherung sind ebenfalls im Anhang dargestellt.

Globalparität

Bislang wurden jeweils die Gesamtbeitragssätze dargestellt. Wird jeweils die Hälfte dieses Gesamtbeitragssatzes für Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen verwendet (Beitragssatzparität), tragen die Arbeitgeber*innen weniger als die Hälfte der Beiträge für abhängig Beschäftigte und (gesetzlich versicherte) Beamt*innen, da sich der Arbeitgeber*innenbeitrag nur auf lohnbezogene Einnahmen bezieht, nicht aber z. B. auf Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalerträge. Sollen dagegen die von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu zahlenden Beitragssummen gleich sein („Globalparität“), müssen sich die Beitragssätze für Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen unterscheiden – wie es seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 bis zum Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) zum Januar 2019 der Fall war.

Tabelle 10 enthält die sechs Kombinationen von versichertem Personenkreis, beitragspflichtigen Einnahmearten und Beitragsbemessungsgrenze, bei denen – wegen der Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen – eine Globalparität (gekennzeichnet durch den Zusatz „G“) sinnvoll modelliert werden kann.

Tabelle 10: Für die Berechnung der Globalparität berücksichtigte Variationen

Bezeichnung	Versicherter Personenkreis	Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze
Variante 7 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Status quo
Modell 1 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Anhebung
Modell 2 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Abschaffung
Variante 3 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Status quo
Variante 5 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Anhebung
Variante 6 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Aufhebung

Quelle: eigene Darstellung.

Die Varianten 5-7 wurden bisher noch nicht eingeführt, weil sie im Vergleich zum Status quo Veränderungen an *zwei* Stellschrauben vorsehen: den Einbezug aller Einkommensarten sowie die Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung (Variante 7), die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (Variante 5) bzw. deren Aufhebung (Variante 6).

Tabelle 11 enthält die Ergebnisse der Berechnungen für die *Krankenversicherung*. In der Tabelle sind – neben dem Gesamtbeitragssatz und dem hälftigem Beitragssatz – die Beitragssätze angegeben, die von Arbeitgeber*innen (AG) und Arbeitnehmer*innen (AN) auf die lohnbezogenen beitragspflichtigen Einnahmen zu entrichten sind. Daraus ergibt sich der jeweilige Anteil, den Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen an den lohnbezogenen Beiträgen tragen.

Tabelle 11: Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Krankenversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in % des Ausgangswertes)

Modell	Beitragssatzparität		Globalparität			
	Beitragssatz		Beitragssatz auf lohnbezogene Beiträge		Tragung der lohnbezogenen Beiträgen	
	Gesamt	Hälftig	AG	AN	AG	AN
Status quo	15,60	7,80	7,80	7,80%	50,0%	50,0%
Variante 7 (G)	14,33	7,16	7,53	7,16%	51,25%	48,75%
Modell 1 (G)	13,34	6,67	7,09	6,67%	51,54%	48,46%
Modell 2 (G)	12,11	6,05	6,62	6,05%	52,24%	47,76%
Variante 3 (G)	14,88	7,44	7,82	7,44%	51,25%	48,75%
Variante 5 (G)	13,99	7,00	7,44	7,00%	51,53%	48,47%
Variante 6 (G)	13,24	6,62	7,20	6,62%	52,10%	47,90%

Quelle: eigene Berechnungen, Abweichungen können sich durch Rundung ergeben.

Wie die Tabelle zeigt, reduziert sich der von den Arbeitnehmer*innen zu tragende Anteil an den lohnbezogenen Beiträgen von 50 % im Status quo auf 47,76 % (Modell 2G). In Modell 2G und den in der Tabelle enthaltenen Varianten ist der Effekt etwas niedriger.

Die so konstruierte Globalparität hat etwa für Arbeitnehmer*innen aber noch einen zweiten wichtigen Effekt. Der hier ausgewiesene hälftige Beitragssatz gilt auch für nicht lohnbezogenen Einkommensarten. Die durch die Beitragspflicht auf andere Einkommensarten entstehende Mehrbelastung halbiert sich daher im Vergleich zu den Modellen und Varianten ohne Globalparität, in denen die Arbeitnehmer*innen den vollen Beitragssatz auf diese Einkommensarten abführen müssten.

Am Beispiel des Modell 1G zeigt Tabelle 12 die Mechanik der Globalparität: Bei Beitragssatzparität (linker Teil der Tabelle) zahlen Arbeitgeber*innen zwar den hälftigen Beitragssatz auf die lohnbezogenen Einnahmen, aber keinen Beitrag auf die nicht-lohnbezogenen Einnahmen. Bezogen auf die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen liegt der AN-Beitragssatz daher höher als der AG-Beitragssatz, und Arbeitnehmer*innen tragen den vollen Beitragssatz für nicht-lohnbezogene Einnahmen. Im Modell der Globalparität (rechter Teil der Tabelle) sind die Gesamtbelastungen für Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen dagegen gleich hoch. Arbeitnehmer*innen führen zudem auf alle Einnahmearten den gleichen Beitragssatz ab, was die horizontale Gerechtigkeit in Bezug auf verschiedene Einkommensarten gewährleistet. Dies wird dadurch ermöglicht, dass der AG-Beitragssatz bei den lohnbezogenen Einnahmen über dem der AN liegt.

Tabelle 12: Beitragssätze bei Beitragssatz- und Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten

Beiträge auf ...	Beitragssatzparität			Globalparität		
	AN-Beitragssatz	AG-Beitragssatz	Gesamtbeitragssatz	AN-Beitragssatz	AG-Beitragssatz	Gesamtbeitragssatz
Gesamteinnahmen	7,07%	6,27%	13,34%	6,67%	6,67%	13,34%
Lohnbezogene Einnahmen	6,67%	6,67%	13,34%	6,67%	7,09%	13,76%
Nicht-lohnbezogene Einnahmen	13,34%	0	13,34%	6,67%	0	6,67%

Für die *Pflegeversicherung* zeigt sich ein analoges Bild (Tabelle 13). Die Globalparität reduziert die auf die Arbeitnehmer*innen entfallenden Anteile der lohnbezogenen Beitragssätze in Modell 2G auf 47,76%. In Modell 1G und den ausgewiesenen Varianten, liegt dieser Anteil wiederum etwas höher.

Tabelle 13: Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Pflegeversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in Prozent des Ausgangswertes)

Modell	Beitragssatzparität		Globalparität			
	Beitragssatz		Beitragssatz auf lohnbezogene Beiträge		Tragung der lohnbezogenen Beiträgen	
	Gesamt	Hälftig	AG	AN	AG	AN
Status quo	2,55	1,28	1,28	1,28	50,0%	50,0%
Variante 7 (G)	2,13	1,07	1,12	1,07	51,25%	48,75%
Modell 1 (G)	1,98	0,99	1,05	0,99	51,54%	48,46%
Modell 2 (G)	1,79	0,89	0,98	0,89	52,24%	47,76%
Variante 3 (G)	2,43	1,21	1,28	1,21	51,25%	48,75%
Variante 5 (G)	2,28	1,14	1,21	1,14	51,53%	48,47%
Variante 6 (G)	2,15	1,08	1,17	1,08	52,10%	47,90%

Quelle: eigene Berechnungen.

4.2. Verteilungswirkungen

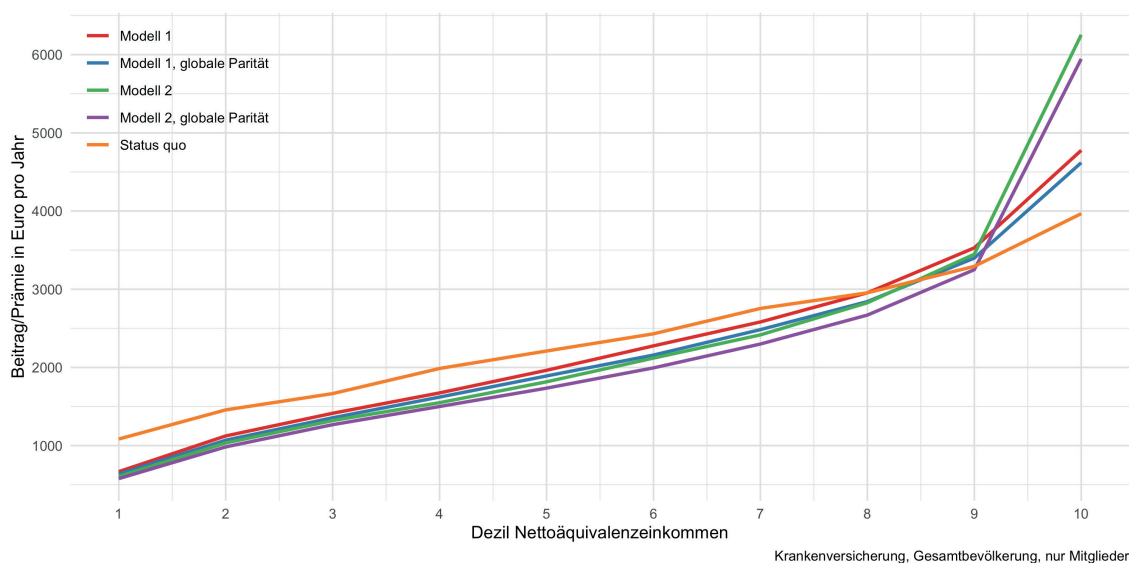
Die Analyse der Verteilungswirkungen erfolgt durch einen Vergleich der Beiträge im Status quo mit denen in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ (Modell 1 und 2). Dabei können drei Populationen unterschieden werden: bisher GKV/SPV-Versicherte, bisher PKV/PPV-Versicherte und die Gesamtbevölkerung (bisher gesetzlich und privat Versicherte).

Zu beachten ist bei der Interpretation der Ergebnisse, dass in den Prämien der Privatversicherungssysteme derzeit Altersrückstellungen enthalten sind, die in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ nicht mehr aufgebaut werden. Dadurch verringert sich das durch Beiträge zu finanzierende Volumen in zum Umstellungszeitpunkt zu Lasten zukünftiger Beitragszahlungen. Jedoch gilt das bei langfristiger Betrachtung nur solange in den Altersrückstellungen per Saldo mehr Kapital angespart als entspart wird.

Krankenversicherung

Abbildung 1 zeigt die absoluten Beiträge der Privathaushalte zur Krankenversicherung im Status quo und in den Modellen einer solidarischen Gesundheitsversicherung ohne (Modell 1 und Modell 2) und mit (Modell 1G und Modell 2G) Globalparität in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen.

Abbildung 1: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für die Gesamtbevölkerung



Angegeben ist der Durchschnitt von Durchschnittswerten: Erstens streuen die auch bei gleichem Nettoäquivalenzeinkommen aufzubringenden Beiträge, während hier nur der Mittelwert angegeben ist. Zweitens werden lediglich die Mittelwerte für das jeweilige Dezil angegeben und durch Linien miteinander verbunden. Der zum X-Achsenwert korrespondierende Y-Achsenwert gibt somit an, welche Beiträge von Beitragszahlenden im entsprechenden Dezil durchschnittlich aufgebracht werden. Im vierten Dezil ist das im Status quo beispielsweise ein Betrag von jährlich 2.000 Euro. Dies entspricht in etwa dem Betrag, den Beitragszahler im 35. Perzentil (als Mitte im vierten Dezil) aufbringen. Im Status quo steigen diese Durchschnittsbeiträge mit dem Nettoäquivalenzeinkommen bis zum 7. Dezil, (mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von monatlich 2.187 bis 2.460 Euro; vgl. Tabelle 6 für die Einkommensgrenzen der Dezile) annähernd linear. Danach flacht der Beitragsanstieg etwas ab, weil dann die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze zu Tage tritt. Der Anstieg zum 9. und 10. Dezil ist dann wiederum stärker, was darauf zurückzuführen ist, dass hier sehr hohe Einkommen vorliegen und die Beitragsbemessungsgrenze zunehmend praktisch jeden betrifft. Auch in den Modellen der „solidarischen Krankenversicherung“ steigt der Beitrag – wie in Sinne der Einkommensumverteilungsfunktion der Sozialversicherung erwünscht – mit dem Einkommen. Da die Beitragsbemessungsgrenze hier erhöht (Modell 1) bzw. sogar aufgehoben (Modell 2) ist, liegt der Beitrag für das 10. Dezil deutlich höher, insbesondere in Modell 2. Die Globalparität (Modell 1G und 2G) verringert die Beitragsbelastung im Vergleich zum entsprechenden Modell einer solidarischen Krankenversicherung mit hälftigem Beitragssatz (Modell 1 und 2) jeweils. Erkennbar ist zudem, dass die Beiträge in einer solidarischen Gesundheitsversicherung für Bezieher niedrigerer Einkommen unterhalb der Beiträge im Status quo liegen, bei (sehr) hohen Einkommen aber darüber.

Zur Verdeutlichung des differenziellen Effekts zeigt Abbildung 2 die hieraus resultierenden Be- und Entlastungen. Der „break even point“ wird in Modell 1 im 8. Dezil erreicht, in Modell 2G im 9. und in den Modellen 1G und 2 dazwischen. Für die 10 % der einkommensstärksten Beitragszahler*innen (10. Dezil) steigen die jährlichen Beiträge in Modell 1G und Modell 1 durchschnittlich um rund 600 bis 800 Euro, in Modell 2G und 2 um rund 2.000 bis 2.500 Euro.

Abbildung 2: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung

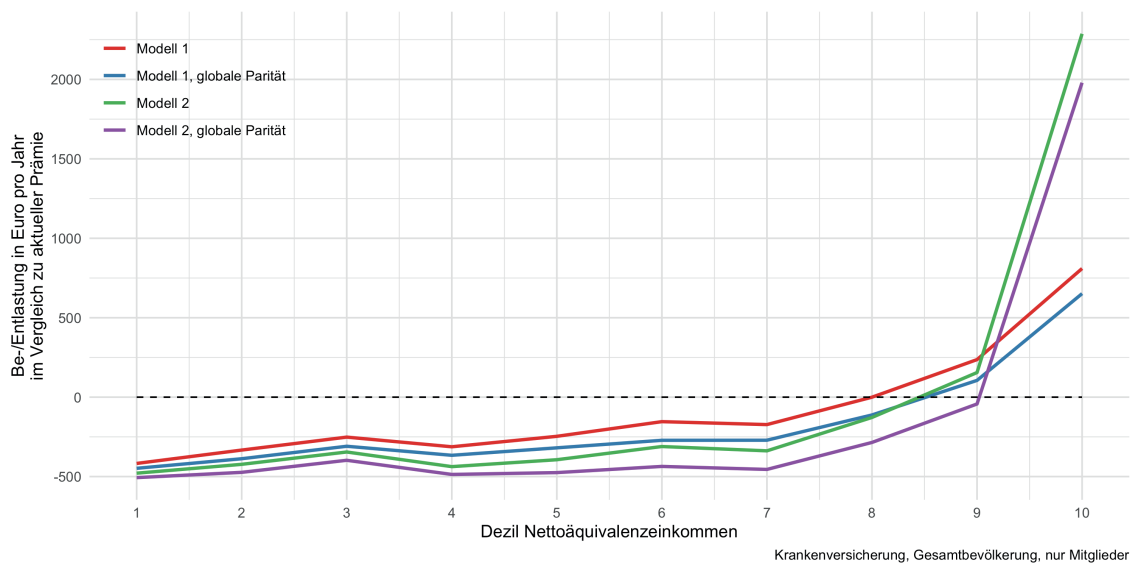


Tabelle 14: Durchschnittliche jährliche Krankenversicherungsbeiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für die Gesamtbevölkerung

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung zu Status quo		Beitrag	Veränderung zu Status quo	
			absolut	relativ		absolut	relativ
1. Dezil	1.084	667	-417	-38%	606	-479	-44%
2. Dezil	1.457	1.124	-333	-23%	1.034	-423	-29%
3. Dezil	1.665	1.414	-252	-15%	1.320	-345	-21%
4. Dezil	1.987	1.674	-312	-16%	1.549	-437	-22%
5. Dezil	2.210	1.963	-247	-11%	1.816	-394	-18%
6. Dezil	2.430	2.276	-154	-6%	2.119	-311	-13%
7. Dezil	2.754	2.581	-173	-6%	2.416	-338	-12%
8. Dezil	2.954	2.954	0	0%	2.827	-128	-4%
9. Dezil	3.292	3.529	236	7%	3.447	155	5%
10. Dezil	3.966	4.776	810	20%	6.253	2.287	58%

Quelle: eigene Berechnungen.

Da die Globalparität im Vergleich zu dem Modell, auf das sie angewendet wird (also Modell 1 bzw. Modell 2), nur die Beitragslast von Arbeitnehmer*innen auf

Arbeitgeber*innen umverteilt, führt sie regelmäßig zu einer Belastungsverringerung für die Versicherten.

Tabelle 14 zeigt die zu zahlenden Beiträge bzw. Prämien im Status quo sowie in einer solidarischen Gesundheitsversicherung und die absoluten und relativen Differenzen der Reformmodelle zum Status quo diesen. In beiden Modellen der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ ist die absolute und relative Entlastung im ersten Dezil am größten, während eine Belastung nur im 9. und 10. Dezil zu verzeichnen ist. Die Entlastungen sind in Modell 2 dabei jeweils ausgeprägter. Gleiches gilt aber auch für die Belastung im letzten Dezil, die in Modul 2 mehr als 50 % des Ausgangswertes beträgt.

Bei Betrachtung der absoluten Beiträge und resultierender Beitragsveränderungen lediglich für *derzeit in der GKV versicherte Beitragszahler*innen* (Abbildung 3, Abbildung 4, Tabelle 15) zeigt sich dieses Bild sogar noch deutlicher: Eine höhere durchschnittliche Belastung ergibt sich in Modell 1 nur in den beiden oberen Dezilen und in Modell 1G, 2 und 2G sogar nur im obersten Dezil der 10% Einkommensstärksten. Ent- und Belastung sind an den Rändern der Einkommensverteilung (absolut und relativ) bei den GKV-Versicherten etwas weniger ausgeprägt als bei der Population aller Versicherten.

Abbildung 3: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für GKV-Mitglieder

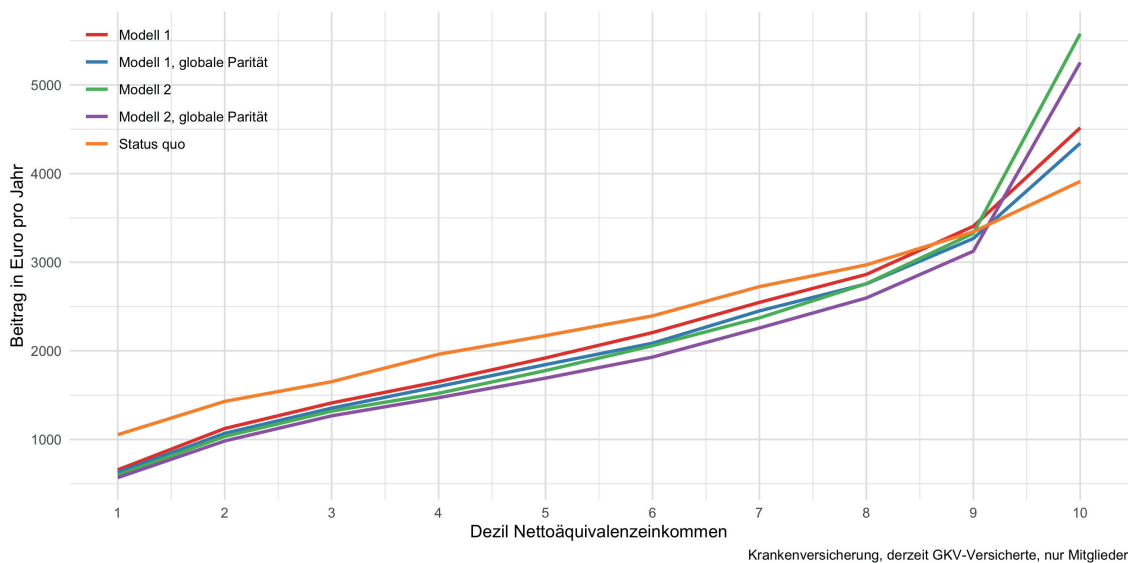


Abbildung 4: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder

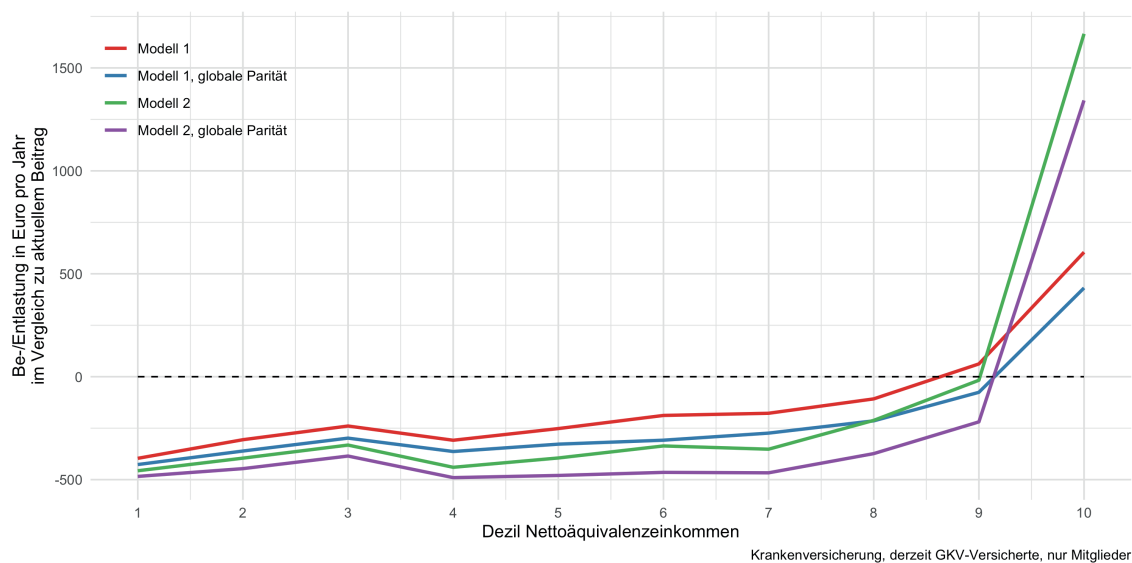


Tabelle 15: Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für GKV-Versicherte

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ
1. Dezil	1.054	657	-396	-38%	597	-457	-43%
2. Dezil	1.430	1.124	-306	-21%	1.034	-396	-28%
3. Dezil	1.652	1.412	-240	-15%	1.320	-332	-20%
4. Dezil	1.961	1.652	-309	-16%	1.521	-440	-22%
5. Dezil	2.172	1.920	-252	-12%	1.777	-395	-18%
6. Dezil	2.394	2.206	-188	-8%	2.058	-336	-14%
7. Dezil	2.724	2.547	-178	-7%	2.372	-352	-13%
8. Dezil	2.970	2.863	-108	-4%	2.758	-212	-7%
9. Dezil	3.344	3.406	62	2%	3.326	-17	-1%
10. Dezil	3.912	4.517	605	15%	5.577	1.666	43%

Quelle: eigene Berechnungen.

Werden lediglich *derzeit in der PKV versicherte Personen* betrachtet, ergibt sich ein anderes Bild: Die derzeit gezahlten Prämien werden einkommensunabhängig

ermittelt und bewegen sich weitgehend im Bereich von 200-300 Euro pro Monat. In der „solidarischen Krankenversicherung“ steigt der Beitrag dagegen systematisch mit dem Einkommen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für derzeit PKV-Versicherte

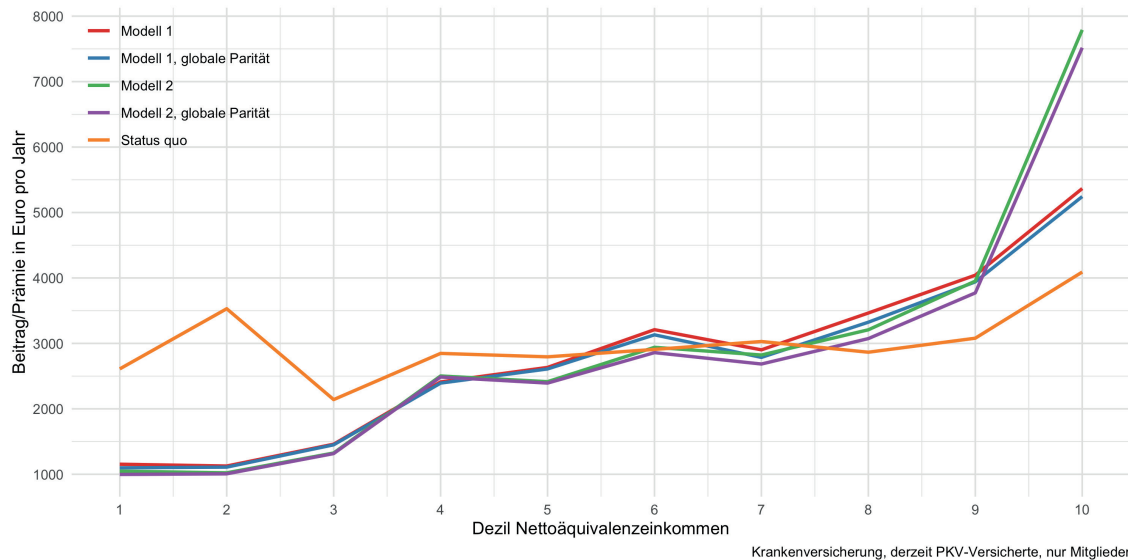
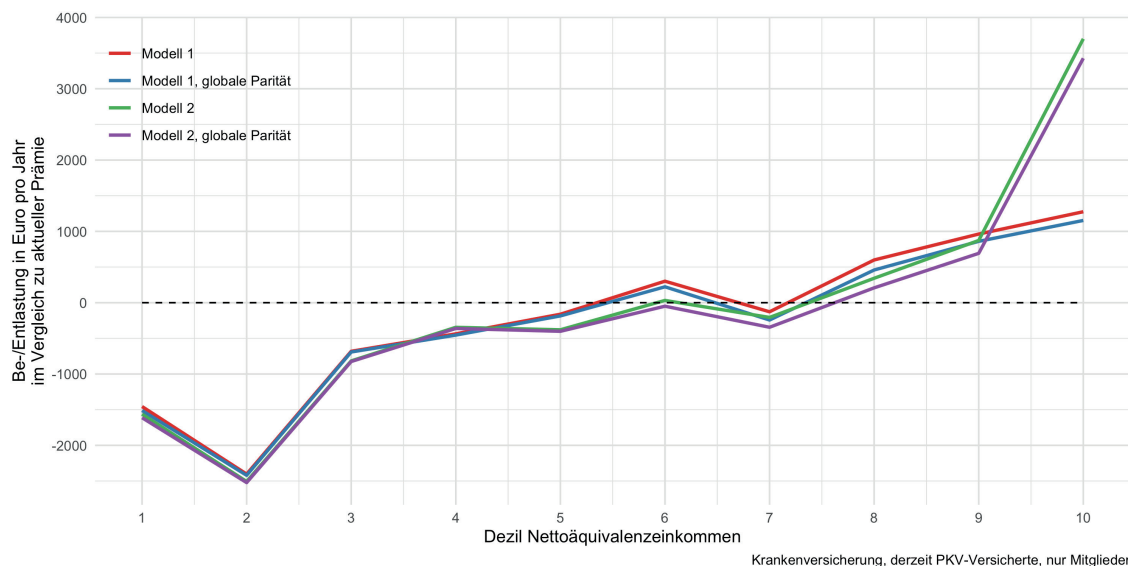


Abbildung 6: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Gesundheitsversicherung und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für derzeit PKV-Versicherte



Hieraus ergibt sich, dass die Privatversicherten bis ins fünfte Dezil durchschnittlich entlastet werden.¹², während eine durchschnittliche Belastung von mehr als 1.000 Euro im Jahr auf das oberste Einkommensdezil beschränkt bleibt (Abbildung 6, Tabelle 16). In Modell 1 liegt die Mehrbelastung für die beitragszahlenden Versicherten in diesem Dezil bei monatlich rund 100 Euro und in Modell 1G noch etwas niedriger. Sehr große Mehrbelastungen von monatlich rund 300 Euro zeigen sich dabei in Modell 2 und zwar sowohl mit als auch ohne Globalparität.

Tabelle 16: Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für bislang PKV-Versicherte

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ
1. Dezil	2.611	1.155	-1.456	-56%	1.048	-1.562	-60%
2. Dezil	3.530	1.127	-2.403	-68%	1.023	-2.507	-71%
3. Dezil	2.142	1.460	-681	-32%	1.326	-816	-38%
4. Dezil	2.848	2.411	-436	-15%	2.503	-345	-12%
5. Dezil	2.795	2.633	-161	-6%	2.415	-380	-14%
6. Dezil	2.908	3.210	302	10%	2.940	32	1%
7. Dezil	3.029	2.902	-127	-4%	2.823	-206	-7%
8. Dezil	2.865	3.465	599	21%	3.208	343	12%
9. Dezil	3.080	4.042	963	31%	3.953	873	28%
10. Dezil	4.091	5.366	1.276	31%	7.790	3.700	90%

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist schließlich, dass für den Status quo lediglich die Prämienzahlungen abzüglich eventueller Zuschüsse der Arbeitgeber*innen oder der Rentenversicherung als Ausgaben für die PKV berücksichtigt wurden, nicht aber die Eigenanteile in Tarifen mit Selbstbeteiligung.

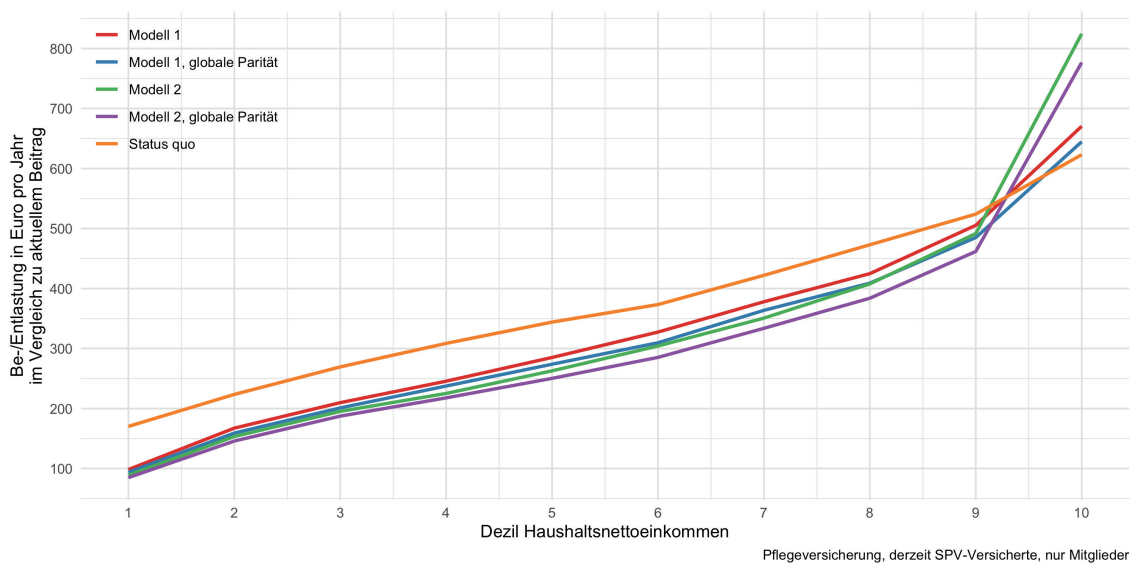
¹² Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Privatversicherten in den unteren Einkommensdezilen gering ist (vgl. Tabelle 6). Wenn eine Entlastung bis ins 5. Dezil zu beobachten ist, heißt das daher nicht, dass auch die Hälfte der Privatversicherten entlastet werden.

Bei Einbezug dieser Selbstbeteiligung, ergäben sich für bislang PKV-Versicherte noch weitere Entlastungen. Dass auch Privatversicherte zu großen Anteilen entlastet werden, ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass im Umlageverfahren keine Altersrückstellungen aufgebaut werden müssen und der Gesamtbeitragsbedarf dadurch reduziert wird.

Pflegeversicherung

Da das Sozio-ökonomische Panel keine Angaben zu den Prämien für die private Pflegepflichtversicherung enthält, kann der Status quo verlässlich nur für die Pflege sozialversicherten abgebildet werden. Für sie kann nachstehend auch gezeigt werden, welche differenziellen Veränderungen sich im Vergleich zum Status quo ergeben. Für die Privatversicherten und damit auch für die Gesamtbevölkerung können nur die Beitragshöhen der „solidarischen Pflegeversicherung“ angegeben werden.

Abbildung 7: Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommen für bislang SPV-Versicherte



Für die Sozialversicherten zeigt sich in der Pflegeversicherung ein ähnliches Bild wie in der Krankenversicherung. Sowohl im Status quo als auch in der „solidarischen Pflegeversicherung“ steigt der Beitrag mit dem Nettoeinkommen (Abbildung 7). Bis zum 9. Dezil liegt die Belastung im Status quo dabei höher als in der „solidarischen Pflegeversicherung, und lediglich im letzten Dezil sind die

durchschnittlichen Beiträge aller hier betrachteten Reformmodelle höher als im Status quo).

Abbildung 8: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Pflegeversicherung und dem Status quo nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für SPV-Mitglieder

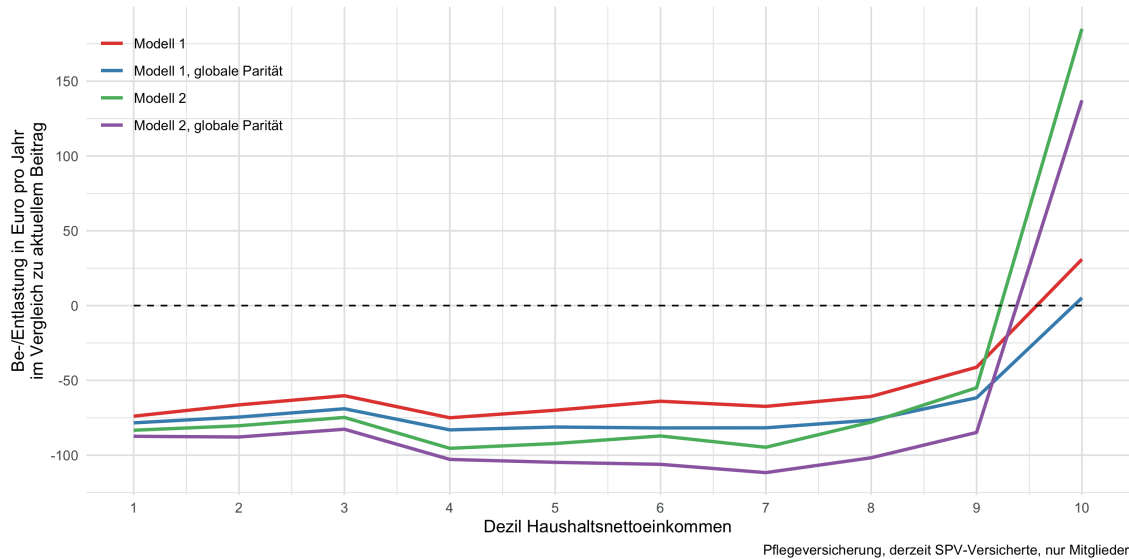


Tabelle 17: Durchschnittliche monatliche Beiträge und Differenzen zwischen Status quo und Modellen einer solidarischen Pflegeversicherung bei derzeit SPV-Versicherten

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung zu Status quo		Beitrag	Veränderung zu Status quo	
			absolut	relativ		absolut	relativ
1.–10.	170 €	98 €	-74 €	-43%	89 €	-83 €	-48%
11.–20.	224 €	167 €	-66 €	-28%	153 €	-80 €	-34%
21.–30.	269 €	210 €	-60 €	-22%	195 €	-75 €	-28%
31.–40.	309 €	246 €	-75 €	-23%	225 €	-95 €	-30%
41.–50.	344 €	285 €	-70 €	-20%	263 €	-92 €	-26%
51.–60.	373 €	327 €	-64 €	-16%	304 €	-87 €	-22%
61.–70.	422 €	378 €	-67 €	-15%	351 €	-95 €	-21%
71.–80.	473 €	425 €	-61 €	-13%	408 €	-78 €	-16%
81.–90.	524 €	505 €	-41 €	-8%	492 €	-55 €	-10%
91.–100.	623 €	670 €	31 €	5%	824 €	185 €	29%

Datenquelle: eigene Berechnungen.

Dies verdeutlichen auch Abbildung 8 und Tabelle 17, in denen die Veränderungen zum Status quo ausgewiesen sind: Während die Mehrbelastung im letzten Dezil in Modell 1 und insbesondere in Modell 1G noch sehr niedrig ist, erreichen sie in Modell 2 einen Betrag von monatlich rund 15 Euro. Die Höhe der Entlastung ist in den ersten acht Dezilen betraglich jeweils ähnlich hoch, was einer mit dem Einkommen tendenziell abnehmenden relativen Entlastung (bezogen auf den Beitrag im Status quo) entspricht. Niedrigeinkommenbezieher im ersten Dezil profitieren von der Entlastung im Umfang von 43 % (Modell 1) bzw. 48 % (Modell 2) in besonderem Maße.

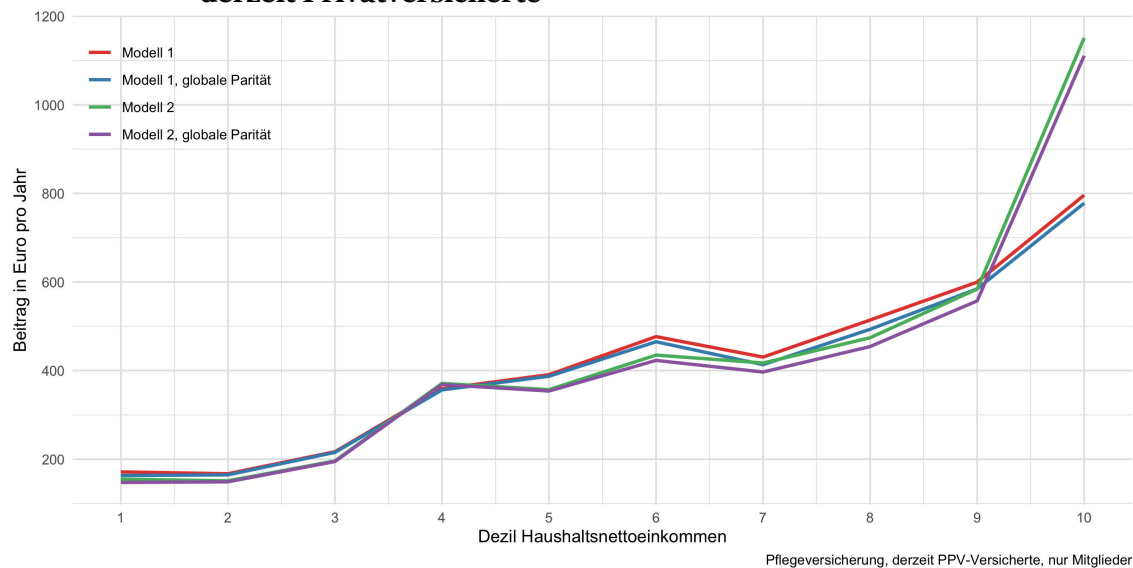
Wird auf die *Gesamtbevölkerung* abgestellt, ergibt sich ein zu Abbildung 7 weitestgehend identisches Bild (Abbildung 9).

Abbildung 9: Durchschnittliche jährliche Beiträge in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung



Bei Betrachtung der Prämien für derzeit in der *PPV versicherte Personen* (Abbildung 10) ist der Verlauf dagegen etwas wellenförmiger bei gleichwohl steigender Tendenz. Der „unruhige“ Kurvenverlauf ist darauf zurückzuführen, dass die Einkommensdezile einheitlich für die Gesamtbevölkerung festgelegt wurden, und die Zahl der Privatversicherten gerade in den unteren Einkommensdezilen daher gering ist, so dass hier stichprobenbedingte Verzerrungen zu erkennen sind.

Abbildung 10: Durchschnittliche jährliche Beiträge in einer solidarischen Pflegeversicherung nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für derzeit Privatversicherte



Deutlich ist der Unterschied aber wieder im obersten Dezil: Liegen die jährlichen Beiträge gemäß Modell 1, 1G, 2 und 2G in diesem Dezil bei den SPV-Versicherten bei 600 (Modell 1 und Modell 1G) bzw. 800 Euro (Modell 2 und 2G) (Abbildung 7), liegen sie in der Gesamtbevölkerung jeweils um rund 100 Euro höher (Abbildung 9). Grund hierfür ist der Beitrag, den Privatversicherte im letzten Dezil zahlen und der bei jährlich rund 800 Euro (Modell 1 und 1G) bzw. gut 1.100 (Modell 2 und 2G) liegt).

5. Diskussion

Modellrechnungen der vorliegenden Art unterliegen immer *Limitationen*. Eine zentrale Limitation der vorliegenden Studie ergibt sich aus der *verwendeten Datenbasis*. Die Angaben des SOEP resultieren – ebenso wie die der EVS als der alternativen Datenbasis für derartige Modellrechnungen – aus Selbstangaben, was zu Verzerrungen führen kann. Zudem kann es immer zu Verzerrungen aufgrund der Stichprobe kommen, die trotz der verwendeten Gewichtungsfaktoren nie ausgeschlossen werden kann, u. a. weil die Gewichtung selbst auch wieder auf Stichproben wie etwa den Mikrozensus zurückgreift. So zeigt sich, dass die hier verwendeten durchschnittlichen Löhne und Gehälter höher liegen als in den Berechnungen von Rothgang & Domhoff (2017), die auf der EVS beruhen – und

zwar deutlich über die bekannten Lohn- und Gehaltssteigerungen hinaus. Tatsächlich ist der Beitragssatz zur GKV, der sich auf Basis der Einkommensdaten des SOEP und der GKV-Ausgaben der amtlichen Statistik (unter Berücksichtigung von Bundeszuschuss und realisiertem Überschuss) für 2018 berechnen lässt, niedriger als der tatsächliche Beitragssatz, was ein Indikator dafür ist, dass die berechnete Grundlohnsumme die tatsächliche übersteigt. Zwar wurde dem mit einem Korrekturfaktor begegnet, der aber nur die Verzerrungen im Status quo summarisch ausgleicht. Offen bleiben jedoch eventuelle weitergehende Verzerrungen in der Einkommensverteilung, die insbesondere die Effektgröße von Reformelementen wie der Beitragsbemessungsgrenze und dem Einbezug anderer Einkommensarten beeinflussen könnte.

Eine weitere Problematik entsteht bei der Bestimmung der Ausgaben, die bisher Privatversicherte in der Sozialversicherung auslösen würden, wenn diese zu einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ ausgebaut wird. Aktuell übersteigen die *Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten* sogar die der Sozialversicherten (Ochmann et al. 2020: 25). Das ist das Ergebnis mehrerer, teils gegenläufiger Effekte: einer niedrigeren Morbidität Privatversicherter, höherer Vergütungssätze für Privatversicherte in der ambulanten ärztlichen Versorgung und höherer Leistungsinanspruchnahmen bei gleicher Erkrankung u. a. aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage. Da die beiden letztgenannten Faktoren in der solidarischen Gesundheitsversicherung entfallen, ist davon auszugehen, dass deren Pro-Kopf-Ausgaben sinken, wenn sie sozialversichert sind. In den Berechnungen wurden daher – wie auch bei Ochmann et al. (2020: 25) in der Variante 2 die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile der GKV zugrunde gelegt. In Hinblick auf die niedrigere altersspezifische Morbidität der aktuell Privatversicherten, die sich etwa in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeigt (Rothgang 2019b), könnten die Ausgaben damit überschätzt werden, die im Durchschnitt höhere Artikulationsfähigkeit der Privatversicherten könnte andererseits sogar dazu führen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben so unterschätzt werden.

Schließlich sei auf die im Privatversicherungsvertrag geregelte *Selbstbeteiligungen* bei Privatversicherten hingewiesen. Im Jahr 2005 hatten etwa 70 % der PKV-Versicherten ohne Beihilfeanspruch sowie etwa 20 % Beihilfeberechtigte eine

Selbstbeteiligung vereinbart. Aktuelle Angaben zur Höhe vereinbarter oder tatsächlich fälliger Selbstbeteiligung sind jedoch nicht verfügbar. Im Jahr 2001 betrug diese durchschnittlich zwischen 400 und 800 Euro pro Jahr, abhängig vom Alter der Versicherten (Grabka 2006). In Deutschland ist die Selbstbeteiligung rechtlich auf maximal 5.000 Euro pro Jahr beschränkt (§ 193 Abs. 3 VVG). In der solidarischen Krankenversicherung werden die Privatversicherten durch Wegfall dieser Selbstbeteiligungen entlastet, aufgrund fehlender Daten zu den tatsächlich geleisteten Selbstbehalten wurde dieser Effekt hier aber nicht quantifiziert und blieb unberücksichtigt. Dadurch werden die Belastungen der PKV-Versicherten durch die solidarische Krankenversicherung überzeichnet und etwaige Entlastungen unterschätzt.

Zur *Einordnung* der vorstehenden Ergebnisse der Modellrechnungen können diese insbesondere mit eigenen älteren Modellrechnungen und – partiell – auch mit den Berechnungen von den Ergebnisse zweier Studie, die IGES für die Bertelsmann-Stiftung vorgenommen hat, verglichen werden.

Tabelle 18: Vergleich der Beitragssatzeffekte bisheriger Modellierungsstudien in der Krankenversicherung. Differenz zum Status quo in Prozentpunkten

	Rothgang & Domhoff 2021	Rothgang & Domhoff 2017	Rothgang et al. 2010
Modell 1	-2,3	-3,1	-2,2
Modell 2	-3,5	-3,8	-2,7
Status quo mit einer Veränderung:			
Variante 1: Anhebung BBG auf Niveau RV	-0,8	-0,8	-0,5
Variante 2: Aufhebung BBG	-1,5	-1,3	-0,8
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommen	-0,7	-1,5	-0,4
Variante 4: Einbezug bislang Privatversicherter	-0,6	-0,9	-1,1

Tabelle 18 zeigt die sich jeweils ergebenden Beitragssatzreduktionen, die sich aus einer Erweiterung des versicherten Personenkreis auf die Gesamtbevölkerung, dem Einbezug aller Einnahmenarten in die Beitragspflicht und der Anhebung der BBG auf den Wert der BBG der Rentenversicherung (West) bzw. dessen Aufhebung einzeln und kumuliert ergeben. Die Studien aus den Jahren 2010 und 2021

nutzen dabei SOEP-Daten, die Berechnungen von 2017 hingegen Daten der EVS. In Bezug auf das Grundmodell der solidarischen Krankenversicherung stimmen die Ergebnisse der beiden SOEP-basierten Studien sehr gut überein, während der Effekt auf Basis der EVS größer ist. Letzteres gilt auch für Modell 2. Allerdings zeigt die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in den vorliegenden Berechnungen einen deutlich größeren Effekt als 2010. Entsprechend ist dies auch nur in der aktuellen Berechnung die für sich genommen effektivste Stellschraube, wenn die Reformelemente einzeln analysiert werden (Variante 1-4).

In einer aktuellen Studie zur *Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung* aus dem Jahr 2019 (Rothgang & Domhoff 2019), für die ebenfalls SOEP-Daten verwendet wurden, ergab sich in einer Modellierung, die weitgehend Modell 1 entspricht, eine Beitragssatzreduktion um 0,49 Prozentpunkte, die gut mit dem aktuellen Wert von 0,57 Prozentpunkten übereinstimmt. Im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung wurden 2020 unter anderem die finanziellen Auswirkungen des Einbezugs der PKV-Versicherten in die GKV untersucht (Ochmann et al. 2020). Die Verringerung des Beitragssatzes betrug dort zwischen 0,6 und 0,7 Prozentpunkte und ist damit deckungsgleich mit der Effektstärke der Variante 4 in den vorliegenden Berechnungen.

Gemeinsam ist allen genannten Modellierungsstudien, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verringerung der Beitragssätze führen. Effektgrößen einzelner Reformelemente weisen jedoch Differenzen auf, welche insbesondere auf Grund unterschiedlicher Datenquellen oder durch Veränderungen in der Einkommensverteilung in den Datensätzen und der Bezugsbevölkerung resultieren können.

Die hier vorgelegten Berechnungen bestätigen damit die bereits vorliegenden Untersuchungen weitgehend:

- Durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Beitragspflicht für alle Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze kann der Beitragssatz – ceteris paribus – deutlich gesenkt werden. Dieser Effekt ist in der Pflegeversicherung noch deutlich stärker ausgeprägt als in der Krankenversicherung
- Diese Beitragssatzreduktion führt zu einer Beitragsentlastung von 80-90 % der derzeit Sozialversicherten. Ein besonders starker Effekt zeigt sich

bei einkommensschwächsten Versicherten. Diese Entlastung wird durch die Absenkungen der Mindestbemessungsgrenze befördert, die sich diesbezüglich als effektive Maßnahme erweist.

- Lediglich die 10 % einkommensstärksten Versicherten werden in der Krankenversicherung belastet – insbesondere durch Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze. Bei Privatversicherten greift die Belastung schon früher. Dennoch kommt es auch bei diesen in den ersten fünf Dezilen zu einer durchschnittlichen Entlastung. Ein Grund für die weitgehenden Entlastungen ist, dass die Leistungen für bisher Privatversicherte nicht mehr gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet werden, die für gleiche Leistungen durchschnittlich höhere Entgelt vorsieht und im Umlageverfahren keine Altersrückstellungen aufgebaut werden müssen.

Erstmals modelliert wurde die „Globalparität“. Diese ermöglicht die Verbeitragung aller Einkommensarten, ohne dadurch die Arbeitgeber*innen zu entlasten. Im Vergleich zur bloßen Beitragssatzparität sinkt dadurch die Beitragslast der Arbeitnehmer*innen insgesamt. Bei Beitragssatzparität führt die Einführung einer Beitragspflicht auf nicht lohnbezogene Einnahmen dazu, dass der gesamte darauf entfallene Beitrag von den Arbeitnehmer*innen allein getragen wird, die so sehr stark belastet werden. Durch die Globalparität wird dies verhindert und die horizontale Gerechtigkeit bleibt gewahrt: unabhängig von der Art der Einnahmen, ist der von Arbeitnehmer*innen zu tragende Beitrag stets gleich (vgl. Tabelle 12).

Denkbar wäre auch eine andere Variante der Globalparität: Wenn die Versicherten auf die nicht-lohnbezogenen Einnahmen weiterhin den vollen anstatt des halben Beitragssatzes zahlen würden, gäbe es – bei gleicher Belastung der Arbeitgeber – eine andere – Lastentragung innerhalb der Gruppe der Arbeitnehmer*innen, die wiederum am Beispiel des Modell 1 dargestellt werden soll (Tabelle 19). Nicht lohnbezogene Einkommensanteile würden aus Sicht der Versicherten stärker verbeitragt als die lohnbezogenen Anteile, da sie für diese AN- und AG-Beitragsatz tragen müssen. Gleichzeitig würde der Gesamtbeitragssatz für lohnbezogene Einnahmen im Vergleich zum „Standardmodell“ der Globalparität sinken (13,34 Prozent statt 13,76 Prozent), da die nicht-lohnbezogenen Einnahmen nun insgesamt doppelt so stark belastet würden. Da nicht-lohnbezogene Anteile stärker

in den oberen Einkommensgruppen als in den unteren vorkommen, wäre eine so gestaltete Globalparität wahrscheinlich stärker umverteilend.

Tabelle 19: Beitragssätze bei Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten im Standardmodell und einer Variante

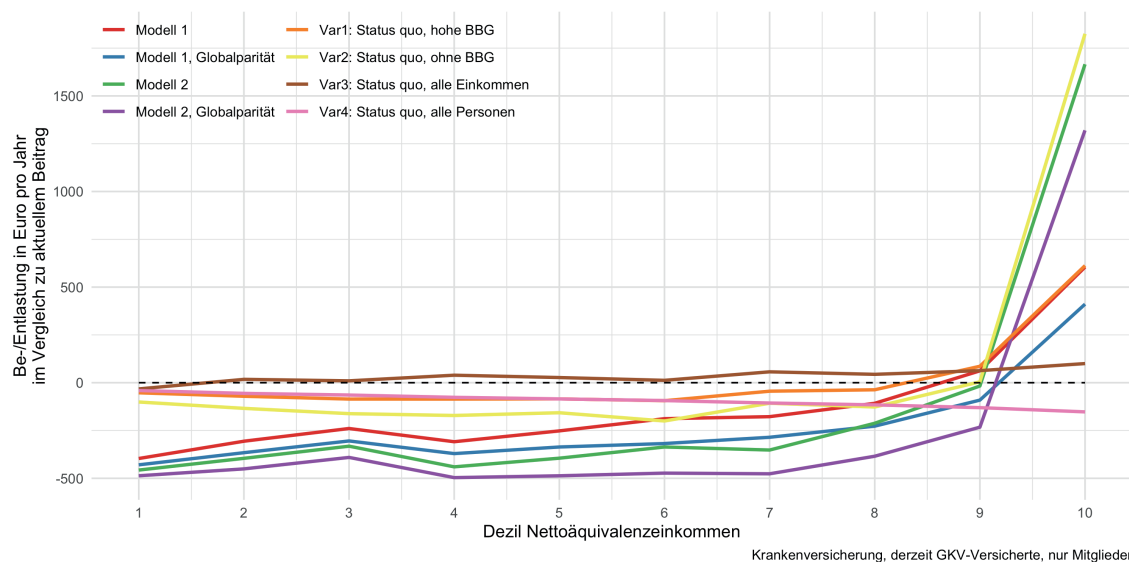
Beiträge auf ...	„Standardmodell“			„Variante“		
	AN-Bei- tragssatz	AG-Bei- tragssatz	Gesamt- beitragssatz	AN-Bei- tragssatz	AG-Bei- tragssatz	Gesamt- beitragssatz
Gesamteinnahmen	6,67%	6,67%	13,34%	6,67%	6,67%	13,34%
Lohnbezogene Einnahmen	6,67%	7,09%	13,76%	6,25%	7,09%	13,34%
Nicht-lohnbezogene Einnahmen	6,67%	0	6,67%	13,34%	0	13,34%

Der Preis hierfür wäre allerdings die Aufgabe der horizontalen Gerechtigkeit bezüglich verschiedener Einkommensarten für die Arbeitnehmer*innen, da die Beitragslast dann bei gleichem Einkommen von der Zusammensetzung des Einkommens nach Einkommensarten abhängt. Dies ist insofern problematisch als die Herstellung horizontaler Gerechtigkeit ein Grund dafür ist, die Verbeitragung nicht-lohnbezogener Einnahmen überhaupt zu fordern (s. Abschnitt 1). An dieser Stelle zeigt sich ein unauflöslicher Zielkonflikt. Von drei Zielen, nämlich 1. der Global- und nicht nur die Beitragssatzparität, 2. der Verbeitragung aller Einkommensarten mit dem gleichen, vollen Beitragssatz und 3. der horizontale Gerechtigkeit aus Sicht der Versicherten, können maximal zwei gleichzeitig erfüllt werden. Die beiden aufgezeigten Varianten der Globalparität verletzen jeweils ein anderes Ziel.

Bemerkenswert ist in diesem Kontext auch ein in den vorstehenden Darstellungen nicht ausgewiesenes Ergebnis in Bezug auf die Be- und Entlastung bislang GKV-Versicherter Mitglieder durch die Reformmodelle: In Variante 3, dem Einbezug anderer Einkommensarten bei Konstanz der Beitragsbemessungsgrenze, werden die GKV-Mitglieder ab dem 2. Dezil belastet (Abbildung 11). Hintergrund hierfür ist, dass der entlastende Beitragssatzeffekt in dieser Konstellation mit 0,7 Beitragssatzpunkten (vgl. Tabelle 8) eher gering ist, da ein größerer Teil dieser weiteren Einnahmenarten aufgrund der niedrigen Beitragsbemessungsgrenze nach wie vor nicht beitragspflichtig werden, und der belastende Effekt einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage daher bei weiten Teilen der Versicherten

überwiegt. Im Hinblick auf die Verteilungswirkungen ist diese Variante daher kritisch zu sehen.

Abbildung 11: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen Reformmodellen und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder



Anstatt den Beitragsatz zu senken, können die Effekte der Reformmodelle auch genutzt werden, um – bei unverändertem Beitragssatz – *Mehreinnahmen* zu generieren. Um deren Umfang zu berechnen, müssen die in Tabelle 8 (für die Krankenversicherung) bzw. Tabelle 9 (für die Pflegeversicherung) auf die jeweiligen Gesamtbemessungsgrundlagen bezogen werden.

Tabelle 20: Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Krankenversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes

Modelle und Varianten	Beitragssatz-effekt	Bemessungs-grundlage (in Mrd. Euro)	Mehrein-nahmen (in Mrd. Euro)
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	2,3%	1.964	44,430
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	3,5%	2.163	75,539
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	0,8%	1.526	12,648
Variante 2: Aufhebung der BBG	1,5%	1.604	24,858
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einnahmearten	0,7%	1.515	10,977
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	0,6%	1.747	10,635

Tabelle 20 zeigt das Ausmaß der Mehreinnahmen für die betrachteten Modelle und Varianten in der Krankenversicherung: Während die Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung, die Erweiterung der Beitragspflicht auf alle Einnahmenarten oder der Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung – bei konstantem Beitragssatz – rechnerisch Mehreinnahmen von 10-12 Mrd. Euro generiert, ist der Einnahmeneffekt der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze bereits doppelt so groß. Durch Kombination dieser Maßnahmen resultieren im Grundmodell rechnerisch Mehreinnahmen von gut 44 Mrd. Euro und in Modell 2 sogar solche von mehr als 75 Mrd. Euro.

Tabelle 21 enthält die entsprechenden Ergebnisse für die Pflegeversicherung. Naturgemäß sind die absoluten Beträge bei diesem deutlich kleineren System geringer. Aber auch in der Pflegeversicherung sind durch Einführung der solidarischen Pflegeversicherung rechnerisch Mehreinnahmen von mehr als 11 Mrd. Euro (Modell 1) bzw. sogar mehr als 16 Mrd. Euro (Modell 2) möglich.

Tabelle 21: Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Pflegeversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes

Modelle und Varianten	Beitragssatz- effekt	Bemessungs- grundlage (in Mrd. Euro)	Mehrein- nahmen (in Mrd. Euro)
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	0,57%	1.965	11,228
Modell 2: Solidarische Gesundheits- versicherung bei Aufhebung der BBG	0,76%	2.164	16,470
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	0,14%	1.527	2,131
Variante 2: Aufhebung der BBG	0,26%	1.605	4,174
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einnahmearten	0,12%	1.516	1,836
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	0,32%	1.748	5,541

Wird der erzeugte Spielraum nicht zur Verringerung des Beitragssatzes genutzt, können die dann resultierenden Mehreinnahmen alternativ zur Ausweitung des Leistungsumfanges der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, bei-

spielsweise durch Abschaffung von Zuzahlungen und Begrenzung von Eigenanteilen, zur besseren Vergütung von Pflegekräften oder zur Erhöhung der Pflegekräftezahl in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Der Weg der Leistungsverbesserungen und der Netto-Absenkung finanzieller Belastungen erscheint besonders in der Pflegeversicherung attraktiv, weil deren Teilleistungscharakter bisher dazu führt, dass etwa eine bessere Personalausstattung für Pflegeeinrichtungen oder eine tarifliche Bezahlung der Beschäftigten, die zu höheren Vergütungssätzen führen, vollumfänglich von den Menschen mit Pflegebedarf zu refinanzieren ist.

Bei unverändertem Beitragssatz könnten die in Tabelle 21 ausgewiesenen Zusatzeinnahmen beispielhaft genutzt werden, um

- den Personalmehrbedarf 115.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte, der sich im Projekt zur Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens gezeigt hat (Rothgang und das PeBeM-Team 2020) zu finanzieren (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 4,6 Mrd. Euro bei unterstellten jährlichen Arbeitgeberkosten von 40.000 Euro) und
- die durchschnittliche Entlohnung von (gerechnet in Vollzeitäquivalenten) rund 400.000 Pflegefach- und Hilfskräften in der Langzeitpflege (Statistisches Bundesamt 2019: 29, 41) um 550 Euro (BA 2019) anzuheben und so die Gehaltslücke zum Krankenhausbereich zu schließen (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 2,6 Mrd. Euro) und
- die monatlichen pflegebedingten Eigenanteile (einschließlich der umgelegten Ausbildungskosten) von derzeit rund 900 Euro (Rothgang 2021: 12) für 780 Tausend Bewohner*innen von Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (Rothgang und das PeBeM-Team 2020) auf 450 Euro abzusenken (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 4,2 Mrd. Euro, finanzierbar bei Modell 1) bzw. auf null zu senken (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 8,4 Mrd. Euro, finanzierbar bei Modell 2).

6. Fazit

Im vorliegenden Gutachten wurden die Auswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und einer „solidarischen Pflegeversicherung“ auf die jeweiligen Beitragssätze sowie die damit einhergehenden Verteilungswirkungen dargestellt. Es konnte festgestellt werden, dass mit der Erweiterung des Versichertenkreises auf alle Personen, dem Einbezug aller Einkommen in die Beitragsbemessung und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (West) in Höhe von 78.000 Euro für das Jahr 2018 *in der Krankenversicherung* ein Beitragssatz von 13,3 % resultiert hätte. Im Vergleich zum im Jahr 2018 tatsächlich gültigen GKV-Beitragssatz von 15,6 % entspricht dies einer *Verringerung um 2,3 Prozentpunkte*. Bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde der Beitragssatz sogar lediglich 12,1 % betragen und läge damit *3,5 Prozentpunkte* unterhalb des Status quo in der GKV.

Bei gleichen Annahmen in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ könnte ein Beitragssatz für Versicherte mit Elterneigenschaft von 1,97 % bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 78.000 Euro und von 1,78 % bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze realisiert werden. Dies entspräche einer Verringerung des im Jahr 2018 gültigen Beitragssatzes von 2,55 % um *0,57 bzw. 0,76 Prozentpunkte*.

Die Verringerung des Beitragssatzes in der Kranken- und Pflegeversicherung ginge mit unterschiedlichen *Verteilungswirkungen* für die Personen in privaten Haushalten einher. Insgesamt zeigt sich, dass in der Krankenversicherung die Beitragszahler in den ersten acht Dezilen entlastet und lediglich die 20% Versicherten mit den höchsten Nettoäquivalenzeinkommen belastet würden. In der Sozialen Pflegeversicherung werden sogar die Versicherten in den ersten neun Dezilen entlastet. Selbst bislang PKV-Versicherte erfahren bis ins fünfte Dezil hinein im Durchschnitt eine Entlastung. Bei Berücksichtigung der Selbstbeteiligungen, die ein beträchtlicher Teil der PKV-Versicherten vertraglich vereinbart hat und die in der Sozialversicherung entfallen, sind die Verteilungswirkungen für die Privatversicherten sogar noch positiver.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit den drei Elementen des vergrößerten Versichertenkreises, der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage so-

wie der Erhöhung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze eine *deutliche Verringerung des Beitragssatzes* einhergeht, aus dem eine finanzielle Entlastung für einen Großteil der Bevölkerung resultiert.

Wird der erzeugte Spielraum nicht zur Verringerung des Beitragssatzes genutzt, können die dann resultierenden Mehreinnahmen alternativ zur Ausweitung des Leistungsumfanges der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, beispielsweise durch Abschaffung von Zuzahlungen und Begrenzung von Eigenanteilen, zur besseren Vergütung von Pflegekräften oder zur Erhöhung der Pflegekräftezahl in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

7. Literatur

- Albrecht, Martin / Ochmann, Richard / Schiffhorst, Guido (2016): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2020): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020, https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019a): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2018. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_Internet.pdf.
- BMG [=Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit] (2019b): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Janresdurchschnitt 2018. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, Stand: 18. März 2019, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2018.pdf.
- BMG [=Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit] (2021): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf.
- Bundesversicherungsamt (2021): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2019, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20210129_GKV_Altersausgabenprofile_1996-2019.xlsx.
- BVerfG [=Bundesverfassungsgericht] (2001): Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 - Rn. (1-93), BVerfGE 103, 197 – 225; http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html.
- Deutscher Bundestag (2004) Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG). BT-Drs. 15/3671.
- Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71-93.
- Grabka M (2006) Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Jacobs K, Klauber J, Leinert J. Berlin, WIdO.
- Groß Stefan / Rothgang Heinz (2009) Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Härpfer, Marco / Cacace Mirella / Rothgang Heinz (2009) And fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2009. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- IAQ (2021) Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 - 2019. Verfügbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf.
- Ochmann, Richard / Albrecht, Marin / Schiffhorst, Guido (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

DIE LINKE.

I M B U N D E S T A G

Fraktion DIE LINKE. im Bundestag
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
Telefon: 030/22751170, Fax: 030/22756128
E-Mail: fraktion@linksfraktion.de
V.i.S.d.P.: Jan Korte

Druck: Fraktionservice

Endfassung: Juni 2021

**Dieses Material darf nicht zu Wahlkampfzwecken
verwendet werden!**

**Mehr Informationen zu unseren parlamentarischen
Initiativen finden Sie unter: www.linksfraktion.de**

210628

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

Januar 2025

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 vergewärtigen, 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:

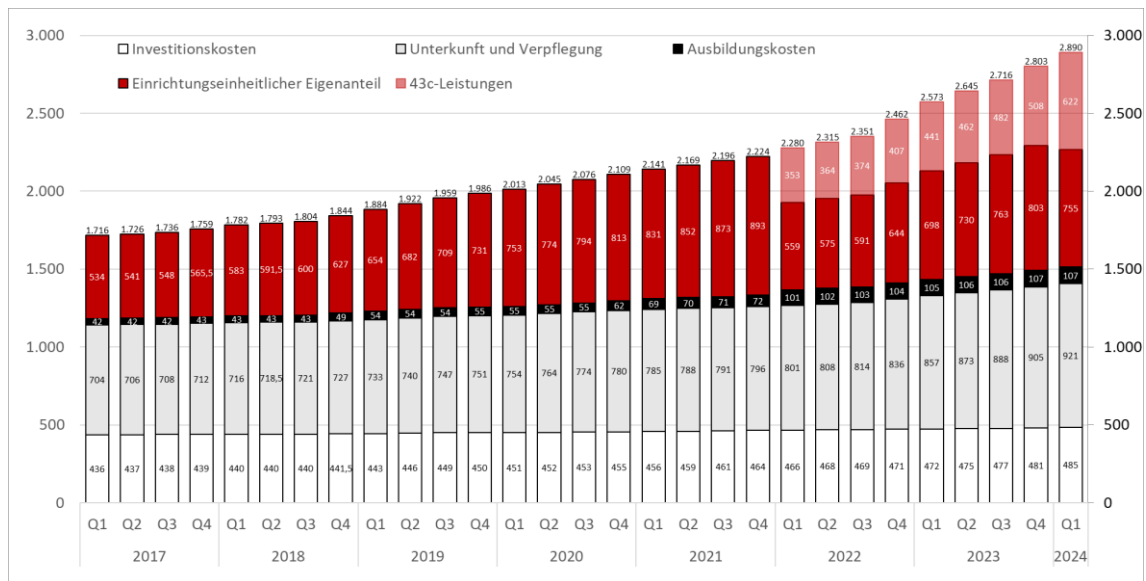
„Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“ (Gesetzesbegründung 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 Pflegestufe 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.



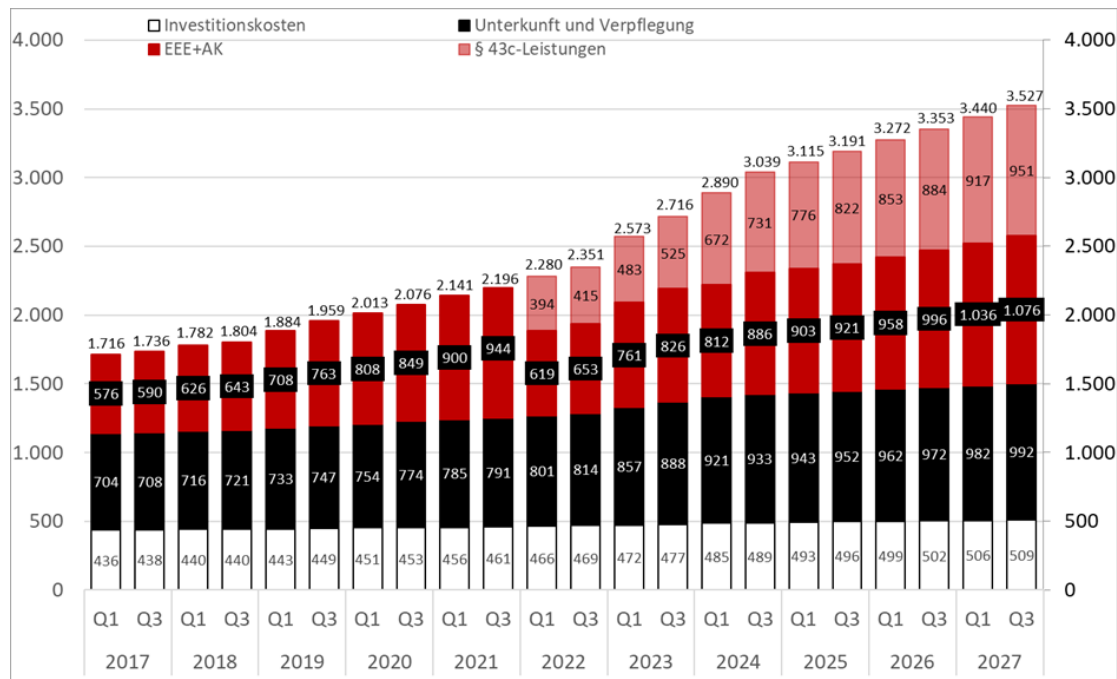
Quelle: Rothgang et al. 2024

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

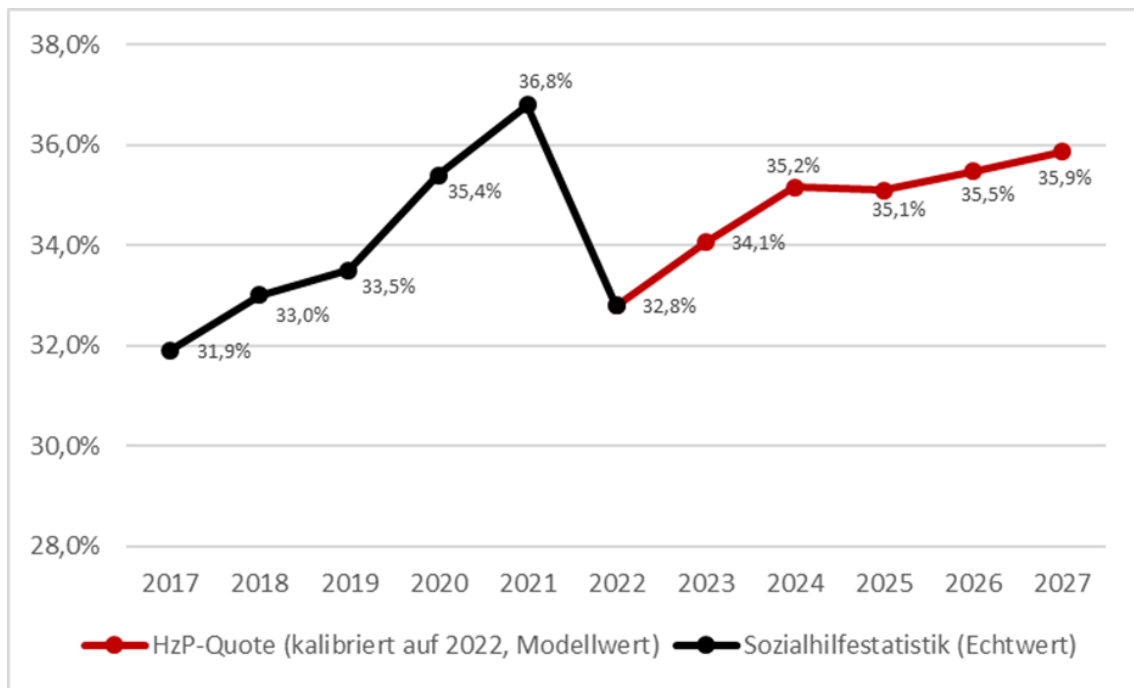
sind mit dem Anspruch der Pflegeversicherung, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, unvereinbar und bedürften einer effektiven Begrenzung, die der Leistungszuschuss nach § 43c SGB XI nicht liefern kann.



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 Euro¹, 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 $0,5 \times 1 + 0,5 \times 1/3 = 2/3$ 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.

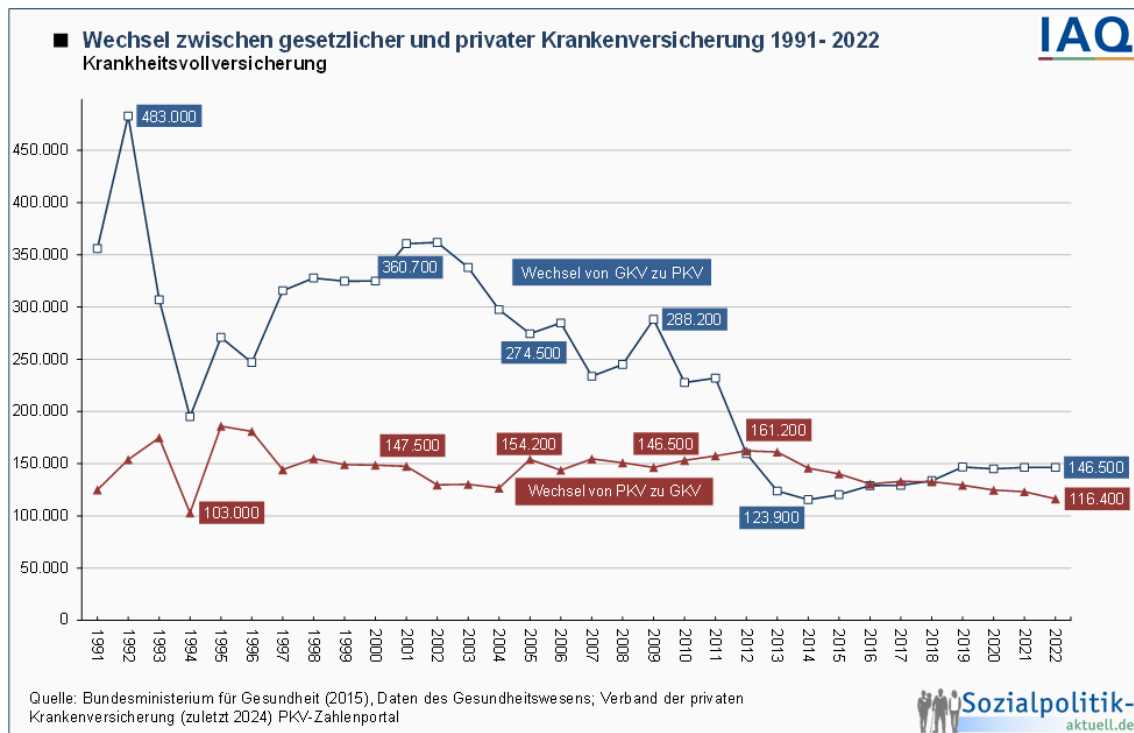


Abbildung 4: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung

Die strukturelle Einnameschwäche 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 verarbeitet 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 verarbeiteten 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 51 % zugenommen.

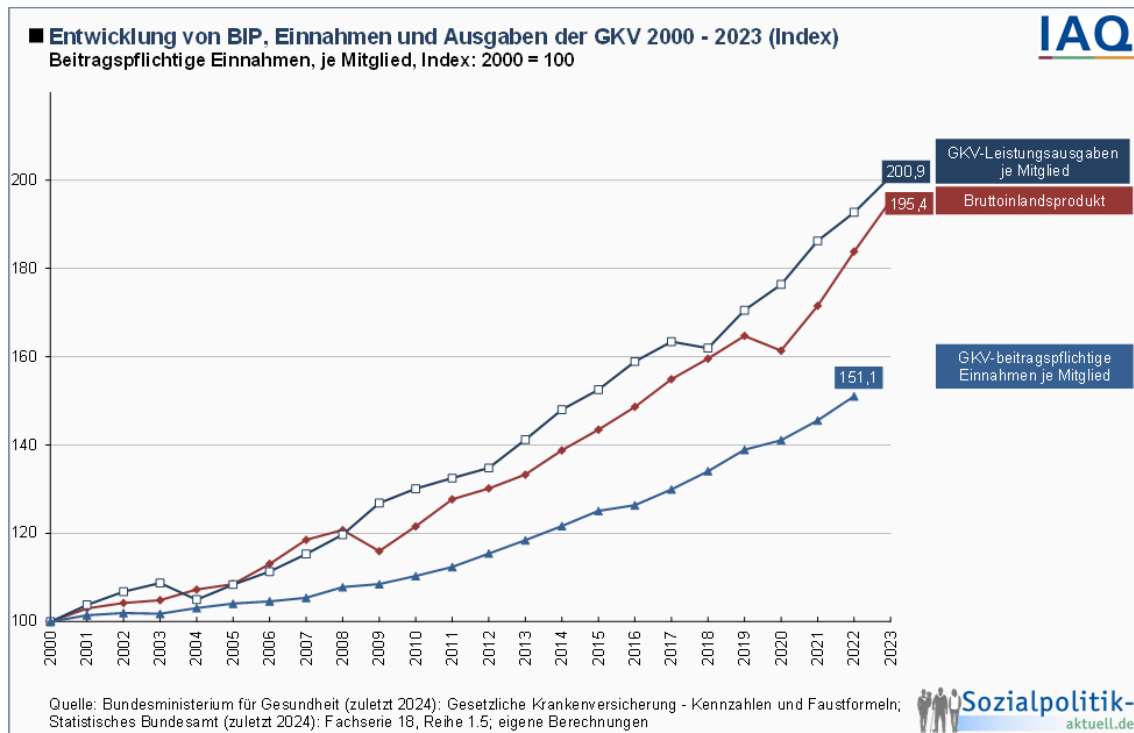


Abbildung 5: Index der Entwicklung von BIP, Einnahmen und Ausgaben der GKV (2000-2023)

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/>

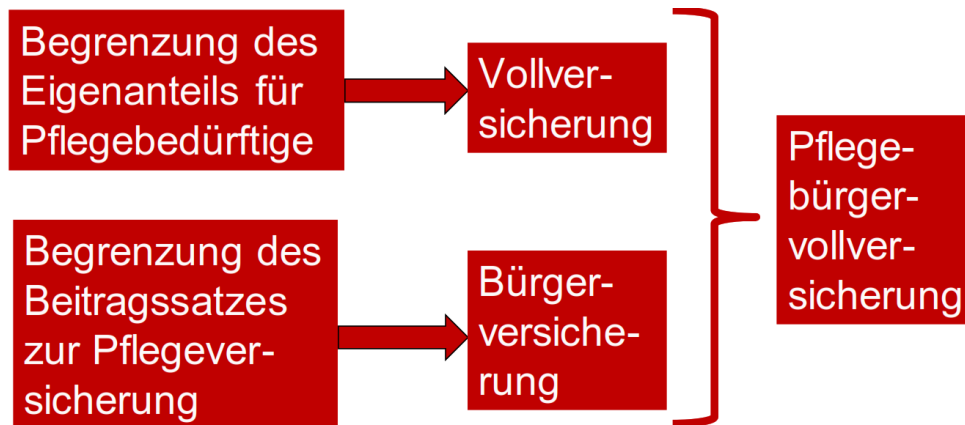


Abbildung 6: Pflegebürgervollversicherung als Lösung für das doppelte Finanzierungsproblem

3. Gutachtauftrag

Der Gutachtauftrag 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 Bevölkerungs-vorausberechnung, 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:

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

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:

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

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.

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n (N_{j,k} * Q_{k,l,m,n} * \bar{A}_n) \quad (8)$$

bzw.

$$A_j = \sum_k \sum_l \sum_m \sum_n (M_{l,n} * P_{k,l,m} * Q_{k,l,m,n} * \bar{A}_n) \quad (9).$$

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 Beitragszahlergruppen 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 zusammengeführt³:

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	Personen- gruppe	Anzahl Personen	Alle Ein- kommen	Sozialversicherungs- pflichtige 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),

- Wahrscheinlichkeitstabeln 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 Mengenkomponte sowie die Höhe der durchschnittlich in Anspruch genommenen Leistungen als Preiskomponte.

Zur Berechnung der *Mengenkomponte* werden zunächst auf Basis der Statistik der SPV, der BaFin-Wahrscheinlichkeitstabeln und der Bevölkerungsvorausberechnung die relativen und absoluten Anteile der Versicherten nach Altersgruppe und Geschlecht bestimmt (Mengenkomponte).⁴ Für die SPV wird die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit differenziert nach Versorgungssektor, Pflegegrad, Altersgruppe und Geschlecht auf Grundlage der Statistik zu Leistungsempfängenden 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 *Preiskomponte* 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-Wahrscheinlichkeitstabeln 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 *Pflegevollversicherung* 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	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 Pflegeätzen 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 ausgaben-deckenden 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	Einkommens- arten 0 = Status quo 1 = alle	BBG 0 = Status quo 1 = Rentenver.	Leistungen 0 = Status quo 1 = Vollv., 130 2 = Vollv., 260	Beitragssatz- differenz zum Status quo (in Beitragssatz- punkten)	Beitragssatz (in Beitrags- satzpunkten)
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

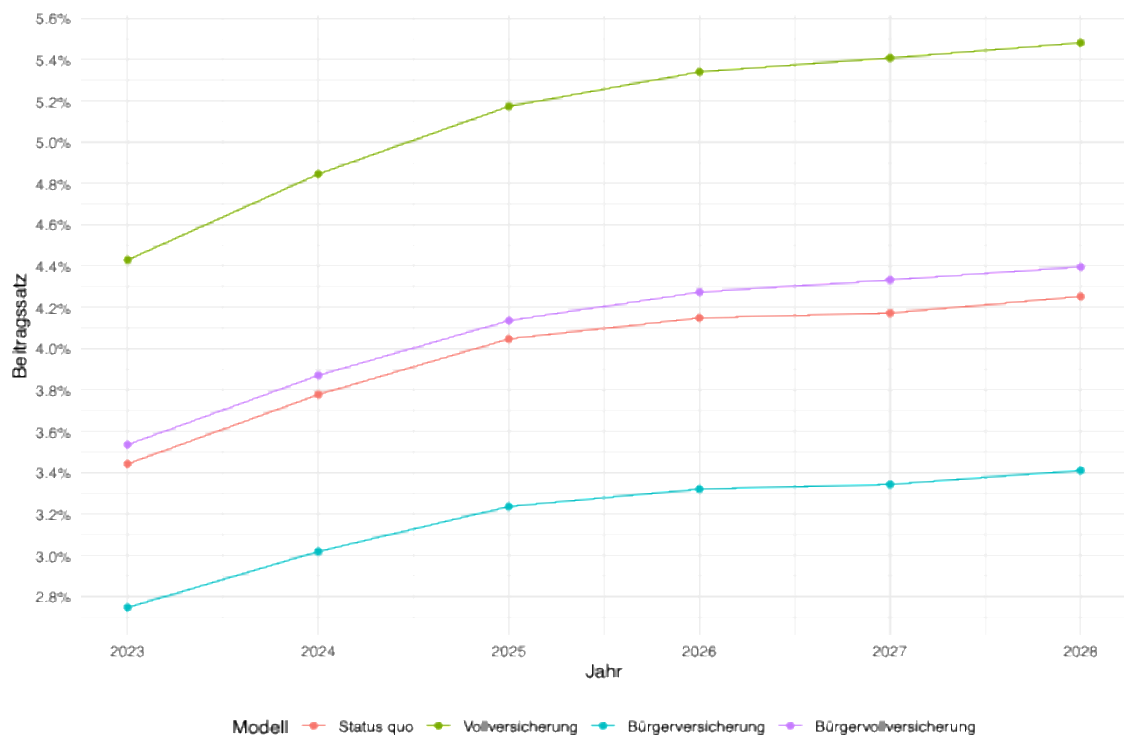


Abbildung 7: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 1 der Vollversicherung

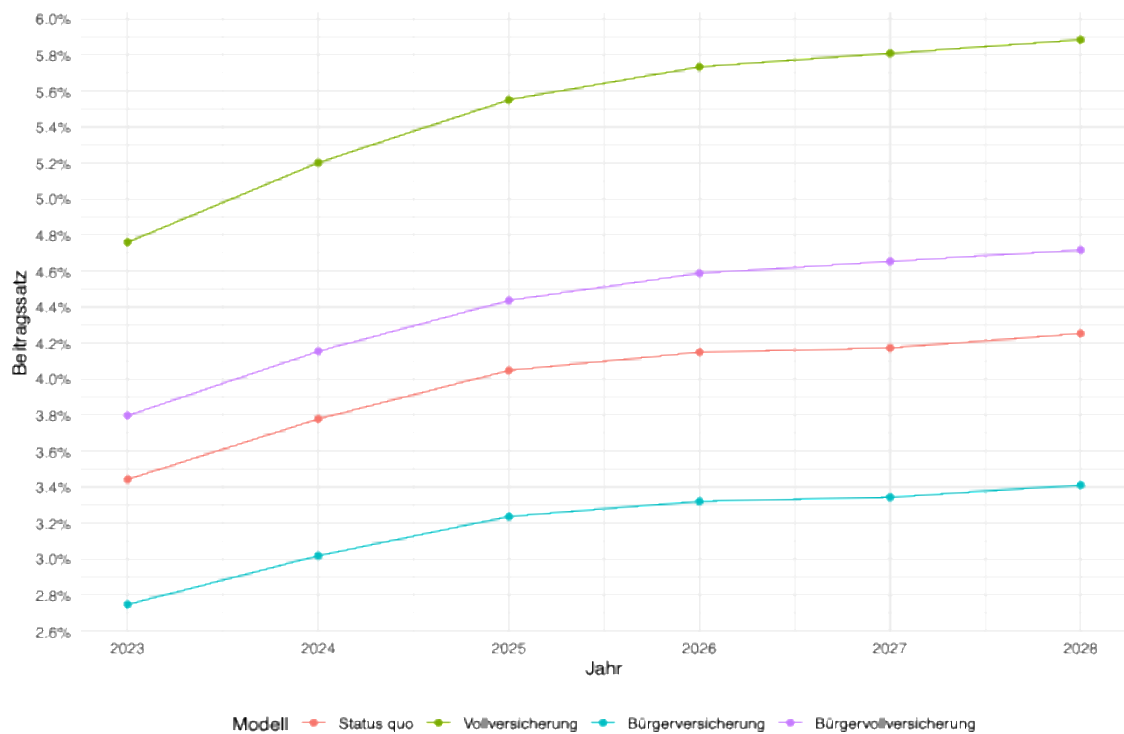


Abbildung 8: Beitragssatzentwicklung bis 2028 für Variante 2 der Vollversicherung

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 beitragsenkende 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.

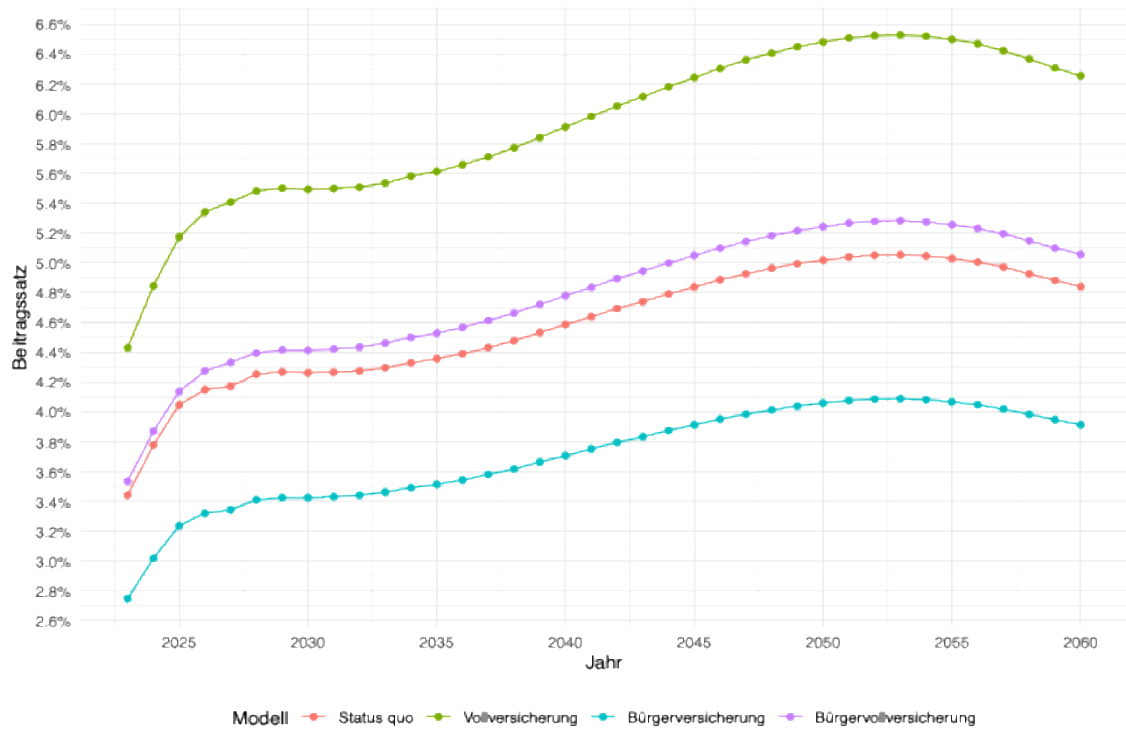


Abbildung 9: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 1 der Vollversicherung

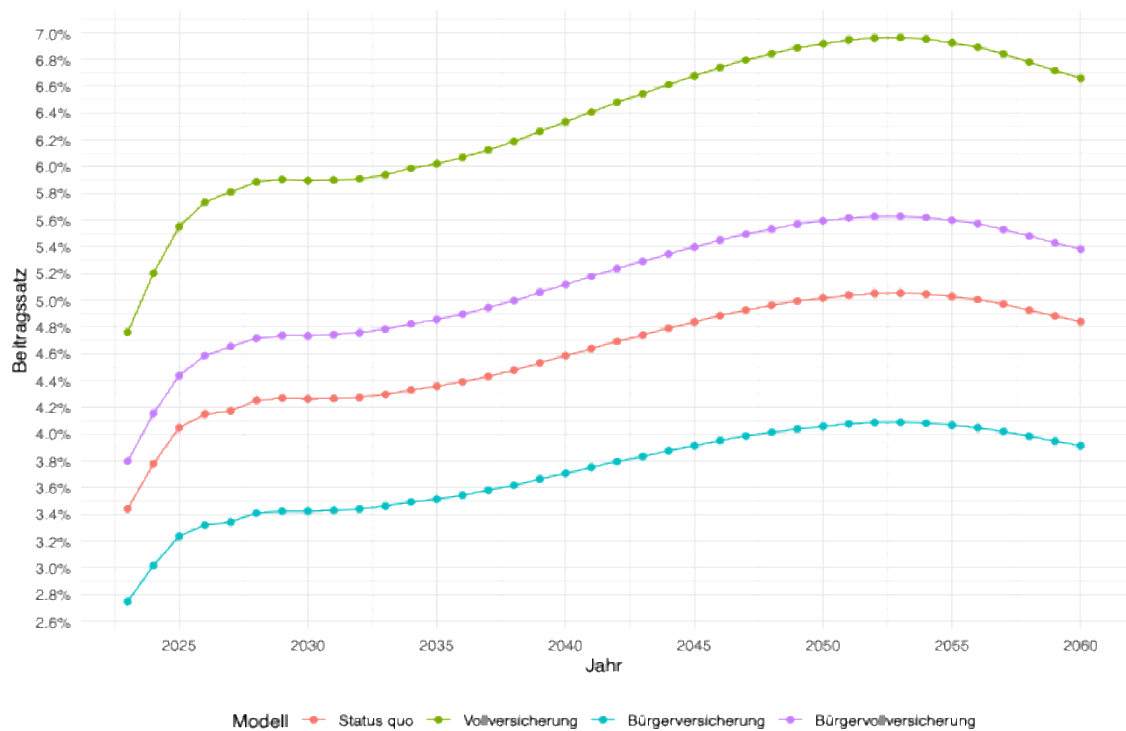


Abbildung 10: Beitragssatzentwicklung bis 2060 für Variante 2 der Vollversicherung

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 aufgebrauchten 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 Mehrausgaben 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): Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung 2022 gemäß § 159 VAG. BaFin.
https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Statistik/st_wahrscheinlichkeitstabeln_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/Leistungsempfänger/2023_Leistungsempfänger-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/Leistungsempfänger/2023_Versicherte.xls.
- Brücker, H., Goebel, J., Grabka, M. M., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Fendel, T., Franken, A., Gerike, M., Griesse, 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, BVerfGE 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., Griesse, 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 / Kuhlmei, 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, Franz / 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 Versorgungsfor schung 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_Projekte/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.