

# Forschungsberichte des WIG2 Instituts

# 13

01/2023, Heft 13

Carsta Militzer-Horstmann, Alisa Hamm & Paula Seidl.  
**Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung.**

WIG **2**

Wissenschaftliches Institut  
für Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung

# Forschungsberichte des WIG2 Instituts

01/2023

Heft 13

Carsta Militzer-Horstmann, Alisa Hamm & Paula Seidl. **Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung.**

Online-ISSN: 2628-4103

## Impressum

Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts  
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung  
(Forschungsberichte des WIG2 Instituts)  
Online-ISSN 2628-4103

### Herausgeber

WIG2 GmbH  
Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung  
© 2023 bei den Verfassern. Alle Rechte vorbehalten.

### Vertreten durch

Dr. Ines Weinhold, Geschäftsführerin  
Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

### Kontakt

Anschrift: Markt 8, 04109 Leipzig  
Website: [www.wig2.de](http://www.wig2.de)  
Telefon: +49 341 392940-0  
E-Mail: [forschungsbereichte@wig2.de](mailto:forschungsberichte@wig2.de)

### Redaktion

Dr. Carsta Militzer-Horstmann  
Franziska Stutzer  
Luise Seile

### Druckerei

FLYERALARM GmbH  
Alfred-Nobel-Str. 18  
97080 Würzburg

Ausgabe  
**01/2023, Heft 13**

Carsta Militzer-Horstmann, Alisa Hamm & Paula Seidl. **Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung.**

1/2019

**Heft 1**

**Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I. & Wende, D.** Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Diskussionspapier.

**Winkler, J., Schwarz, R., Gantner, T., Nack, D. & Schwarz, M.** Blockchain: Die Demokratisierung des Gesundheitswesens? White Paper zur Funktionsweise und den Erfolgsfaktoren für eine Anwendung der Blockchain im Gesundheitswesen.

2/2019

**Heft 2**

**Schwarz, M.** Kritische Bewertung des Versorgungsprozesses von MRSA-Patienten. Bearbeitung der Forschungsfragestellung im Rahmen einer Master-Thesis am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation der HHL Leipzig Graduate School of Management.

3/2019

**Heft 3**

**Schäffer, T.** „Statistical illiteracy“ im Gesundheitswesen am Beispiel des Mammographie-Screenings. Seminararbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Wirtschaftswissenschaften.

**Lintener, H.** Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.

1/2020

**Heft 4**

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L.** Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019.

**Schäffer, T.** Ursachen regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse mit Abrechnungsdaten. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

**Schrey, C.** Selection and Incentive Effects of Gatekeeping on Healthcare Utilisation in Germany. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

2/2020

**Heft 5**

**Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C.** Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit.

3/2020

**Heft 6**

**Dohmen, S.** Risikofaktoren für Vorhofflimmern und deren Einfluss auf die Entstehung eines Vorhofflimmerns: Eine Analyse mittels Cox-Regression. Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science – Angewandte Mathematik.

**Kirchgeorg, F.** Technologien zur Indoor-Lokalisierung im Krankenhaus. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

1/2021

**Heft 7**

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Hamm, A.** Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2020.

**Berndt, B. & Häckl, D.** Coronapandemie und Morbi-RSA. Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems.

**Stutzer, F.** Urheberrecht in der wissenschaftlichen Praxis.

2/2021

**Heft 8**

**Büttner-Janner, R.** E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich mit Fokus auf Interoperabilität im Gesundheitswesen. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

3/2021

**Heft 9**

**Berndt, B., Häckl, D., Mäder, M. & Höpfner, T.** Anreiztheoretische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiterentwicklung der integrierten Versorgung.

1/2022

**Heft 10**

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Seile, L.** Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2021.

**Stutzer, F., Weinhold, I., Thiesen, J., Stark, S. & Wende, D.** Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen. Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan.

2/2022

**Heft 11**

**Thiesen, J.** Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen: Distanzakzeptanz aus Patient:innensicht. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science Public Health.

3/2022

**Heft 12**

**Seidl, P., Seile, L., Stutzer, F. & Militzer-Horstmann, C.** Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut.

**Schmiedel, L.** Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.

**Schuppan, S. C., Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C.** Professionelle Pflege in Deutschland.

**Editorial**

Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022

7

---

**Originalbeitrag**

Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung

35



## Editorial

### Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022

#### Autorinnen

Carsta Militzer-Horstmann  
Alisa Hamm  
Paula Seidl

#### Eingereicht am

01.03.2023

#### Zitervorschlag

Militzer-Horstmann, C., Hamm, A. & Seidl, P. (2023). Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2023(13).

Mit diesem 13. Heft unserer Forschungsberichte werfen wir bereits zum vierten Mal einen Rückblick auf das vorangegangene wissenschaftliche WIG2-Jahr. Besonders freuen wir uns über die zahlreichen Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, die eine großartige Auszeichnung für unsere Arbeit darstellen. Sie sind überwiegend in Kooperation mit Partnern aus Forschung und Praxis entstanden und unterstreichen so die Wichtigkeit von Wissensaustausch. Einen solchen Austausch schaffen wir intern auch in regelmäßigen Forschungsseminaren, von denen insbesondere unsere Nachwuchswissenschaftler:innen profitieren. So können wir heute drei Personen zum erfolgreichen Abschluss ihrer Masterarbeit und somit dem Studium beglückwünschen. Austausch von Wissen und Ideen findet auch auf Konferenzen und Veranstaltungen statt, bei denen Mitglieder unseres Instituts zahlreich und begeistert teilnehmen. Auch auf insgesamt acht eigens organisierten Veranstaltungen sind viele Impulse entstanden, die wir gerne ins neue Jahr tragen!



**Dr. Carsta Militzer-Horstmann**  
Bereichsleiterin  
Wissenschaftliche  
Entwicklung



**Alisa Hamm**  
Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin



**Paula Seidl**  
Junior Wissen-  
schaftliche  
Mitarbeiterin



## Publikationen

### Forschungsberichte

Im letztjährigen Jahresrückblick befand sich eine Übersicht über die bislang in den WIG2-Forschungsberichten veröffentlichten Beiträge (Miltzer-Horstmann, Stutzer, Schmiedel & Seile, 2022). Zu den dort gelisteten 21 Arbeiten sind im Jahr 2022 weitere 2 redaktionelle Beiträge, 3 Originalbeiträge, 1 Masterarbeit, 6 Kurzberichte sowie erstmals 1 Interview hinzugekommen. Wir freuen uns, dass somit wieder drei vielseitige Forschungsberichte veröffentlicht werden konnten. Thematisch rückten im letzten Jahr insbesondere die Themen geriatrische Versorgung, Digitalisierung und Pflege in den Vordergrund.

Unser Dank gilt den 28 Autor:innen, aus deren Feder die Forschungsbericht-Publikationen der letzten vier Jahre stammen.



Nachdem in den 5 Originalbeiträgen der Vorjahre u. a. der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), die Integrierte Versorgung und versicherungsfremde Leistungen thematisiert wurden, setzten sich unsere Wissenschaftler:innen im Jahr 2022 vor allem mit der Pflege (2 Originalbeiträge und Kurzberichte) sowie der geriatrischen Versorgung auseinander. Letztere wurde u. a. im Rahmen eines erfolgreich beendeten Innovationsfondsprojektes mit daraus resultierendem Originalbeitrag, einer abgeschlossenen Masterarbeit und Kurzberichten behandelt. In den weiteren Kurzberichten wurden mehrfach sektorübergreifende psychiatrische Versorgungsmodelle thematisiert. In den 8 Studienarbeiten, die in den Forschungsberichten der Vorjahre beschrieben wurden, beschäftigten sich die Nachwuchswissenschaftler:innen u. a. mit förderlichen und hemmenden Faktoren der Digitalisierung, Unterschieden in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, der Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen sowie mit konkreten Krankheitsbildern. Im Folgenden werden die Inhalte der drei Forschungsberichte des Jahres 2022 fokussiert.

Rückblick auf  
zwölf Ausgaben  
der Forschungsbe-  
richte



Die Jubiläumsausgabe unserer Forschungsberichte (Heft 10) startet mit einem Rückblick auf ein erfolgreiches Wissenschaftsjahr 2021 am WIG2 Institut (Militzer-Horstmann, Stutzer, Schmiedel & Seile, 2022). Hierin wird auch der Wissenschaftliche Beirat des WIG2 vorgestellt, dessen Mitglieder wir zu kurzen Kennenlern-Interviews eingeladen hatten (Müller-Wieland, Blüher, Wuppermann & Herth, 2022). Anhand von vier Kurzberichten gibt Heft 10 daraufhin einen Einblick in die spannenden Forschungsarbeiten unserer Kolleg:innen, beginnend mit einer Studie zur Dialyseversorgung in Deutschland, für die ein Vergleich zwischen Dialysepflichtigen wohnhaft inner- und außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen erstellt wurde (Häckl, Kossack & Schönfelder, 2022). Der zweite Kurzbericht präsentiert das Innovationsfondsprojekt PsychCare (Fördernummer 01VSF16053), eine prospektive, kontrollierte Beobachtungsstudie, die die Evaluation sektorenübergreifender psychiatrischer Versorgungsmodelle in Deutschland zum Ziel hatte (Soltmann et al., 2022). Anschließend folgt ein Kurzbericht über eine statistische Analyse zum Thema COVID-19 (Coronavirus-Krankheit-2019, engl. coronavirus disease 2019), mittels derer u. a. zwei unserer Kollegen frühe Risikomarker für einen schweren Verlauf oder tödlichen Ausgang der Krankheit identifizierten (Balfanz et al., 2022). Der letzte Kurzbericht stellt die laufende Evaluationsstudie EVA\_TIBAS vor, mit der die Überlegenheit eines innovativen Versorgungsansatzes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vergleich zur Regelversorgung überprüft werden soll (Neumann et al., 2022). Der Forschungsbericht 10 schließt mit einem Originalbeitrag zum Innovationsfondsprojekt RemugVplan (Fördernummer 01VSF18048), in dem zentrale Ergebnisse einer Angehörigenbefragung zur Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen dargelegt wurden (Stutzer, Weinhold, Thiesen, Stark & Wende, 2022).

**Heft 10, 2022**

Die in ebendieser Angehörigenbefragung erhobenen Daten nutzte auch unsere Kollegin Josephine Thiesen für ihre Masterarbeit, in der sie die Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen sowie die Akzeptanz unterschiedlicher Entfernungen zu hausärztlichen Praxen untersuchte. Die Arbeit wurde als Originalbeitrag im elften Forschungsbericht publiziert (Thiesen, 2022).

**Heft 11, 2022**

Wir beendeten das Wissenschaftsjahr 2022 mit einem Pflege-Special: Im zuletzt veröffentlichten Forschungsbericht 12 skizziert zunächst ein Editorial die aktuelle Situation der Pflege in Deutschland und gibt einen Rück- und Ausblick auf pflegerelevante Projekte, Veranstaltungen und Publikationen am WIG2 Institut (Seidl, Seile, Stutzer & Militzer-Horstmann, 2022). Zu Letzteren gehören auch zwei Veröffentlichungen im „Handbuch Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement“, die anhand von zwei Kurzberichten präsentiert werden. Der inhaltliche Fokus liegt dabei auf der Begriffsdefinition von Pflege bzw. auf den Potenzialen und Hemmnissen der Digitalisierung im Pflegesektor. Auf dem Beitrag im o. g. Handbuch aufbauend betrachtete Susann Schuppan in ihrem Originalbeitrag die unterschiedlichen Aspekte der professionellen Pflege und ging auch auf aktuelle Rahmenbedingungen ein. Zudem setzte sich Lisa Schmiedel in einem Originalbeitrag mit der Finanzierung des deutschen Pflegesystems auseinander und betrachtete dabei insbesondere die vergangene und die prognostizierte Entwicklung der Finanzsituation sowie der Zahl der Pflegebedürftigen (Schmiedel, 2022).

**Heft 12, 2022**

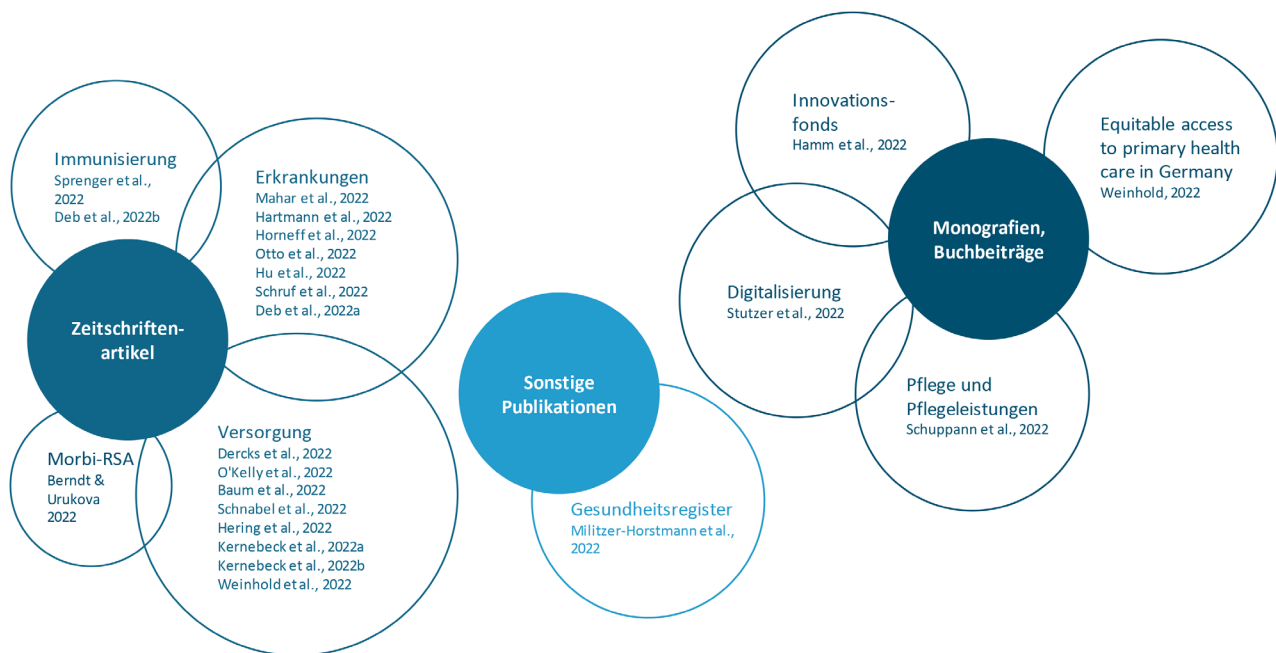
In ihrer Masterarbeit dachte Lisa Schmiedel diese Idee weiter und untersuchte die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV). Auf dieser Basis bewertete sie schließlich die Reformoption der Pflegebürgerversicherung (PBV). Eine erweiterte Version dieser Masterarbeit ist im vorliegenden Heft 13 zu finden.

Heft 13, 2023

Voller Vorfreude blicken wir auf das Jahr 2023, in dem uns sicher wieder eine große Zahl an spannenden Beiträgen unserer WIG2-Kolleg:innen erwarten wird!

### Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Journals, Buchbeiträge, Monografien und weitere Publikationen

Im Jahr 2022 konnten wir uns erneut über zahlreiche Publikationen – insbesondere in Form von Zeitschriftenartikeln, Buchbeiträgen/Monografien und einem richtungsweisenden White Paper – freuen, die sich über ein breites Spektrum an Themen erstrecken.



Im letzten Jahr waren unsere WIG2-Kolleg:innen als (Co-)Autor:innen an 18 Publikationen beteiligt, die im Anschluss an ein Peer Review Begutachtungsverfahren in wissenschaftlichen Fachjournals veröffentlicht wurden.

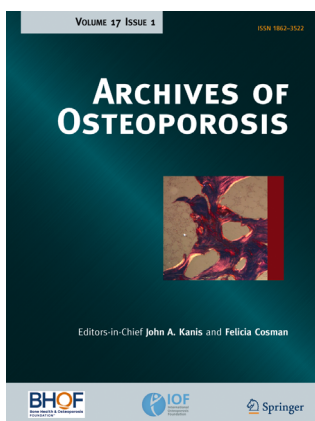
Zeitschriften-artikel

Ein in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie veröffentlichter Artikel, an dem J.-Prof. Dr. Dennis Häckl und Nils Kossack beteiligt waren, beschreibt die Durchführung und die Ergebnisse einer Studie, in welcher der Einfluss einer proximalen Humerusfraktur auf die Morbidität, Mortalität und die assoziierten Kosten anhand von GKV-Routinedaten analysiert wurde. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Morbidität und Mortalität sowie die Kosten der mit der Verletzung verbundenen Versorgung nach proximaler Humerusfraktur zunehmen. Die Autoren empfehlen eine Optimierung der Versorgungskonzepte für Patient:innen mit

Eine Studie analysierte Versorgungskonzepte für proximale Humerusfrakturen.

proximalen Humerusfrakturen nicht nur in Hinblick auf funktionelle Scores und Komplikationsraten, sondern auch hinsichtlich der Lebensqualität und des Erhalts der allgemeinen Gesundheit (Dercks, Hepp, Theopold, Henkelmann, Häckl & Kossack, 2022).

Eine auf Methoden des maschinellen Lernens basierte Optimierung des Vorhofflimmern-Screenings in der Primärversorgung und nach einem Schlaganfall wird in einem Artikel unter Beteiligung von Nils Kossack beschrieben. Der Beitrag wurde im April im renommierten *European Heart Journal* veröffentlicht. Die Autor:innen konnten zeigen, dass ICD-kodierte klinische Variablen, die durch maschinelles Lernen ausgewählt werden, die Identifizierung von Patient:innen mit einem Risiko für neu diagnostiziertes Vorhofflimmern verbessern können. Mit Hilfe dieser leicht verfügbaren, automatisch kodierten Informationen können die Bemühungen zur Früherkennung von Vorhofflimmern gezielt darauf ausgerichtet werden, Hochrisikogruppen in der Primärversorgung und Schlaganfallüberlebende zu identifizieren (Schnabel et al., 2022).



Nils Kossack und Julia Borchert untersuchten gemeinsam mit einem Team weiterer Wissenschaftler:innen die Wirksamkeit von Osteoporose-Behandlungen in Deutschland anhand der Auswirkungen von Osteoporosemedikamenten auf die Frakturhäufigkeit bei post-menopausalen Frauen. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass eine fortgesetzte Behandlung mit Osteoporosemedikamenten mit einer Verringerung der Frakturraten im realen Versorgungsumfeld verbunden ist. Der Fachartikel erschien Ende August im *Journal Archives of Osteoporosis* (O'Kelly, Bartsch, Kossack, Borchert, Pignot & Hadji, 2022).

Vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden Belastung der öffentlichen Gesundheit durch psychische Störungen evaluierten Roman Kliemt und J.-Prof. Dr. Dennis Häckl unter Leitung des Zentrums für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (Prof. Dr. Jochen Schmitt) und in Kooperation mit der Universität Magdeburg (Prof. Dr. Enno Swart) neuartige Programme für die flexible und integrative Behandlung (FIT) gem. § 64b SGB V (EVA64-Studie). Der im September in der Fachzeitschrift *Translational Psychiatry* publizierte Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Bewertung von FIT-Krankenhäusern im Vergleich zu Krankenhäusern der regulären Routineversorgung. Unabhängig davon, ob sie sich zum ersten Mal in Behandlung befanden oder ob es sich um eine fortlaufende Behandlung handelte, konnte bei erwachsenen Patient:innen eine signifikante Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer in FIT-Krankenhäusern im Vergleich zur Regelversorgung festgestellt werden (Baum et al., 2022).



Der Einsatz von Machine Learning bei Vorhofflimmern-Screening in der Primärversorgung und nach einem Schlaganfall wurde untersucht.



Eine Studie betrachtete Osteoporosemedikamente und die Frakturhäufigkeit bei post-menopausalen Frauen.



Es wurden neuartige Programme für die flexible und integrative Behandlung in Krankenhäusern evaluiert.





Im Oktober wurde ein Artikel in der Fachzeitschrift Pneumologie veröffentlicht, an dessen Erstellung Dr. Axel Krinner beteiligt war. Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse zur Validierung des „Monitoring of Exacerbation Probability“ (MEP) - Fragebogens zusammen, der zur erleichterten Erkennung von Exazerbationen und zur longitudinalen Charakterisierung von COPD-Patient:innen eingesetzt werden soll. Im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Studie wurde der MEP-Fragebogen unter realen Bedingungen angewendet und mit dem etablierten EXACT-PRO-Fragebogen verglichen. Die im Ergebnis nachweisliche, eindeutige Korrelation zwischen den MEP-Ergebnissen und den EXACT-PRO-Ergebnissen bestätigt die Eignung des MEP-Fragebogens als valides Instrument zur Überwachung des Zustands von COPD-Patient:innen (Hering, Krinner & Bulenda, 2022).

Eine Validierungsstudie betrachtete den MEP-Fragebogen.



Die Planung von Versorgungsstrukturen zielt darauf ab, eine bedarfsgerechte, gleichmäßig verteilte und lokal verfügbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Vielen Planungsmechanismen fehlt es jedoch an konsentierten Erreichbarkeitsstandards. Deshalb haben es sich Dr. Ines Weinhold, Danny Wende, Christopher Schrey und Dr. Carsta Militzer-Horstmann gemeinsam mit Dr. Laura Schang und Prof. Dr. Leonie Sundmacher der Technischen Universität München zum Ziel gesetzt, die Evidenzbasis zu erweitern. Hierzu haben sie zwei Ansätze zur Ableitung von Entfernungsgrenzwerten kombiniert: zum einen die von

Was sind Erreichbarkeitsstandards für eine bedarfsgerechte, gleichmäßig verteilte und lokal verfügbare Versorgung?



Patient:innen selbst angegebene Akzeptanz von Entfernungen zu ärztlichen Praxen, die in einer repräsentativen Querschnittserhebung erfasst wurde. Zum anderen wurden zurückgelegte Entfernungen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen anhand von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, welche den Großteil der deutschen Bevölkerung abdecken, ermittelt. Es wurden Grenzwerte für sechs medizinische Fachrichtungen berechnet. Die Akzeptanz von Entfernungen je nach medizinischer Fachrichtung war hauptsächlich durch die Entfernung, das Alter, das Aktivitätsniveau und die Stadtgröße bei hausärztlichen Besuchen und durch den Gesundheitszustand sowie das Einkommen bei fachärztlichen Besuchen bestimmt (Weinhold, Wende, Schrey, Militzer-Horstmann, Schang & Sundmacher, 2022). Der Artikel erschien im November in der Zeitschrift Health Policy.



Im Zuge des zu erbringenden Nachweises positiver Versorgungseffekte (pVE) von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) stehen auch die Versorgungsforscher:innen am WIG2 Institut alltäglich vor Herausforderungen – Herausforderungen, die wir u. a. als Mitglied der Arbeitsgruppe Digital Health des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) im Rahmen eines zweiteiligen Papers diskutieren. Es erschien im November 2022 online in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* und befasst sich einleitend mit begrifflichen Abgrenzungen sowie der Entwicklung und Evaluation von digitalen Interventionen (DI)

(Kernebeck et al., 2022a). Der zugehörige zweite Teil des Diskussionspapiers der Arbeitsgruppe DNVF, an welchem Dr. Patrick Timpel beteiligt war, diskutiert DI unter Berücksichtigung von relevanten Outcomes, der Berichterlegung von Studienergebnissen, der Erstellung von Evidenz-Synthesen und der erfolgreichen Implementierung von DI. Die Verfasser:innen besprachen Lösungsansätze und zukünftige Forschungsbedarfe (Kernebeck et al., 2022b).

Im April erschien in der Zeitschrift *BMC Pediatrics* ein Artikel zu einer Studie, in der die Inzidenzraten von akuter Otitis media (AOM) bei Kindern unter 16 Jahren in Deutschland nach Einführung von PCV13 (13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff) im Zeitverlauf geschätzt wurden. Das Forschungsteam, dem J.-Prof. Dr. Dennis Häckl angehört, stellte fest, dass die AOM-Inzidenz bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren in Deutschland zwischen 2014 und 2019 insgesamt zurückgegangen ist (Hu et al., 2022).

Eine Studie, an der Joanna Diesing, Nils Kossack und J.-Prof. Dr. Dennis Häckl beteiligt waren, wurde im Mai im *SSRN Journal* veröffentlicht. In der Kohortenstudie wurden das Mortalitätsrisiko von Patient:innen mit ambulant erworbener Lungenentzündung sowie die damit einhergehenden Kosten analysiert. Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine hohe klinische und wirtschaftliche Belastung durch ambulant erworbene Lungenentzündungen aufgrund von medizinischen und sozialen Kosten (Produktivitätsverlust gemessen an Krankheitstagen) hin (Mahar, Sprenger, Diesing, Kossack, Häckl & Eiff, 2022).

Weiterhin war J.-Prof. Dr. Dennis Häckl in eine Studie involviert, in welcher die Inzidenzrate von Lungenentzündungen (ACP – all-cause pneumonia) und invasiven Pneumokokkenkrankungen (IPD – invasive pneumococcal disease) sowie die damit verbundenen medizinischen Kosten bei Personen im Alter von  $\geq 16$  Jahren von 2016 bis 2019 untersucht wurden. Ein Artikel über diese Studie erschien im Juni in der Zeitschrift *Epidemiology and Infection*. Die Inzidenzrate sowohl für ACP als auch für IPD steigt mit dem Alter an und ist in den Hochrisiko- und Risikogruppen höher als in der gesunden Vergleichsgruppe. Die klinische und wirtschaftliche Belastung durch IPD und ACP bei Erwachsenen in Deutschland ist unabhängig vom Alter erheblich (Deb et al., 2022).

Zwei Beiträge zu Digitalen Interventionen wurden veröffentlicht: Entwicklung, Evaluierung und Evidenz.



AOM-Inzidenzraten bei Kindern (< 16 J.) sind rückgängig.



Das Mortalitätsrisiko von Patient:innen mit Lungenentzündung wurde analysiert.



Die Inzidenzraten von Lungenentzündungen und invasiven Pneumokokkenkrankungen steigen mit dem Alter an.



Im Juni erschien ein Bericht in der Reihe Scientific Reports, an dem Nils Kossack, J.-Prof. Dr. Dennis Häckl und Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland beteiligt waren. In diesem Beitrag wird eine monozentrierte Sub-Kohorten-Studie zur Untersuchung der Auswirkungen der glykämischen Variabilität auf das Überleben von Patient:innen mit COVID-19 und akutem Atemnotsyndrom (ARDS – acute respiratory distress syndrome) zusammengefasst. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine hohe glykämische Variabilität während der Aufnahme auf der Intensivstation mit einem signifikanten Anstieg der Gesamtmortalität bei Patient:innen einhergeht, die mit COVID-19 und ARDS auf der Intensivstation aufgenommen wurden (Hartmann et al., 2022).

Ein Zusammenhang zwischen glykämischer Variabilität bei Patient:innen mit COVID-19 und akutem Atemnotsyndrom besteht.



J.-Prof. Dr. Dennis Häckl war weiterhin an einer Studie beteiligt, die das Wissen über die Epidemiologie und die Behandlungsmuster von Lichen planus, einer chronisch entzündlichen Hauterkrankung, anhand von Daten deutscher Krankenkassen erweitern sollte. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten begrenzt sind, was den ungedeckten Bedarf an sicheren und wirksamen systemischen Behandlungsmodalitäten unterstreicht. Zusammengefasst können diese Beobachtungen das Verständnis für die Belastung durch diese Krankheit verbessern und das diagnostische Bewusstsein der Kliniker:innen schärfen.

Ein Artikel zeigt die Epidemiologie und die Behandlungsmuster von Lichen planus auf.



Der Artikel erschien im August im Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Schruf et al., 2022).

Julia Borchert, Ria Heinrich, Joanna Diesing und Dr. Tonio Schönfelder waren in eine retrospektive Beobachtungsstudie involviert, in der Inzidenz, Prävalenz und Komorbiditäten der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) in Deutschland untersucht wurden. Die Ergebnisse der Studie tragen zum Wissen über die Krankheitslast und zu Instrumenten für die Versorgungsplanung bei (Horneff et al., 2022). Im November wurde ein Artikel über die Studie in der Zeitschrift Pediatric Rheumatology veröffentlicht. Zuvor präsentierten die Autor:innen die Ergebnisse der Studie im August auf dem Deutschen Rheumatologiekongress (Borchert et al., 2022).

Inzidenz, Prävalenz und Komorbiditäten juveniler idiopathischer Arthritis wurden untersucht.



Im Dezember wurde ein Bericht einer Studie in der Zeitschrift Diabetes, Obesity and Metabolism publiziert, an der Joanna Diesing, Julia Borchert, Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland und J.-Prof. Dr. Dennis Häckl mitgewirkt hatten. In dieser Studie wurde die Prävalenz des Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) in Deutschland anhand von anonymisierten GKV-Routinedaten untersucht. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf Patient:innen mit einem Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung (CVD – cardiovascular disease) oder mit einer bereits etablierten CVD sowie auf deren antidiabetischer und kardiovaskulärer Behandlung. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten T2DM-Patient:innen mindestens einen CV-Risikofaktor hatten und etwa die Hälfte bereits eine etablierte CVD (Otto et al., 2022).

Wie ist die Prävalenz des Typ-2-Diabetes mellitus in Verbindung mit kardiovaskulären Erkrankungen?



# PLOS ONE

J.-Prof. Dr. Dennis Häckl und Nils Kossack waren weiterhin an einer retrospektiven Kohortenstudie beteiligt, welche sich mit den Pneumokokken-Impfraten bei im-

mungeschwächten Patient:innen in Deutschland beschäftigt. Ein Artikel zu dieser Studie wurde ebenfalls im März in der Zeitschrift PLOS ONE publiziert. Vor dem Hintergrund eines sequenziellen Pneumokokken-Impfschemas, das 2016 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) herausgegeben wurde, sollten die Pneumokokken-Impfraten bei Säuglingen, älteren Menschen (über 60 Jahre) und Risikopatient:innen untersucht werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Pneumokokken-Impfraten in dieser Population sehr niedrig sind und die aktuellen Empfehlungen zum Schutz immungeschwächter Patient:innen vor Pneumokokkeninfektionen nicht ausreichend umgesetzt werden (Sprenger, Häckl, Kossack, Schiffrer-Rohe, Wohlleben & Eiff, 2022).

Ein im September in der Zeitschrift BMC Infectious Diseases veröffentlichter Beitrag thematisierte eine retrospektive Kohortenanalyse, in der die Durchimpfungsrate und der Zeitpunkt der Pneumokokkenimpfung bei Personen im Alter von 16–59 Jahren in Deutschland, für die gemäß STIKO eine Empfehlung für eine Pneumokokken-Impfung gilt, erfasst wurde. Trotz der Empfehlungen der STIKO kamen J.-Prof. Dr. Dennis Häckl und das Forschungsteam zu dem Ergebnis, dass die Durchimpfungsrate bei gefährdeten Personen nach wie vor sehr niedrig ist und lange hinausgezögert wird. Es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Impfquoten zu erhöhen und die Zeit bis zur Impfung bei Personen zu verkürzen, die an Erkrankungen mit erhöhter Anfälligkeit für Pneumokokken-Infektionen leiden (Deb et al., 2022).

Das Online-Verzeichnis zur Erfassung von Selektivverträgen, das auf Grundlage des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG, März 2020) geschaffen wurde, besteht seit etwa zwei Jahren. Benjamin Berndt und Imen Urukova haben sich – in einem Beitrag im Observer Gesundheit – einer Untersuchung der Struktur, des Inhalts und der Bedienoberfläche dieses Werkzeugs angenommen und diese mit den Zielvorgaben des Gesetzgebers abgeglichen. Im Ergebnis wird deutlich, dass der angestrebte Transparenz- und Informationsgewinn aus der Perspektive der Aufsichtsbehörden und der Öffentlichkeit (noch) nicht vorhanden ist. Konkrete Vertragsinhalte und deren Zwecke sind nicht einsehbar und die derzeit fehlende Sanktionierung bei Nicht-Meldung von Verträgen lässt offen, ob der Vertragsbestand vollständig ist. Die Abbildung von Art, Umfang und Geltungsbereich der erfassten Verträge bietet jedoch durchaus transparenzschaffendes Potenzial (Berndt & Urukova, 2022).

Die Pneumokokken-Impfraten bei immungeschwächten Patient:innen sind sehr niedrig.



Durchimpfungsrate und Zeitpunkt der Pneumokokkenimpfung entsprechen oft nicht den STIKO-Empfehlungen.



Das Online-Verzeichnis zur Erfassung von Selektivverträgen stand auf dem Prüfstand.





Neben diesen Zeitschriftenartikeln konnten auch drei Buchbeiträge für den Sammelband *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement* (Hartweg, Knieps & Agor (Hrsg.), 2020) und eine Monografie verfasst werden.



Obwohl Pflegeleistungen ein zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems sind und einen komplexen Forschungszweig bilden, ist der Pflegebegriff bisher nicht ausreichend definiert. Deshalb bieten Susann Cathleen Schuppann, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Franziska Stutzer, Ron Müller und Lisa Schmiedel in diesem Buchkapitel eine umfassende Übersicht zu Definitionen und begrifflichen Abgrenzungen rund um das Thema Pflege in Deutschland. Hierzu haben sie einen morphologischen Kasten entwickelt, der die wichtigsten Aspekte der Pflege und der dahinterstehenden Pflegeleistungen beinhaltet – dazu gehören u. a. die pflegebedürftige Person, die

Dauer und Intensität der Pflege, der Ort der Versorgung sowie Leistungserbringende und Ausgabenträger (Schuppann, Militzer-Horstmann, Stutzer, Müller & Schmiedel, 2022).

Ein weiterer Buchbeitrag thematisiert ebenfalls die Pflege, wobei der Fokus auf Digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGAs und DiPAs) liegt. Franziska Stutzer, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Susann Cathleen Schuppann und Dr. Thomas Höpfner diskutieren notwendige Voraussetzungen zur Nutzung von DiGAs und DiPAs, Stärken und Schwächen eines digitalisierten Pflegesystems sowie Chancen und Risiken. Das Kapitel liefert Anregungen für zukünftige Entscheidungen und zeigt mögliche Stellschrauben auf, mit denen die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und in der Pflege langfristig verbessert werden könnte (Stutzer, Militzer-Horstmann, Schuppann & Höpfner, 2022).

Im Zuge der gesetzlich vorgeschriebenen wissenschaftlichen Auswertung des Innovationsfonds (§ 92a Abs. 5 SGB V) wurde dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Jahr 2019 der Teilbericht über die erste Evaluationsphase von der damit beauftragten Prognos AG vorgelegt. In dem Beitrag zum o. g. Sammelband haben Alisa Hamm, Franziska Stutzer, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Tobias Schäffer, Dr. Ines Weinhold und Dr. Thomas Höpfner die Systematik dieses Teilberichts aufgegriffen, weiterentwickelt und die Untersuchungsmenge um seitdem neu hinzugekommene Projekte ergänzt. Die Ergebnisse werden zum einen mit denen des Teilberichts verglichen und zum anderen den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Zielen des Innovationsfonds gegenübergestellt (Hamm, Stutzer, Militzer-Horstmann, Schäffer, Weinhold & Höpfner, 2020).

Die von Dr. Ines Weinhold im Jahr 2022 abgeschlossene und publizierte Dissertation mit dem Titel „Equitable access to primary health care in Germany: addressing access dimensions to reduce geographic variation“ kategorisiert Formen und Gründe für regionale Versorgungsengpässe, untersucht regionale Unterschiede im Zugang zur Primärversorgung, bewertet die Bedeutung der verschiedenen Zugangsdimensionen in ländlichen und städtischen Gebieten und ergründet, inwiefern regionale Faktoren, wie bspw. soziale oder ökologische Deprivation, mit der Gesundheit assoziiert sein können (Weinhold, 2022). Dazu wurden eine sys-

### Buchbeiträge und Monografie

Die Definition von „Pflege“ wird in einem Sammelband-Bertrag näher betrachtet.



Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Digitalisierung der Pflege werden aufgezeigt.



Die bisherigen Innovationsfondsprojekte wurden analysiert.



Die Monografie betrachtet regionale Unterschiede im Zugang zur Primärversorgung.

tematische Literaturrecherche und drei empirische primär- und sekundärdatenbasierte Studien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass regionale Faktoren und infrastrukturelle Rahmenbedingungen sowie materielle, soziale und ökologische Deprivation über die individuellen Gesundheitsfaktoren hinaus mit Schwankungen in Bedarfen, Bedürfnissen, Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verbunden sein können. Die Arbeit schließt mit einem Kapitel über Implikationen, in dem Konzepte für ein regionales und multidimensionales Zugangsmonitoring sowie weitere Regulierungsmaßnahmen in der Kapazitäts- und Verteilungsplanung der Primärversorgung diskutiert werden.

Zusätzlich zu diesen klassischen Publikationsformaten veröffentlichte das WIG2 gemeinsam mit dem Projektpartner ]init[ ein Whitepaper zur Interoperabilität von Gesundheitsregistern.

Das Whitepaper, welches Behörden und registerbetreibenden Stellen konkrete Handlungsempfehlungen bietet, wurde von Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Franziska Stutzer und Alisa Hamm gemeinsam mit der ]init[ AG erarbeitet. Die Idee dazu entstand auf dem Interop Day Gesundheitsregister im Juli 2022, aus welchem Impulse zur Entwicklung eines Diabetesregisters und einer Zentralstelle für medizinische Register hervorgegangen sind. Die Publikation zeigt auf, wie einzelne Register konzipiert, strukturiert und implementiert sein müssen, um einen Datenaustausch und die Datenverarbeitung über mehrere Register und weitere Datenquellen hinweg sicherstellen zu können. Die Interoperabilität mit anderen Systemen wird dabei als zentraler Erfolgsfaktor herausgestellt, damit durch ein Register Mehrwerte für die Gesundheitsversorgung generiert werden können (Militzer-Horstmann, Pickhardt, Stutzer, Hamm & Wulf, 2022). Nach der Veröffentlichung des Whitepapers im November 2022 erhielt das Projekt viel mediale Aufmerksamkeit. Neben einem Beitrag im Tagesspiegel Background Gesundheit (Tagesspiegel Background, 2022) wurde u. a. auch im Deutschen Ärzteblatt (Lau, 2022) über das Whitepaper berichtet.

## Forschungsprojekte

Am WIG2 arbeiten wir an zahlreichen mehrjährigen Projekten. Einige davon wurden bereits in den vorherigen Jahresrückblicken (Militzer-Horstmann, Stutzer & Schmiedel, 2020; Militzer-Horstmann, Stutzer, Schmiedel & Hamm, 2021; Militzer-Horstmann, Stutzer, Schmiedel & Seile, 2022) vorgestellt.

Hierzu zählen u. a. die Innovationsfondsprojekte RemugVplan zur regionalen multisektoralen geriatrischen Versorgungsplanung und PsychCare zur Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie, die 2021 abgeschlossen wurden. 2022 wurden die Abschlussberichte beider Projekte finalisiert. Während der Beschlusstext des Innovationsausschusses für das Projekt PsychCare noch aussteht, erhielt das Projekt RemugVplan eine positive Transferempfehlung; die Ergebnisse werden zugunsten einer Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsplanung geriatrischer Versorgungsstrukturen an die relevanten Institutionen weitergeleitet. Die Ergebnisse der PsychCare-Studie werden dieses Jahr auf der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) präsentiert.



### Sonstige Publikationen

Wie lässt sich die Interoperabilität von Gesundheitsregistern stärken?



### Laufende und abgeschlossene Innovationsfondsprojekte

RemugVplan



PsychCare



Dr. Ines Weinhold, Dr. Eric Faß und Roman Kliemt haben als Teil des Evaluations-teams im Jahr 2022 weiterhin das Innovationsfondsprojekt PräVaNet (Fördernummer 01NVF20001) fortgeführt und hierbei u. a. das wissenschaftliche Konzept im Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluation erarbeitet. Bei PräVaNet handelt es sich um ein strukturiertes, intersektoral vernetztes, multiprofessionelles, digitalisiertes Programm zur Optimierung der kardiovaskulären Prävention. Dies umfasst eine engmaschige Betreuung von Patient:innen mit T2DM, fachärztlich übergreifend abgestimmte Präventionsstrategien sowie digitales Monitoring. In diesem Jahr sollen erste Datenanalysen erfolgen.

PräVaNet



Des Weiteren wurde das Innovationsfondsprojekt EvaClosure (Fördernummer 01VSF19049) fortgeführt, welches durch Dr. Ines Weinhold, Dr. Franziska Claus, Dr. Marco Müller und Dr. Eric Faß bearbeitet wird. EvaClosure wurde 2020 initiiert und hat zum Ziel, den perkutanen Verschluss des linken Vorhofohres bei Patient:innen mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfall- und Blutungsrisiko im Vergleich zur bestmöglichen medikamentösen Therapie gesundheitsökonomisch zu evaluieren. Dabei sollen sowohl der aktuelle Versorgungsstand abgebildet als auch die zu erwartenden direkten und indirekten Kosten quantifiziert werden. Im vergangenen Jahr wurden Analysen zu den Krankheitskosten von Patient:innen mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfall- und Blutungsrisiko im Vergleich zu Patient:innen mit Vorhofflimmern ohne dieses hohe Risiko durchgeführt. Zudem wurde ein auf klinischen Risikoscores-basierender Aufgriff des Schlaganfall- und Blutungsrisikos von Patient:innen mit Vorhofflimmern in GKV-Routinedaten entwickelt. Erste Analyseergebnisse wurden auf der 14. Jahrestagung der dggö sowie auf dem 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) präsentiert. In diesem Jahr wird Dr. Eric Faß auf der 15. dggö Jahrestagung den Aufgriff des Schlaganfall- und Blutungsrisikos von Patient:innen mit Vorhofflimmern in GKV-Routinedaten vorstellen.

EvaClosure



Darüber hinaus kann sich das WIG2 in diesem Jahr über die Beteiligung an einem neuen Innovationsfondsprojekt freuen, das im Januar 2023 gestartet ist: Das Projekt Mo2Regio (Fördernummer 01VSF22037) befasst sich unter der Konsortialführerschaft der Technischen Universität Dresden mit dem sektorenübergreifenden Monitoring und der Modellierung der regionalen Gesundheitsversorgung. Vor diesem Hintergrund werden exemplarisch für die beiden Themen Kinder-gesundheit und Demenz Versorgungsziele und -indikatoren entwickelt. Diese bilden die Grundlage für die Abbildung der regionalen Gesundheitsversorgung auf einer digitalen Plattform anhand von GKV-Routinedaten sowie den Daten von statistischen Ämtern, Registern und Befragungen. Darauf aufbauend können mittels prognostischer Modelle Entwicklungsrisiken und Steuerungspotenziale aufgezeigt werden.

**Ein neues Innova-  
tionsfondsprojekt:  
Mo2Regio**

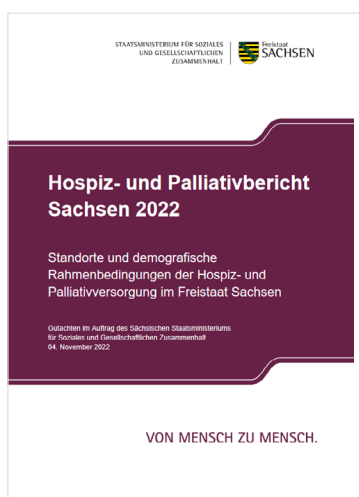
Neben den Innovationsfondsprojekten führten wir 2022 auch zahlreiche weitere Projekte im Bereich Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung fort. Dazu gehören die Evaluation der Wirksamkeit eines Modellvorhabens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Baden-Württemberg (EVA TIBAS), die Evaluation der langfristigen Versorgungsziele des Modellstudiengangs MEDiC und die Evaluation von Modellvorhaben in der Psychiatrie nach § 64b SGB V (EVA64). Zudem hat 2022 das Projekt EVA64.2 begonnen, welches als Fortführung von EVA64 die Evaluation von Modellvorhaben in der Psychiatrie auf neu etablierte Behand-

Vier mehrjährige Evaluationsprojekte wurden fortgeführt: EVA TIBAS, MEDiC, EVA64 und EVA\_Pfalz.

lungskonzepte erweitert. Das Projekt EVA64.2 läuft bis 2031 und wird parallel zum Vorgänger-Projekt EVA64 bis zu dessen Abschluss im Jahr 2025 bearbeitet werden. Ein weiteres mehrjähriges Projekt, das vom WIG2 Institut begleitet wird, ist die Evaluation der Wirksamkeit des Modellvorhabens nach § 64b SGB V am Pfalzkrankenhaus (EVA\_Pfalz). Dr. Ines Weinhold und Roman Kliemt sind im Rahmen der Studie für die gesundheitsökonomische Evaluation verantwortlich. Dieses Modellvorhaben adressiert die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen – konkret eine flexiblere sektorenübergreifende Behandlung, die Verkürzung der stationären Verweildauer sowie die Stärkung einer kontinuierlichen Behandlung und den effizienteren Einsatz finanzieller Mittel.

Die Versorgungsforschungsstudie zu lysosomalen Speichererkrankungen (LYSOCARE), welche Ria Heinrich, Dr. Tonio Schönfelder und Dr. Franziska Claus bereits seit mehreren Jahren begleiten, wurde im Jahr 2022 abgeschlossen. Auf der diesjährigen dggö-Jahrestagung wird Dr. Franziska Claus die direkten Kosten der intravenösen Enzymersatztherapie (EET) im häuslichen Umfeld für Patient:innen mit lysosomalen Speichererkrankungen in Deutschland vorstellen. Die Studie ergab, dass die Kosten im Durchschnitt bei 369.047 € pro Jahr und Patient:in liegen und nahezu ausschließlich durch das EET-Medikament verursacht werden.

Das Projekt LYSO-CARE konnte fertiggestellt werden.



Auch der Hospiz- und Palliativbericht 2022 konnte im vergangenen Jahr fertiggestellt werden. In diesem Rahmen untersuchte das Projektteam bestehend aus Josephine Thiesen, Dr. Eric Faß, Dr. Marco Müller, Dr. Franziska Claus, Roman Kliemt, Sandra Stark, Lasare Samartzidis, Ciara Fink und J.-Prof. Dr. Dennis Häckl unter der Leitung von Dr. Ines Weinhold die Entwicklungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Das im Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland soll die noch bis vor einigen Jahren spürbare Versorgungslücke im Bereich der Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen weiter schließen und unterstützt insbesondere den flächendeckenden Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen, vor allem in strukturschwachen und ländlichen Gebieten. Demografisch und mortalitätsbedingt ist in Sachsen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit überdurchschnittlich vielen Sterbefällen zu rechnen, was einer qualitativ hochwertigen, erreichbaren und verfügbaren Hospiz- und Palliativversorgung eine hohe Bedeutung zuschreibt. Vor diesem Hintergrund finalisierte das WIG2 Institut im vergangenen Jahr den Hospiz- und Palliativbericht 2022. Der Bericht erfasst und bewertet die hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen, evaluiert die Entwicklung von Bedarfen und Angeboten und formuliert Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Sachsen.

Der Hospiz- und Palliativbericht 2022 wurde fertiggestellt und evaluiert Strukturen und Bedarfe hospizlich-palliativer Versorgung im Freistaat Sachsen.



Seit dem 01. Januar 2022 haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen den rechtlichen Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA). Für die Versicherten, die den Zugriff auf die ePA über eine mobile App oder den Desktopclient ablehnen bzw. diese Zugriffsmöglichkeiten nicht nutzen können, soll eine Alternative geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund evaluierte das WIG2 Institut unter Beteiligung von Ron Müller, Franziska Stutzer, Imen Urukova, Josephine Thiesen, Luise Seile, Alisa Hamm, Sandra Stark, Alexander Elsner, Benjamin Berndt, Dr. Franziska Claus und Dr. Thomas Höpfner für die gematik GmbH den Bedarf an Terminals in den Geschäftsstellen der Krankenkassen, welche eine weitere Zugriffsoption darstellen könnten. Die Evaluation betrachtete den Krankenkassenmarkt in Hinblick auf die perspektivische Entwicklung der Anzahl der Krankenkassen und deren Geschäftsstellen, die durchschnittliche Anreisedistanz der Versicherten, die demografische Entwicklung sowie die (digitalen) Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung. In einem weiteren Arbeitspaket wurde die Verfügbarkeit der Geschäftsstellen mit der demografischen Entwicklung verbunden, um herauszustellen, welche Bevölkerungsgruppen von der Terminal-Lösung profitieren würden. Zum Schluss wurde die Terminal-Lösung einer Alternative in Form eines browserbasierten Zugangs gegenübergestellt.

Der demografische Wandel und die insgesamt ansteigende Lebenserwartung in Deutschland verleiht dem Fachgebiet der Geriatrie mehr und mehr Bedeutung. Gleichzeitig besteht ein Ungleichgewicht in der Größe der Bevölkerungsgruppe und der Anzahl der Ärzt:innen mit fachlicher Weiterbildung in der Geriatrie, sodass aufgrund des personellen Engpasses eine geriatrische Versorgung nicht jederzeit und wohnortnah gewährleistet werden kann. Hier können virtuelle Dienste in der Lage sein, Versorgungslücken zu schließen. Ein Beispiel dafür bietet die Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (G-BA, Beschlussdatum: 22. November 2019). Nach dieser ist die Behandlung durch ein unfallchirurgisch-geriatrisches, multiprofessionelles Team vorgeschrieben. Während einer Übergangsregelung kann die geriatrische Kompetenz jedoch auch durch ein virtuelles Konsil dargebracht werden. Das Ziel des Anfang 2022 gestarteten ViGe-Projektes (Virtualisierung in der Geriatrie) ist es, die Versorgungsqualität geriatrischer Patient:innen zu verbessern, indem virtuelle Dienste mithilfe des 5G-Standards mobil zur Verfügung gestellt werden. Dabei werden u. a. Sensordaten von medizinischen Geräten in Echtzeit an Geriater:innen übermittelt und in einer virtuellen Sitzung vom gesamten Behandlungsteam diskutiert. Die Erprobung dieser Maßnahmen erfolgt am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) anhand von zwei Use Cases: Mobilitätsmonitoring und Mobiles EEG-Monitoring. Realisiert werden die Use Cases durch das Innovation Center Computer Assisted Surgery (ICCAS). Die wissenschaftliche und gesundheitsökonomische Evaluation erfolgt durch das WIG2 Institut. Im ersten Projektjahr 2022 erreichte das Projekt mit der Konzeption der technischen Infrastruktur erste große Meilensteine. Diese Maßnahme wird mitfinanziert durch Steuermittel auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes (Förderung nach RL eHealthSax).

Die Evaluation zur flächendeckenden Schaffung technischer Einrichtungen durch Krankenkassen nach § 338 Abs. 3 SGB V wurde im Jahr 2022 abgeschlossen.

Das Projekt ViGe untersucht eine mögliche Verbesserung der Versorgung von geriatrischen Patient:innen durch den Einsatz virtueller Dienste.



## Fortschritt und Karriere

### WIG2 Forschungsseminare

Das Format der WIG2 Forschungsseminare entsprang der Idee, von uns betreuten angehenden Absolvent:innen die Möglichkeit zu geben, die Themen ihrer wissenschaftlichen Abschlussarbeiten und Arbeitsfortschritte umfassend mit ihren Kolleg:innen zu diskutieren und dabei wertvolles Feedback einzuholen. Auch im Jahr 2022 freuten wir uns über spannende Präsentationen unserer studentischen Mitarbeitenden und weiteren Kolleg:innen: In vier Seminaren wurden insgesamt acht Vorträge gehalten.

Den Auftakt machte Lisa Schmiedel: In zwei Forschungsseminaren (März und Juni 2022) präsentierte sie den aktuellen Stand ihrer Masterarbeit, die sich mit der Pflegebürgerversicherung (PBV) als mögliche Reformoption für ein nachhaltiges Pflegefinanzierungssystem auseinandersetzt und die wir Ihnen in diesem 13. Heft vorstellen.

Während des Seminars im März präsentierte zudem unsere Kollegin Dr. Tarcyane Barata Garcia ihre Ergebnisse des bereits erwähnten Innovationsfondsprojektes PsychCare, in dem flexible und integrative psychiatrische Behandlungsmodelle in Deutschland evaluiert wurden.

In zwei Forschungsseminaren begleiteten wir zudem unsere studentische Mitarbeiterin Sandy Scheibe auf dem Weg zu ihrem Masterabschluss. Mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) rückte sie ein Thema von zunehmender Relevanz in den Mittelpunkt ihrer Abschlussarbeit (siehe hierzu unser Pflege-Special im Forschungsbericht 12). Sie nahm sich einer systematischen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von DiPAs an, da bis zum Zeitpunkt der Erstellung der Masterarbeit keine Übersichtsarbeit existierte, die sich an der zugrundeliegenden deutschen DiPA-Definition des BfArM orientiert und noch keine DiPA in dem dafür vorgesehenen Verzeichnis des BfArM gelistet worden war. Bei einem ersten Referat im Juni stellte Sandy Scheibe das Konzept ihrer Forschungsarbeit vor; im November präsentierte sie schließlich die Resultate ihrer Forschung.

Ebenfalls der Digitalisierung im Gesundheitswesen widmete sich Alisa Hamm in ihrer Masterarbeit. Das Untersuchungsvorhaben fußt auf der Beobachtung diverser Barrieren bei der vollständigen Integration von digitalen oder technischen Komponenten in den Versorgungsprozess. Mittels Experteninterviews und einer Online-Umfrage werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, durch die die bestehenden Hürden umgangen bzw. abgeschwächt werden können und mit denen förderliche Faktoren stärker ins Gewicht fallen. Ihr erster Vortrag im Juni rückte den Fragebogen für die Online-Umfrage mit Verantwortlichen von Innovationsfonds-Projekten in den Fokus. In einem zweiten Forschungsseminar im November präsentierte Alisa Hamm dann die Ergebnisse der Umfrage und der Interviews in Form von identifizierten Digitalisierungshürden und stellte darauf abgestimmte Handlungsempfehlungen vor.

### Vier Forschungsseminare im Jahr 2022



Lisa Schmiedel präsentierte ihre Masterarbeit zur PBV.

Sandy Scheibe führte eine systematische Literaturrecherche zu DiPA durch.

Alisa Hamm präsentierte im Zuge ihrer Masterarbeit Barrieren der Digitalisierung und Handlungsempfehlungen.

Ferner freuten wir uns letztes Jahr über den digitalen Besuch eines Mitglieds unseres Wissenschaftlichen Beirats: Im Oktober begrüßten wir Frau Prof. Dr. Amelie Wuppermann sowie ihr Team von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dem auch unser wissenschaftlicher Mitarbeiter Tobias Schäffer zugehörig ist, zu einem weiteren Forschungsseminar. Der Schwerpunkt dieses virtuellen Meetings lag im Austausch bezüglich des Projektes zum Einfluss der stationären Verweildauer auf den Genesungsverlauf. Das Projekt soll aufklären, ob das DRG-Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups) in Krankenhäusern eine Ökonomisierung der Medizin fördert, oder ob der dadurch entstandene Wettbewerb mehr Transparenz und eine Verbesserung der Versorgungsqualität nach sich zieht.

Prof. Dr. Amelie Wuppermann und ihr Team stellten ein geplantes Projekt zur Untersuchung des Einflusses der Verweildauer auf den Genesungsverlauf vor.

### Juniorprofessur für Health Economics and Management

Mit der Übernahme der Juniorprofessur für Health Economics and Management an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig durch Dr. Dennis Häckl wurden im letzten Jahr die personellen und fachlichen Verbindungen zwischen dem WIG2 und der Universität gestärkt. Dr. Carsta Militzer-Horstmann und ab Januar Sandra Stark bringen ihre wissenschaftlichen Kompetenzen nunmehr an beiden Instituten ein. Eine intensive Zusammenarbeit ist bereits bei einigen Projekten entstanden und soll in den kommenden Jahren weiter gefördert werden.

### Dissertationen

Im Jahr 2022 konnte Dr. Ines Weinhold ihre Dissertation mit großem Erfolg verteidigen. Ihre kumulative Arbeit rund um das Thema regionale Unterschiede bezüglich der Zugänge zur Primärversorgung wurde bereits vorgestellt. Herzlichen Glückwunsch an unsere neue Geschäftsführerin.

Weiterhin verfolgen wir gespannt die Dissertationsprojekte von vier Kolleg:innen. So konkretisierte Roman Kliemt die Pläne für seine kumulative Dissertation im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Melanie Mäder reichte Ende des Jahres ihre erste Publikation im Fachjournal BMC Health Services Research zum Thema „DiGA Evidenz“ ein. Christian Schindlers Exposé zum Thema „Reformoptionen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ wurde an der Universität Leipzig zur weiteren Bearbeitung ebenfalls akzeptiert. Schließlich reichte Tobias Schäffer erste Ergebnisse seiner Arbeit zur Leitlinienkonformität der Verschreibungen von Opioiden für chronische nicht tumorbedingte Schmerzen bei der 15. dggö ein. Wir drücken die Daumen für ein erfolgreiches Vorankommen im Jahr 2023!

### Abschlussarbeiten

Wie bereits aus der Beschreibung der Forschungsseminare hervorgeht, konnten auch im Jahr 2022 erneut einige Nachwuchswissenschaftler:innen bei der Erstellung ihrer Abschlussarbeiten unterstützt werden. Josephine Thiesen verteidigte an der Technischen Universität Chemnitz erfolgreich ihre Masterarbeit „Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen“, die wir im elften Heft unserer Forschungsberichte veröffentlicht haben (Thiesen, 2022). Ebenso schloss Dr. Tarcyane Barata Garcia erfolgreich ihr Masterstudium in Bioinformatik an der Universität Leipzig ab. Ende 2022 reichte zudem Lisa

Wir beglückwünschen drei Studentinnen zu ihren abgeschlossenen Masterarbeiten!

Schmiedel ihre Abschlussarbeit unter dem Titel „Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung“ ein und beendete damit ihr Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

Wir gratulieren den drei Absolventinnen und sind froh, dass wir alle drei nach Abschluss ihres Studiums als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am WIG2 Institut willkommen heißen können.

Neben Sandy Scheibe und Alisa Hamm, welche die Entwicklung ihrer Abschlussarbeiten in den Forschungsseminaren präsentierten, hat auch Ria Heinrich im vergangenen Jahr mit ihrer Diplomarbeit begonnen. Die drei Nachwuchswissenschaftlerinnen werden ihre Abschlussarbeiten voraussichtlich in diesem Jahr einreichen.

Drei weiteren Studentinnen wünschen wir viel Erfolg auf der Zielgeraden!

## Veranstaltungen

### Eigene Sessions und angenommene Beiträge von WIG2-Mitarbeitenden

Am 28. und 29. März lud die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) zu ihrer 14. Jahrestagung nach Hamburg ein. In einem vielseitigen Programm mit über 180 Vorträgen wurden die ökonomischen Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung beleuchtet. Die Tagung bot zudem Platz für die Auseinandersetzung mit weiteren aktuellen gesundheitsökonomischen Themen.

#### 14. dggö Jahrestagung 2022



So konnten drei Wissenschaftler:innen des WIG2 Instituts ihre Forschungsergebnisse im Bereich der integrierten Versorgung präsentieren: Roman Kliemt stellte die modellübergreifenden Ergebnisse aus zwölf Abschlussberichten der Evaluationsstudie EVA64 zu psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben nach § 64b SGB V vor. Mit ihrem Vortrag zur PsychCare-Studie berichtete Dr. Tarcyane Barata Garcia über ein weiteres Projekt im Bereich der Psychiatrie. Dr. Eric Faß zeigte die Krankheitskosten bei hohem Schlaganfall- und Blutungsrisiko bei Patient:innen mit Vorhofflimmern auf. Hierbei handelt es sich um die Ergebnisse des Projektes EvaClosure.

Es wurden drei Präsentationen zu den Projekten EVA64, PsychCare und EvaClosure gehalten.

Wir freuen uns bereits auf die nächste dggö-Tagung am 13. und 14. März in Hannover. Dort werden Christian Schindler, Dr. Marco Müller, Dr. Eric Faß, Sandy Scheibe, Dr. Franziska Claus, Ria Heinrich, Tobias Schäffer und Roman Kliemt ihre Forschungsergebnisse präsentieren. Die Themen ihrer Vorträge reichen u. a. von Morbi-RSA über psychiatrische Modellvorhaben, pädiatrische Präventivleistungen, digitale Pflegeanwendungen, lysosomale Speichererkrankungen und Schlaganfall- und Blutungsrisiko bei Patient:innen mit Vorhofflimmern bis zu Leitlinienkonformität der Verschreibungen von Opioiden.

Auch bei der 15. Jahrestagung der dggö im Jahr 2023 werden unsere Wissenschaftler:innen wieder interessante Ergebnisse präsentieren.





Vom 04. bis 07. September 2022 fand in Bulgarien die 17. Federated Conference on Computer Science and Intelligence Systems (FedCSIS) statt. Bereits zum vierten Mal organisierte und leitete das WIG2 in diesem Rahmen die Session zum Thema „Data Science in Health, Ecology and Commerce“ im digitalen Format. Der Aspekt Gesundheitswesen wurde dabei durch die Fachexpertise von Dr. Carsta Militzer-Horstmann und J.-Prof. Dr. Dennis Häckl bereichert. Prof. Dr. Bogdan Franczyk vom Lehrstuhl für Informatik der Universität Leipzig, Dr. Jan Bumberger vom Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung sowie Dr. Olaf Reinhold vom Social CRM Research Center brachten ihr Fachwissen in den Bereichen Informatik, Ökologie und Handel ein. Von insgesamt elf eingereichten Beiträgen aus 17 verschiedenen Ländern konnten sieben Beiträge angenommen werden.

Ein Forschungsteam aus Polen präsentierte eine KI-gestützte personalisierte Analyse bei Menstruationsbeschwerden zur Einschätzung von möglichen Gesundheitsrisiken. Die KI ist dabei in der App Ovufriend 2.0 integriert und analysiert zyklusbezogene Informationen und Symptome zyklusübergreifend hinsichtlich möglicher Korrelationen und Muster (Sosnowski, Żuławińska, Dutta, Szymusik, Zyguła & Bambul-Mazurek, 2022). Zwei Forscher der Universität Blida in Algerien befassten sich mit neuronalen Encoder-Decoder-Netzwerken mit Aufmerksamkeitsmechanismus zur Erkennung von Typen in verknüpften Daten (Hamel & Fareh, 2022). Ein polnisches Team stellte ein Multi-Agenten-Modell zur Vertrauensverbreitung in Produkte auf der Grundlage von Fuzzy-Aggregationsnormen vor (Mrela, Sokolov, Bieniek-Majka, Osinksa & Duch, 2022).

Mit der Erkennung von Demenzsymptomen bei älteren Menschen anhand von Augenmerkmalen beschäftigte sich ein polnisch-japanisches Forschungsteam. Aufbauend auf ihren im Vorjahr präsentierten Indikatoren der Augenmotoren, welche sich bei Demenzerkrankten signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden, untersuchten sie nun die Pupillenlichtreflexe. Dabei konnte u. a. die Abhängigkeit der Faktorwerte für blaue Lichtimpulse vom Alter der Teilnehmenden bestätigt werden (Nakayama, Nowak & Zarowska, 2022).

Zwei Forscher von der Santa Catarina State University in Brasilien untersuchten den Einfluss von Finanznachrichten aus einer transparenteren Quelle auf den Aktienkurs. Ihr Modell ist in der Lage, die Entwicklung der einzelnen Aktienpreise in den nächsten 35 Tagen mit guter Genauigkeit vorherzusagen. Das Modell weist potenziell eine zukünftige Relevanz für den realen Investmentmarkt auf (Heiden & Parpinelli, 2022).

Viele biopharmazeutische Unternehmen stehen vor dem Problem, eine mögliche Austauschbarkeit bzw. Bestimmung der Ähnlichkeit zweier Testverfahren durch rein statistische Tests nicht bewerkstelligen zu können. Ein Forschungsduo der Università del Piemonte Orientale in Italien befasste sich deshalb mit der visuellen Verbesserung der Python-Funktionen für die Bewertung der klinischen Gleichheit von Messungen. Sie präsentierten ein Python-Bibliothekspaket für biomedizinische Äquivalenzttests mit visuellen Berichten für verschiedene Anwendungsfälle (Nascimben & Rimondini, 2022).

### Session zu Data Science in Health auf der FedCSIS 2022



Sieben Beiträge wurden während der virtuellen Session präsentiert und diskutiert.

1: KI-gestützte Analyse bei Menstruationsbeschwerden.

2: Encoder-Decoder-Netzwerk für Linked Data.

3: Multi-Agenten-Modell.

4: Pupillenlichtreflexe zur Erkennung von Demenzsymptomen.

5: Einfluss von Finanznachrichten als Prädiktor auf den Aktienkurs.

6: Bewertung der klinischen Gleichheit von Messungen durch visualisierte Python-Funktionen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen Entwicklung werden technologische Innovationen, die ältere Menschen unterstützen und es ihnen so ermöglichen, länger selbstständig zu leben, immer wichtiger. Eine Forschungsgruppe aus dem Vereinigten Königreich führte daher Fokusgruppen-Interviews mit britischen Senior:innen durch und analysierte die daraus gewonnenen Daten durch affektives Computing. Die künstliche Intelligenz ist mit Hilfe von maschinellen Lernverfahren befähigt worden, Stimmungen zu unterscheiden, die häufig mit älteren Erwachsenen assoziiert werden. In den untersuchten Gruppen zählten Depression, Traurigkeit und Wut zu den auffälligsten Stimmungszuständen. Die Erkenntnisse dieser Untersuchung bieten eine Hilfestellung bei strategischen Entscheidungen zum Wohlbefinden der alternden Bevölkerung (Palomino et al., 2022).

7: Datenwissenschaftliche Analyse zur Untersuchung der Stimmungslage von Senior:innen.

Auf dem 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) am 30. September 2022 wurden drei Arbeiten von WIG2-Mitarbeiter:innen vorgestellt. Zwei dieser Arbeiten stammen aus der Feder von Melanie Mäder, Dr. Patrick Timpel, Ria Heinrich, Sandy Scheibe und Dr. Tonio Schönfelder.

## 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

In einer dieser Arbeiten analysierten die Autor:innen das DiGA-Verzeichnis hinsichtlich der Transparenz und Vollständigkeit von Studienparametern,

Zwei Arbeiten eines Autor:innenteams widmen sich DiGAs.



die für Verordnungsentscheidungen relevant sind. Hierzu wurden im Rahmen einer systematischen Analyse der Einträge im DiGA-Verzeichnis Indikatoren für die Bewertung der Transparenz identifiziert und der Informationsgehalt beurteilt. Eine deskriptive Auswertung der gesammelten Informationen ergab, dass es oft an Angaben zu Datenerhebungszeitpunkten, Rekrutierungsstrategien und Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die endgültige Nutzer:innenpopulation der DiGA sowie zur Studienregistrierung mangelt. Daraus schließen die Autor:innen, dass für einen umfassenden Blick weitere Informationsquellen wie Studienregister oder Publikationen herangezogen werden sollten (Heinrich, Mäder, Timpel, Scheibe & Schönfelder, 2022).

In einer weiteren Arbeit desselben Autor:innenteams wurden die im Leitfaden des BfArM genannten Evidenzanforderungen an die Studien zum Nachweis eines positiven Versorgungseffekts (pVE) mit deren tatsächlicher Umsetzung im DiGA-Verzeichnis abgeglichen. Die Ergebnisse der Untersuchung lassen erkennen, dass die gelisteten DiGAs in Hinblick auf den Nachweis eines pVE höhere Anforderungen erfüllen als im Leitfaden gefordert wird. Dies gilt vor allem für das Studiendesign (Mäder, Heinrich, Timpel, Scheibe & Schönfelder, 2022).



Die dritte Arbeit, welche auf dem DKVF im September vorgestellt wurde, untersuchte die direkten Krankheitskosten (GKV-Perspektive) von Patient:innen mit Vorhofflimmern und einem hohen Schlaganfall- und Blutungsrisiko im Vergleich zu Patient:innen mit Vorhofflimmern ohne dieses hohe Risiko. Es handelt sich hierbei um den ersten Part des oben vorgestellten Innovationsfondsprojektes EvaClosure. Dr. Eric Faß, Dr. Marco Müller, Dr. Franziska Claus und Dr. Ines Weinhold verfolgten in dieser Untersuchung gemeinsam mit Prof. Dr. Ulf Landmesser von der Charité – Universitätsmedizin Berlin das Ziel, unter Anwendung ökonomischer Analyseverfahren robuste Kostenmaße zu generieren, die für eine spezifische Ermittlung der ökonomischen Belastung durch das hohe Risiko erforderlich sind.

Die dritte Arbeit stellt Patient:innen mit Vorhofflimmern in den Mittelpunkt.



Die Analyseergebnisse verdeutlichen, dass Patient:innen mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfall- und Blutungsrisiko signifikant höhere Kosten verursachen als Vorhofflimmern-Patient:innen ohne dieses hohe Risiko. Es besteht jedoch noch weiterer Forschungsbedarf zu den entscheidenden Kostentreibern und den mit dem hohen Risiko verbundenen Gesundheitskosten sowie zu geeigneten Präventionsmaßnahmen (Faß, Müller, Claus, Landmesser & Weinhold, 2022).

### Vom WIG2 (mit-)organisierte Veranstaltungen



An welchen Stellen des Gesundheitswesens sollte es mehr Gleichbehandlung geben? Wo werden aktuell ungerechtfertigte Unterschiede zwischen verschiedenen Patient:innengruppen gemacht und wo wäre

es wiederum sinnvoller, die Gleichmachung aller durch vielfältige Versorgungsansätze abzulösen? Diese und weitere Fragen wurden am 22. März 2022 zum ersten Diversity in Health Congress von Vertreter:innen von Krankenkassen, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft gemeinsam mit ca. 150 Gästen diskutiert. In dem virtuell durchgeführten Kongress standen die Gendergerechtigkeit und das Ineinandergreifen von medizinischen, ethnischen, sozialen und kulturellen Faktoren im Mittelpunkt. Martin Blaschka (Leiter Netzwerk und Veranstaltungen ZING! am WIG2 Institut) und Frederike Gramm (freie Journalistin) führten das mehr als 300 Teilnehmer:innen starke Publikum durch Erfahrungsberichte und Best-Practice-Cases. Thematisiert wurden u. a. die Erhebung und Analyse hochwertiger, diverser und somit repräsentativer Gesundheitsdaten als Forschungsgrundlage und die Vermeidung von Gender-Verzerrungen bei Datenanalysen mittels Künstlicher Intelligenz. Das neue Veranstaltungsformat wurde vom WIG2 Institut gemeinsam mit der Universität Leipzig (Juniorprofessur Health Economics and Management) und der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse organisiert. Unterstützung fand der Kongress durch die BKK-VBU, PwC Deutschland und Janssen Deutschland. Am 28. Februar und 01. März 2023 wird das Format in die zweite Runde gehen und erneut der (Un-)Gleichbehandlung im Gesundheitswesen unter dem Motto „Gesundheit für alle“ eine Bühne bereiten.

#### Diversity in Health Congress 2022



Zur ersten Digital Health Conference in Leipzig erwarteten das Fachpublikum am 05. Mai 2022 drei informative und vielfältige fachliche Panels zu den Themen „Gesundheitsdaten“, „Gesundheitsinnovationen“ und „Gesundheitsökonomie“. Hochkarätige

Expert:innen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens boten den mehr als 120 vor Ort anwesenden und den über 300 virtuell zugeschalteten Teilnehmer:innen einen Überblick über die derzeitige Lage sowie die Zukunft der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Im Anschluss erhielten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, sich miteinander auszutauschen und Kontakte mit Vertreter:innen aus Politik, Industrie und Körperschaften sowie Leistungserbringenden zu knüpfen. Organisiert wurde die erste Digital Health Conference vom WIG2 Institut gemeinsam mit der Juniorprofessur Health Economics and Management der Universität Leipzig im Auftrag des Amtes für Wirtschaftsförderung der Stadt Leipzig.

#### Digital Health Conference



Am 21. Juni 2022 starteten Expert:innen aus Apotheken, Krankenkassen, Krankenhäusern, der medizinischen Versorgung, IT-Software und Politik in die dritte Auflage des E-Rezept-Summits. Als Veranstalter freuten sich die scanacs GmbH und das WIG2 Institut erneut über die rege Teilnahme. Insgesamt kamen 1.000 Teilnehmer:innen online zusammen, um über den Umsetzungsstand, die Chancen und die Herausforderungen des E-Rezepts zu diskutieren. Die Veranstaltung gliederte sich in zwei Schwerpunkte: Ein Part adressierte Fachpersonen und Expert:innen. Hier wurde der aktuelle Stand der Implementierung und des Betriebs des E-Rezeptes in Deutschland beleuchtet. In einer anschließenden Diskussionsrunde wurde die Zukunft des E-Rezepts betrachtet. Der zweite Part richtete sich an Versicherte und Patient:innen und war der anwender:innenorientierten Beantwortung von häufig gestellten praxisnahen Fragen rund um das E-Rezept gewidmet. Bei diesem „How to E-Rezept“ wurden die Funktionen des E-Rezepts und die damit einhergehenden Veränderungen für Versicherte dargestellt.

### 3. E-REZEPT SUMMIT



Am 07. Juli 2022 wurde die vielschichtige Thematik der Interoperabilität von Registern im deutschen Gesundheitssystem in einem Expert:innen-Workshop, den das WIG2 Institut gemeinsam mit dem Digital-Spezialisten Jinit[ organisierte, intensiv beleuchtet. Vor dem

### Interop Day Gesundheitsregister



Hintergrund des Registergutachtens von Niemeyer et al. (2021) diskutierten Praktiker:innen und Forschende sowie Spezialist:innen für Interoperabilität und Digital Health die Potenziale von interoperablen Gesundheitsdaten. In verschiedenen Ideensprints entwarfen die Expert:innen Zukunftsperspektiven, welche eine Grundlage für die fachliche Diskussion zur Optimierung von Gesundheitsregistern bieten. Gekrönt wurde der „Interop Day Gesundheitsregister“ in Berlin durch eine inspirierende Keynote und die Teilnahme von Prof. Dr. Sylvia Thun, Professorin für Digitale Medizin und Interoperabilität am Berlin Institute of Health der Charité. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden anschließend in dem bereits unter dem Abschnitt „Publikationen“ vorgestellten Whitepaper „Interoperabilität von Gesundheitsregistern stärken“ verarbeitet und der Fachcommunity zur Verfügung gestellt (Miltzer-Horstmann, Pickhardt, Stutzer, Hamm & Wulf, 2022).



Nach bereits drei erfolgreichen HEALTH INSURANCE HACK&CONs lud das WIG2 Institut vom 07. bis 09. September 2022 zur vierten Auflage des Formats in die DESIGN OFFICES Leipzig Post ein. Die fünf Partner-Krankenkassen AOK PLUS, IKK classic, IKK gesund plus, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse und

### 4. HEALTH INSURANCE HACK&CON 2022



VIACTIV Krankenkasse stellten auf der Suche nach neuen Ansätzen und konkreten Lösungen jeweils zwei Fragestellungen aus ihrer alltäglichen Praxis vor. Von den insgesamt 250 interessierten Teilnehmer:innen aus Krankenkassen, Startups, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Beratung und Forschung widmeten sich 90 engagierte Hacker:innen diesen Fragestellungen. Zehn interdisziplinäre Teams entwickelten innerhalb von über 40 Stunden innovative Lösungsansätze für die vorgegebenen Problematiken der Gesundheitsversorgung und Versicherungszufriedenheit. Begleitet wurde dieser dreitägige Hackathon von einem Rahmenprogramm

aus Workshops, Expert:innencoachings und einer Innovationskonferenz. Am letzten Veranstaltungstag präsentierten die Teams ihre Ergebnisse in fünfminütigen Short Pitches vor der Expert:innenjury. Ein Team, welches ein Versorgungslotsen-Konzept entwickelte, wurde mit dem Preis „Größter Nutzen für die Versicherten“ ausgezeichnet. Mithilfe eines krankenkassenindividuellen Verzeichnisses für Versorgungsangebote sollen die relevanten Versorgungsinformationen den richtigen Patient:innen dargeboten werden. Den Preis in der Kategorie „Innovativste Lösung“ erhielt ein Team, das die App „Family Care“ zur Unterstützung von Eltern psychisch erkrankter Kinder konzipierte. In der Rubrik „Bestes gesundheitsökonomisches Konzept“ siegte ein Hackathon-Team, welches ein Weaning-Board zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei der Beatmungsentwöhnung vorstellte. Dieses soll die behandelnden Ärzt:innen, die betreuende Krankenversicherung sowie die betroffenen Patient:innen vernetzen und auf diese Weise eine koordinierte Zusammenarbeit fördern. Den Publikumspreis erhielt das App-Konzept „DIANE“, welches GKV-Routinedaten mit den Daten smarter Gesundheits-Tracker der Nutzer:innen in der App verknüpft, um durch Empfehlungen zur Optimierung des Lebensstils dabei zu helfen, Neuerkrankungen zu vermeiden. Die Schirmherrschaft der Veranstaltung lag erneut bei Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.



Der 4. RSA-Fachkongress nahm das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, das tagesaktuell während des zweiten Kongresstages verabschiedet wurde, zum Anlass für eine Auseinandersetzung mit dessen Maßnahmen und dem Status quo der GKV-Finanzierung. Organisatoren waren das WIG2 Institut und die Juniorprofessur für Health Economics and Management an der Universität Leipzig. Unter dem Motto „Finanzierung der GKV im neuen Fokus“ kamen am 19. und 20. Oktober 2022 mehr als 100 Expert:innen aus Wissenschaft, Politik, staatlichen Institutionen, Krankenkassen und Wirtschaft vor Ort im Ring-Café Leipzig und im Livestream zusammen. Die Moderator:innen Prof. Dr. Dennis Häckl und Dr. Ines Weinhold läuteten das zweitägige Veranstaltungsformat mit einem exklusiven Kaminabend mit Hintergrundgesprächen ein. In hochkarätigen Vorträgen und aussichtsreichen Diskussionspanels wurden Thematiken betrachtet, mit denen sich der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs am Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) auseinandersetzt. Zudem wurden internationale Finanzierungssysteme und deren regulatorische Instrumente unter die Lupe genommen.

Nach der Fertigstellung des Whitepapers zur Interoperabilität von Gesundheitsregistern wurde dieses im Rahmen eines Webinars am 24. November 2022 präsentiert. Mit etwa 100 interessierten Gästen wurden Qualitätskriterien diskutiert, mit denen der Datenaustausch und die Datenverarbeitung über mehrere Register und weitere Datenquellen hinweg sichergestellt werden kann. Mithilfe von Handlungsempfehlungen wurden Impulse zur Umsetzung von Interoperabilitätsstandards in der Praxis gegeben. Das einstündige Webinar wurde von der ]init[ AG für digitale Kommunikation und dem WIG2 Institut gemeinsam veranstaltet.

#### 4. RSA-Fachkongress



#### Webinar zur Interoperabilität von Gesundheitsregistern



## Dank und Ausblick

Gratulation an die WIG2 Kolleg:innen für ein weiteres sehr erfolgreiches Jahr mit so zahlreichen spannenden Publikationen, Vorträgen und Veranstaltungen. Wir wünschen Euch für das Jahr 2023 weiterhin viel Freude, Inspiration und Erfolg bei Eurer Arbeit und möchten an dieser Stelle noch einen besonderen Dank an alle Teammitglieder aussprechen, die aufgrund ihrer Rolle in einem solchen wissenschaftlichen Jahresrückblick zwar nicht namentlich erwähnt werden, aber dennoch einen unersetzbaren Beitrag für die alltägliche und nicht-alltägliche Arbeit in unserem Institut leisten!

Eure Carsta, Alisa und Paula  
mit dem Team Wissenschaftliche Entwicklung

## Literaturverzeichnis

- Balfanz, P., Hartmann, B., Müller-Wieland, D., Kleines, M., Häckl, D., Kossack, N., Kersten, A., Cornelissen, C., Müller, T., Daher, A., Stöhr, R., Bickenbach, J., Marx, G., Marx, N. & Dreher, M. (2022). Frühe Risikomarker für einen schweren klinischen Verlauf und tödlichen Ausgang bei deutschen Patient:innen mit COVID-19. Kurzbericht eines Fachartikels. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 41–42. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Baum, F., Schmitt, J., Seifert, M., Kliemt, R., Kubat, D., March, S., Häckl, D., Pfennig, A., Swart, E. & Neumann, A. (2022). Lengths of inpatient stay and sick leave of patients with mental diseases: disorder-specific effects of flexible and integrated treatment programs in Germany. *Translational psychiatry*, 12(1), S. 370. DOI: <<https://doi.org/10.1038/s41398-022-02131-5>>.
- Berndt, B. & Urukova, I. (2022). *Chancen und Limitationen der Vertragstransparenzstelle nach § 293a SGB V. Zentrales Register zur Schließung von Selektivverträgen soll Manipulationsanfälligkeit des RSA reduzieren*. Observer Gesundheit (Hrsg.). Online: <<https://observer-gesundheit.de/chancen-und-limitationen-der-vertragstransparenzstelle-nach-%c2%a7-293a-sgb-v/>> (abgerufen am 03.01.2023).
- Borchert, J., Heinrich, R., Kock, S., Klaus, P., Dally, H., Hagemann, C., Diesing, J. & Schönfelder, T. (2022). Prävalenz und Inzidenz der juvenilen idiopathischen Arthritis in Deutschland: Eine retrospektive Kohortenstudie basierend auf GKV-Abrechnungsdaten. German Medical Science GMS Publishing House. Deutscher Rheumatologiekongress 2022, 50. *Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)*, 36. *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)*, 32. *Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)*. DOI: <<https://doi.org/10.3205/22dgrh146>>.
- Deb, A., Podmore, B., Barnett, R., Beier, D., Galetzka, W., Qizilbash, N., Haeckl, D., Boellinger, T., Johnson, K. D. & Weiss, T. (2022). Pneumococcal vaccination coverage in individuals (16–59 years) with a newly diagnosed risk condition in Germany. *BMC infectious diseases*, 22(1), S. 753. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12879-022-07736-1>>.
- Deb, A., Podmore, B., Barnett, R., Beier, D., Galetzka, W., Qizilbash, N., Haeckl, D., Mihm, S., Johnson, K. D. & Weiss, T. (2022). Clinical and Economic Burden of Pneumococcal Disease Among Individuals Aged 16 Years and Older in Germany. *Epidemiology and infection*, 150, S. 1–36. DOI: <<https://doi.org/10.1017/S0950268822001182>>.
- Dercks, N. von, Hepp, P., Theopold, J., Henkelmann, R., Häckl, D. & Kossack, N. (2022). Versorgungsrealität stationär behandelter Patienten mit proximaler Humerusfraktur – Eine Analyse auf Basis von GKV-Daten. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 9(1), S. 16–23. DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1716-2218>>.
- Faß, E., Müller, M., Claus, F., Landmesser, U. & Weinhold, I. (2022). Cost of illness of high risk for stroke and bleeding in patients with atrial fibrillation. German Medical Science GMS Publishing House. 21. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)*. DOI: <<https://doi.org/10.3205/22dkvf381>>.
- Häckl, D., Kossack, N. & Schönfelder, T. (2022). Prävalenz, Kosten der Versorgung und Formen des dialysepflichtigen chronischen Nierenversagens in Deutschland: Vergleich der Dialyseversorgung innerhalb und außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen. Kurzbericht eines Fachartikels. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10). Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 01.02.2023).

- Hamel, O. & Fareh, M. (2022). Encoder-Decoder Neural Network with Attention Mechanism for Types Detection in Linked Data. In: *Proceedings of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). IEEE, S. 733–739. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F209>>.
- Hamm, A., Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schäffer, T., Weinhold, I. & Höpfner, T. (2020). Innovationen im Gesundheitswesen. In: H.-R. Hartweg, F. Knieps & K. Agor (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–29. DOI: <[https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2\\_58-1#DOI](https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_58-1#DOI)>.
- Hartmann, B., Verket, M., Balfanz, P., Hartmann, N.-U., Jacobsen, M., Brandts, J., Dreher, M., Kossack, N., Häckl, D., Marx, N. & Müller-Wieland, D. (2022). Glycaemic variability is associated with all-cause mortality in COVID-19 patients with ARDS, a retrospective subcohort study. *Scientific reports*, 12(1), S. 9862. DOI: <<https://doi.org/10.1038/s41598-022-13816-8>>.
- Hartweg, H.-R., Knieps, F. & Agor, K. (Hrsg.). (2020). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden. Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2>>.
- Heiden, A. & Parpinelli, R. S. (2022). Financial News Effect Analysis on Stock Price Prediction Using a Stacked LSTM Model. In: *Communication Papers of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). PTI, S. 233–240. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F20>>.
- Heinrich, R., Mäder, M., Timpel, P., Scheibe, S. & Schönfelder, T. (2022). Systematische Analyse des DiGA-Verzeichnisses am BfArM: Informationen für Verordnungsentscheidungen von digitalen Gesundheitsanwendungen sind oft unvollständig. German Medical Science GMS Publishing House. 21. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)*. DOI: <<https://doi.org/10.3205/22dkvf239>>.
- Hering, T., Krinner, A. & Bulenda, D. (2022). Validierungsstudie des MEP-Fragebogens zur erleichterten Erkennung von COPD-Exazerbationen. *Pneumologie*, 76(10), S. 671–678. DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1925-7281>>.
- Horneff, G., Borchert, J., Heinrich, R., Kock, S., Klaus, P., Dally, H., Hagemann, C., Diesing, J. & Schönfelder, T. (2022). Incidence, prevalence, and comorbidities of juvenile idiopathic arthritis in Germany: a retrospective observational cohort health claims data-base study. *Pediatric rheumatology online journal*, 20(1), S. 100. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12969-022-00755-x>>.
- Hu, T., Podmore, B., Barnett, R., Beier, D., Galetzka, W., Qizilbash, N., Haeckl, D., Weaver, J., Boellinger, T., Mihm, S. & Petigara, T. (2022). Incidence of acute otitis media in children < 16 years old in Germany during 2014–2019. *BMC pediatrics*, 22(1), S. 204. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03270-w>>.
- Kernebeck, S., Scheibe, M., Sinha, M., Fischer, F., Knapp, A., Timpel, P., Harst, L., Reininghaus, U. & Vollmar, H. C. (2022a). Digitale Gesundheitsinterventionen entwickeln, evaluieren und implementieren (Teil I) – Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Digital Health des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). *Das Gesundheitswesen*, 85(01), S. 58–64. DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1933-2779>>.
- Kernebeck, S., Scheibe, M., Sinha, M., Fischer, F., Knapp, A., Timpel, P., Harst, L., Reininghaus, U. & Vollmar, H. C. (2022b). Digitale Gesundheitsinterventionen entwickeln, evaluieren und implementieren Teil II – Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Digital Health des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). *Das Gesundheitswesen*, 85(01), S. 65–70. DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1915-4371>>.



- Lau, T. (2022). Eine Sprache für alle Register. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(39), S. 1630–1631. Online: <<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=227789>> (abgerufen am 12.01.2023).
- Mäder, M., Heinrich, R., Timpel, P., Scheibe, S. & Schönfelder, T. (2022). Digitale Gesundheitsanwendungen – zwischen Anspruch und Wirklichkeit. German Medical Science GMS Publishing House. 21. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)*. DOI: <<https://doi.org/10.3205/22dkvf405>>.
- Mahar, E., Sprenger, R., Diesing, J., Kossack, N., Häckl, D. & von Eiff, C. (2022). Case Fatality Risk and Attributable Costs in Patients Treated for Community-Acquired Pneumonia in Germany: A Population-Based Healthcare Claims Data Cohort Study. *SSRN Electronic Journal (SSRN Journal)*. DOI: <<https://doi.org/10.2139/ssrn.4118607>>.
- Militzer-Horstmann, C., Pickhardt, F., Stutzer, F., Hamm, A. & Wulf, C. (2022). *Interoperabilität von Gesundheitsregistern stärken. Handlungsempfehlungen für eine hochvernetzte Registerlandschaft als Innovations- und Qualitätstreiber in Gesundheitsforschung und -versorgung. Whitepaper*. Aktiengesellschaft für digitale Kommunikation (jinit) & Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) (Hrsg.). Online: <<https://www.interoperabilitaet-gesundheitsregister.de>> (abgerufen am 02.12.2022).
- Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L. (2020). Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2020(4), S. 5–18. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-4.html>> (abgerufen am 02.12.2022).
- Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Hamm, A. (2021). Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2020. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2021(7), S. 7–25. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-7.html>> (abgerufen am 02.12.2022).
- Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Seile, L. (2022). Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2021. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 7–44. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 04.01.2023).
- Mrela, A., Sokolov, O., Bieniek-Majka, M., Osinksa, V. & Duch, W. (2022). Multi-agent model of trust dissemination based on optimistic and pessimistic fuzzy aggregation norms. In: *Proceedings of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). IEEE, S. 741–744. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F182>>.
- Müller-Wieland, D., Blüher, M., Wuppermann, A. & Herth, F. (2022). Der wissenschaftliche Beirat des WIG2 Instituts im Interview. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 31–36. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 04.01.2023).
- Nakayama, M., Nowak, W. & Zarowska, A. (2022). Detecting Symptoms of Dementia in Elderly Persons using Features of Pupil Light Reflex. In: *Proceedings of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). IEEE, S. 745–749. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F17>>.
- Nascimben, M. & Rimondini, L. (2022). Visually Enhanced Python Functions for Clinical Equality of Measurement Assessment. In: *Communication Papers of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). PTI, S. 241–249. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F32>>.

- Neumann, A., Hense, H., Baum, F., Kliemt, R., Seifert, M., Harst, L., Kubat, D., Maicher, B., Schrey, C., Schmitt, J., Pfennig, A., Weinhold, I., Swart, E. & Soltmann, B. (2022). Evaluation eines flexiblen und integrativen psychiatrischen Versorgungsmodells in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen, Deutschland: Studienprotokoll (EVA\_TIBAS). Kurzbericht einer Evaluationsstudie. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 43–44. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Niemeyer, A., Semler, S., Veit, C., Hoffmann, W., den van Berg, N., Röhrig, R., Gurisch, C., Schlünder, I. & Beckedorf, I. (2021). *Gutachten zur Weiterentwicklung medizinischer Register zur Verbesserung der Dateneinspeisung und -anschlussfähigkeit*. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V. (TMF) (Hrsg.). Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/REG-GUT-2021\\_Registergutachten\\_BQS-TMF-Gutachtenteam\\_2021-10-29.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/REG-GUT-2021_Registergutachten_BQS-TMF-Gutachtenteam_2021-10-29.pdf)> (abgerufen am 25.04.2023).
- O'Kelly, J., Bartsch, R., Kossack, N., Borchert, J., Pignot, M. & Hadji, P. (2022). Real-world effectiveness of osteoporosis treatments in Germany. *Archives of osteoporosis*, 17(1), S. 119. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s11657-022-01156-z>>.
- Otto, T., Diesing, J., Borchert, J., Heitmann, E., Schloot, N., Lebrec, J., Müller-Wieland, D. & Haeckl, D. (2022). Age-dependent prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk profiles, and use of diabetes drugs in Germany using health claims data. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 25(3), S. 767–775. DOI: <<https://doi.org/10.1111/dom.14924>>.
- Palomino, M., Allen, R., Aider, F., Tiroto, F. A., Giorgi, I., Alexander, H. & Masala, G. (2022). The Mood of the Silver Economy: A Data Science Analysis of the Mood States of Older Adults and the Implications on their Wellbeing. In: *Communication Papers of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). PTI, S. 251–258. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F50>>.
- Schmiedel, L. (2022). Die Finanzierung des Pflegesystems. Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12), S. 25–73. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-12.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Schnabel, R. B., Witt, H., Walker, J., Ludwig, M., Geelhoed, B., Kossack, N., Schild, M., Miller, R. & Kirchhof, P. (2022). Machine learning-based identification of risk-factor signatures for undiagnosed atrial fibrillation in primary prevention and post-stroke in clinical practice. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 13(9). S. 16–23. DOI: <<https://doi.org/10.1093/ehjqco/qcac013>>.
- Schruf, E., Biermann, M. H., Jacob, J., Häckl, D., Reinhardt, M., Hertl, M. & Wohlrab, J. (2022). Lichen planus in Germany – epidemiology, treatment, and comorbidity. A retrospective claims data analysis. *Journal of the German Society of Dermatology*, 20(8), S. 1101–1110. DOI: <<https://doi.org/10.1111/ddg.14808>>.
- Schuppann, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: <[https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2\\_78-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_78-1)>.
- Seidl, P., Seile, L., Stutzer, F. & Militzer-Horstmann, C. (2022). Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12), S. 7–16. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-12.html>> (abgerufen am 01.02.2023).

- Soltmann, B., Neumann, A., March, S., Weinhold, I., Häckl, D., Kliemt, R., Baum, F., Romanos, M., Schwarz, J., Peter, S. von, Ignatyev, Y., Arnold, K., Swart, E., Heinze, M., Schmitt, J. & Pfennig, A. (2022). Multiperspektivische und multimethodische Evaluation der flexiblen und integrativen psychiatrischen Versorgungsmodelle in Deutschland: Studienprotokoll einer prospektiven, kontrollierten multizentrischen Beobachtungsstudie (PsychCare). Kurzbericht eines Studienprotokolls. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 39–40. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Sosnowski, Ł., Żuławińska, J., Dutta, S., Szymusik, I., Zyguła, A. & Bambul-Mazurek, E. (2022). Artificial Intelligence in Personalized Healthcare Analysis for Womens' Menstrual Health Disorders. In: *Proceedings of the 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems*. 17th Conference on Computer Science and Intelligence Systems, 04.09.2022 - 07.09.2022. (Annals of Computer Science and Information Systems). IEEE, S. 751–760. DOI: <<https://doi.org/10.15439/2022F59>>.
- Sprenger, R., Häckl, D., Kossack, N., Schiffner-Rohe, J., Wohlleben, J. & Eiff, C. von. (2022). Pneumococcal vaccination rates in immunocompromised patients in Germany: A retrospective cohort study to assess sequential vaccination rates and changes over time. *PLoS ONE*, 17(3), S. 1–15. DOI: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265433>>.
- Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppman, S. C. & Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheitsanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: <[https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2\\_79-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_79-1)>.
- Stutzer, F., Weinhold, I., Thiesen, J., Stark, S. & Wende, D. (2022). Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen. Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10), S. 45–79. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-10.html>> (abgerufen am 23.01.2023).
- Tagesspiegel Background (Hrsg.). (2022). Register vernetzen und für andere Datenquellen öffnen. Online: <<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/register-vernetzen-und-fuer-andere-datenquellen-oeffnen>> (abgerufen am 12.01.2023).
- Thiesen, J. (2022). Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen: Distanzakzeptanz aus Patient:innensicht. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science Public Health. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(11), S. 7–85. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-11.html>> (abgerufen am 23.01.2023).
- Weinhold, I. (2022). *Equitable access to primary health care in Germany: addressing access dimensions to reduce geographic variation. Dissertation*. Technische Universität Dresden. tud.qucosa.de. Online: <<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa2-798776>> (abgerufen am 12.01.2023).
- Weinhold, I., Wende, D., Schrey, C., Militzer-Horstmann, C., Schang, L. & Sundmacher, L. (2022). Assessing patients' acceptable and realised distances to determine accessibility standards for the size of catchment areas in outpatient care. *Health policy*, 126(11), S. 1180–1186. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.08.011>>.

## Originalbeitrag

# Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung

### Autorin

Lisa Schmiedel

### Eingereicht am

31.03.2023

### Zitiervorschlag

Schmiedel, L. (2023). Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2023(13).

### Abstract

Der Beitrag<sup>1</sup> verfolgt das Ziel, die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) zu analysieren, daraus resultierende Probleme aufzuzeigen und auf dieser Basis die Reformoption der Pflegebürgerversicherung (PBV) zu bewerten. Die Pflegeleistungen sowie deren Zugangskriterien sind in der SPV und PPV identisch, jedoch bestehen Unterschiede hinsichtlich der Finanzierungsverfahren und der Zugangsmodalitäten. Die empirische Analyse zeigt, dass die PPV-Versicherten im Jahr 2020 eine günstigere Risikostruktur und eine im Durchschnitt signifikant höhere ökonomische Leistungsfähigkeit als die SPV-Versicherten aufweisen. Dadurch ergeben sich u. a. Probleme in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung, die Generationengerechtigkeit, die Finanzierungsgerechtigkeit sowie die umfassende Solidarität. Die PBV kann die Defizite der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität beheben, aber die anderen identifizierten Probleme nicht lösen.

### Keywords

Pflegefinanzierung; Soziale Pflegeversicherung; Private Pflege-Pflichtversicherung; Bürgerversicherung



**Lisa Schmiedel**  
Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin

<sup>1</sup> Der vorliegende Beitrag basiert auf der Masterarbeit der Autorin, die für die Veröffentlichung aufbereitet und ergänzt wurde.

## Gliederung

Abkürzungsverzeichnis	42
Symbolverzeichnis	44
1 Einleitung	45
2 Das System der sozialen und privaten Pflegeversicherung	48
2.1 Hintergrund und rechtliche Entwicklung	48
2.1.1 Ausgangssituation und Einführung	48
2.1.2 Begründung der Notwendigkeit staatlicher Intervention	51
2.1.3 Ziele	53
2.1.4 Reformen	54
2.2 Versichertenkreis	55
2.2.1 Versicherungspflicht	55
2.2.2 Personenkreis der sozialen und privaten Pflegeversicherung	56
2.3 Leistungsberechtigter Personenkreis	60
2.4 Leistungsrechtliche Regelungen	61
2.5 Finanzierung	63
2.5.1 Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	63
2.5.1.1 Beiträge	63
2.5.1.2 Umlagefinanzierung	65
2.5.1.3 Verwendung und Verwaltung der Mittel	66
2.5.1.4 Ausgleichsfonds und Finanzausgleich	67
2.5.2 Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung	68
2.5.2.1 Rahmenbedingungen der sozialverträglichen Prämien-gestaltung	68
2.5.2.2 Anwartschaftsdeckungsverfahren	70
2.5.2.3 Umlageelemente und Risikoausgleich	71
2.6 Zusammenfassung der systematischen Unterschiede	72
3 Strukturelle Unterschiede und Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung	73
3.1 Auswahl der Strukturmerkmale und Determinanten	73
3.1.1 Lastenverteilung	73
3.1.2 Risikostruktur	73
3.1.3 Ökonomische Leistungsfähigkeit	75
3.1.4 Finanzstruktur	76
3.1.4.1 Ausgaben	76
3.1.4.2 Einnahmen	78

3.1.4.3	Mittelbestand und Alterungsrückstellungen	81
3.2	Datengrundlage	81
3.2.1	Sozio-oekonomisches Panel	82
3.2.1.1	Beschreibung der verwendeten Datensätze und Variablen	82
3.2.1.2	Datenaufbereitung	84
3.2.1.3	Identifikation des Versichertenkollektivs der sozialen und privaten Pflegeversicherung	84
3.2.2	Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung	85
3.3	Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung	85
3.3.1	Versicherte nach Art der Pflegeversicherung	86
3.3.2	Altersstruktur	87
3.3.3	Geschlechtsstruktur	90
3.3.4	Pflegeprävalenzen	92
3.3.4.1	Pflegeprävalenzen nach Alter und Geschlecht	92
3.3.4.2	Pflegeprävalenzen insgesamt	98
3.3.5	Signifikanz der Unterschiede in den Pflegeprävalenzen	100
3.4	Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung	101
3.4.1	Erwerbsstruktur	101
3.4.2	Einkommensstruktur	105
3.4.3	Signifikanz der Einkommensunterschiede	109
3.5	Unterschiede in der Finanzstruktur der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung	112
3.5.1	Ausgaben	112
3.5.1.1	Leistungsempfänger:innen nach Pflgetyp und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit	112
3.5.1.2	Leistungsausgaben	115
3.5.2	Einnahmen	117
3.5.3	Mittelbestand und Alterungsrückstellungen	120
3.6	Zusammenfassung der Analyseergebnisse	121
3.6.1	Strukturelle Unterschiede zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung und deren Entwicklung	121
3.6.2	Gesamte Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung	124
3.6.3	Limitation der Analysen	127

4	Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung	130
4.1	Nachhaltigkeit der Finanzierung	130
4.1.1	Strukturelle Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung	131
4.1.2	Anstieg der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung	132
4.2	Generationengerechtigkeit	134
4.3	Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität	135
4.4	Sonstige Probleme	137
4.5	Zwischenfazit	138
5	Die Pflegebürgerversicherung als Reformoption	140
5.1	Ausgestaltung der Pflegebürgerversicherung	140
5.2	Umsetzung der Pflegebürgerversicherung	141
5.3	Finanzielle Auswirkungen der Pflegebürgerversicherung im Umstellungsjahr	143
5.4	Verteilungswirkungen der Pflegebürgerversicherung im Umstellungsjahr	145
5.5	Bewertung hinsichtlich der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung	146
5.5.1	Nachhaltigkeit der Finanzierung	146
5.5.2	Strukturelle Einnahmeschwäche	148
5.5.3	Zukünftiger Anstieg der Beitragssätze	149
5.5.4	Generationengerechtigkeit	150
5.5.5	Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität	151
5.6	Bewertung hinsichtlich sonstiger Aspekte	152
5.6.1	Eigenanteile für Pflegebedürftige	152
5.6.2	Horizontale und vertikale Gerechtigkeit	152
5.6.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung	153
5.6.4	Beschäftigungswirkung	153
5.7	Gesamtbewertung	154
6	Fazit	158
	Literaturverzeichnis	160

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Überblick der Zweige der gesetzlichen Pflegeversicherung	51
Abbildung 2:	Determinanten der Risikostruktur und der Ausgaben der SPV und PPV	77
Abbildung 3:	Determinanten der Einnahmen der SPV	79
Abbildung 4:	Determinanten der Einnahmen der PPV	80
Abbildung 5:	Altersstruktur von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999, 2006, 2013 und 2020	88
Abbildung 6:	Altersverteilung von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	89
Abbildung 7:	Frauenanteil in den Altersgruppen aller Versicherten, der SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	92
Abbildung 8:	Alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	94
Abbildung 9:	Pflegeprävalenzen und 95 %-Konfidenzintervalle von SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	101
Abbildung 10:	Berufliche Stellung von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999 und 2020	103
Abbildung 11:	Anteile von SPV- und PPV-Versicherten in den Erwerbsstatusgruppen in den Jahren 1999 und 2020	104
Abbildung 12:	Monatliches Bruttoerwerbseinkommen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	109
Abbildung 13:	Mittelwert und 95 %-Konfidenzintervall des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens der SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020	111
Abbildung 14:	Leistungsempfänger:innen nach Leistungsbereichen im Jahr 2020	113



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mögliche Kombinationen der Versicherungsverhältnisse	57
Tabelle 2:	Krankenversicherte nach Art der Krankenversicherung im Jahr 2019	60
Tabelle 3:	Übersicht von ausgewählten Pflegeleistungen nach Pflegegraden im Jahr 2022 (Leistungen pro Monat)	62
Tabelle 4:	Übersicht der systematischen Unterschiede zwischen SPV und PPV	72
Tabelle 5:	Pflegebedürftige und Pflegequote der deutschen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht zum Jahresende	74
Tabelle 6:	Übersicht der verwendeten Datensätze und Variablen	83
Tabelle 7:	Entwicklung der Stichprobe und der Population nach Art der Pflegeversicherung	86
Tabelle 8:	Frauenanteil aller Versicherten, der SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung	91
Tabelle 9:	Veränderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 gegenüber 2015	96
Tabelle 10:	Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 und Veränderung gegenüber 1999 bzw. 2015 nach verschiedenen Datenquellen	99
Tabelle 11:	Durchschnitt ( $\bar{x}$ ) des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in € im Jahr 2020 nach beruflicher Stellung und prozentuale Veränderung gegenüber 1999	106
Tabelle 12:	Median des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in € in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung	107
Tabelle 13:	Anzahl der Leistungsempfänger:innen und deren Anteil an allen Leistungsempfänger:innen, den Leistungsempfänger:innen in der SPV und in der PPV in den Jahren 2004 sowie 2020 und prozentuale Veränderung	114
Tabelle 14:	Leistungsausgaben der SPV und PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung	116
Tabelle 15:	Beitragseinnahmen der SPV und Prämieeinnahmen der PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung	118

Tabelle 16:	Mittelbestand der SPV und Alterungsrückstellungen der PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung	120
Tabelle 17:	Übersicht der strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV im Jahr 2020	122
Tabelle 18:	Übersicht der Studien mit quantitativen Abschätzungen zur finanziellen Auswirkung der PBV	144
Tabelle 19:	Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung, Veränderungen durch die PBV gegenüber dem Status quo und Bewertung hinsichtlich der Problemlösung	155

## Abkürzungsverzeichnis

BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BBG	Bundesbeamtengesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIW Berlin	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
EStG	Einkommensteuergesetz
FDP	Freie Demokratische Partei
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-	
Spitzenverband	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
GWS	Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
KCV	KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
n. a.	Nicht angegeben
PBeaKK	Postbeamtenkrankenkasse
PBV	Pflegebürgerversicherung
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus
PflegeVG	Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
PKEV	Pandemiekosten-Erstattungsverordnung

PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
WD	Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages
WHU	Otto Beisheim School of Management
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
ZeS	Zentrum für Sozialpolitik

## Symbolverzeichnis

$n$	Stichprobengröße
$p$	Relative Häufigkeit
$y \geq x$	$y$ größer gleich $x$
$\bar{x}$	Durchschnitt

## 1 Einleitung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels führen zu einem Anstieg der Belastungen der sozialen Sicherungssysteme (SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2020, S. 7). Die soziale Pflegeversicherung (SPV) ist der jüngste Zweig des Systems der Sozialversicherungen und damit deren fünfte Säule (Deutscher Bundestag, 1997, S. 12; Igel, 2008, S. 234). Die umlagefinanzierte SPV bildet zusammen mit der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) im Anwartschaftsdeckungsverfahren die gesetzliche Pflegeversicherung in Form einer Pflegevolksversicherung (Bundesverfassungsgericht, 2001b; DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., 2022b). Im Zeitraum von 1999 bis 2019 verdoppelte sich die Anzahl der Pflegebedürftigen, wobei der Anstieg sowohl durch den demografischen Effekt als auch durch Gesetzesreformen, wie der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017, hervorgerufen wurden (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–145). Der Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger:innen (GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022c) führt zu zunehmenden Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung. Zusätzlich können steigende Personalkosten im Pflegebereich, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, die Pflegeausgaben in die Höhe treiben. Neben diesen Ausgabensteigerungen wird die SPV zugleich auch mit Einnahmerückgängen konfrontiert: Da das beitragspflichtige Einkommen von Rentner:innen im Durchschnitt geringer als das von erwerbstätigen Versicherten ist, führt der zunehmende Anteil von Beitragszahler:innen im Rentenalter zu einer Abnahme der beitragspflichtigen Einnahmen (Hillesheim, Friedemann & Druba, 2021, S. 55; Kochskämper, 2017, S. 17, 20). Damit stellt der demografische Wandel mit der starken Alterung der Bevölkerung vor allem für die SPV eine zentrale Herausforderung dar (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021c, S. 70; Breyer, 2016, S. 445; Ehrentraut, Huschik, Moog & Stulzer, 2019, S. 63).

Zur Finanzierung des stetigen Ausgabenanstieges musste der Beitragssatz zur SPV seit 2013 fast alle zwei Jahre angehoben werden, sodass dieser insgesamt von 1,70 % im Jahr 1996 auf 3,05 % für Versicherte mit Kindern bzw. 3,40 % für kinderlose Beitragszahler:innen im Jahr 2022 anstieg (PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., 2022a, S. 5). Im Jahr 2021 verzeichnete die SPV ein Defizit von rund 1,35 Mrd. €, sodass der Mittelbestand nur noch knapp über dem gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesoll lag (GKV-Spitzenverband – Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung, 2022b). In den ersten sieben Monaten des Jahres 2022 entstand bereits ein Defizit in Höhe von 1,95 Mrd. €. Die Hauptursache für die Defizite sind die durch die COVID-19-Pandemie bedingten Mehrausgaben<sup>2</sup> (BMG, 2022f). Um das Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen zu verhindern, erhielt die SPV gemäß § 153 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI), § 1 der Pandemieerstattungsverordnung (PKEV) und § 1 der PKEV 2022 einen Bundeszuschuss für die Jahre 2021 und 2022. Damit gelangt das Umlageverfahren der SPV bereits gegenwärtig, bevor die geburtenstarken Altersgruppen

**Reformbedarf der  
gesetzlichen Pflege-  
versicherung**

<sup>2</sup> Die pandemiebedingten Ausgaben umfassen z. B. die Ausgaben für den Pflegeschutzschirm und die Erstattungen der Testkosten im Rahmen der Testverordnung.

der Babyboomer pflegebedürftig werden, zunehmend an die Grenzen der Finanzierbarkeit (Deutscher Bundestag, 2019b, S. 1–2; Hillesheim et al., 2021, S. 53). Bereits aktuell besteht ein offensichtlicher und sich in Zukunft vermutlich verschärfender Reformbedarf der gesetzlichen Pflegeversicherung, was ein rasches politisches Handeln fordert und auf eine Lösungsfindung drängt (Koller & Blatt, 2022; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 13). Nach dem GKV-Spitzenverband seien Beitragssatzerhöhungen auf Dauer keine tragfähige Lösung (Deutscher Bundestag, 2019d). Zuletzt forderte Sachsens Ministerpräsident Michael Kretschmer im Juni 2022 eine Grundsatzdebatte über die Finanzierung der Pflege (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022).

Die verschiedenen Optionen für die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung werden in der Politik kontrovers diskutiert: Im Jahr 2019 debattierte der Deutsche Bundestag über die Zukunft der Pflegeversicherung. Dabei standen verschiedene Optionen wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten und die Stärkung der privaten Pflegevorsorge zur Diskussion, wobei Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) für eine Systemänderung zu einer allgemeinen Pflegebürgerversicherung (PBV) plädierten (Deutscher Bundestag, 2019d, 2019e). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der PBV. Die Bürgerversicherung, anfänglich als Reformmodell für die Krankenversicherung erörtert und seit etwa 2011 in Bezug auf die gesetzliche Pflegeversicherung vorgeschlagen, sieht eine Aufhebung der Dualität des Systems vor (Rothgang, Arnold, Wendlandt, Sauer & Wolter, 2011; WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2010). Dies ist in der Diskussion über die duale Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung begründet (Greß, Haun & Jacobs, 2019, S. 252; Paquet, 2020, S. 14). Zwar führte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil im Jahr 2001 über die Verpflichtung privat Krankensicherter zum Abschluss einer PPV aus, dass der Gesetzgeber die einzelnen Gruppen dem sozialen oder privaten Versicherungszweig „sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ (Bundesverfassungsgericht, 2001b; Rn. 92) durfte. Allerdings wurde nicht richterlich geprüft, inwiefern die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV tatsächlich ausgewogen ist (Greß et al., 2019, S. 245).

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen durch den demografischen Wandel und der dualen Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung verfolgt die Masterarbeit das Ziel, die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV sowie PPV zu analysieren und daraus resultierende Probleme aufzuzeigen. Auf dieser Basis wird eine Bewertung der Reformoption der PBV angestrebt. Dazu erfolgt die Untersuchung der folgenden zwei Hauptforschungsfragen, die in Teilfragen untergliedert sind:

### Die Pflegebürgerversicherung als Reformoption

### Ziele der Arbeit

**Inwieweit bestehen systematische und strukturelle Unterschiede zwischen SPV und PPV, die zu Problemen hinsichtlich der Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung führen?**

### 1. Hauptforschungsfrage

1. Welche systematischen Unterschiede existieren zwischen SPV und PPV?
2. Welche strukturellen Unterschiede bestehen zwischen SPV und PPV im Jahr 2020 und wie haben sie sich gegenüber 1999 verändert?
3. Inwiefern ist die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV im Jahr 2020 ausgewogen?
4. Welche Finanzierungsprobleme ergeben sich für die gesetzliche Pflegeversicherung aus den systematischen und strukturellen Unterschieden?

**Inwiefern stellt die PBV eine nachhaltige sowie gerechte Reformoption zur dualen Struktur der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland dar?**

## **2. Hauptforschungsfrage**

5. Was kann eine PBV hinsichtlich der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung leisten bzw. nicht leisten?
6. Welche weiteren Probleme können im Vergleich zum Status quo auftreten?

Kapitel 2 zeigt neben den Ursachen für die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung die Unterschiede der Systeme der SPV und PPV auf. Darauf folgt in Kapitel 3 eine empirische Analyse der strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV. Hierzu werden sowohl die Mikrodaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) als auch öffentlich zugängliche Daten des BMG und des PKV-Verbandes genutzt. In der Datenanalyse erfolgt die Untersuchung der Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen im Hinblick auf ausgewählte Merkmale sowohl der Risikostruktur und der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten als auch der Finanzstruktur. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den strukturellen Unterschieden im Jahr 2020 und deren Veränderung gegenüber 1999. Auf dieser Basis werden in Kapitel 4 Finanzierungsprobleme und sonstige Probleme der aktuellen dualen Ausgestaltung identifiziert. Anschließend wird vor dem Hintergrund des bestehenden Systems und dessen Defizite in Kapitel 5 die Reformoption der PBV diskutiert. Die Bewertung der PBV im Vergleich zum Status quo erfolgt anhand von einzelnen Kriterien, die auf den unter Kapitel 4 festgestellten Problemen basieren. Die Arbeit endet mit einem Fazit, das eine Zusammenfassung und einen Ausblick enthält.

## **Aufbau der Arbeit**



## 2 Das System der sozialen und privaten Pflegeversicherung

### 2.1 Hintergrund und rechtliche Entwicklung

#### 2.1.1 Ausgangssituation und Einführung

Bereits im Jahr 1974 wurde die unzureichende Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe thematisiert (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1974, S. 8). Die Notwendigkeit der sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen sowie Pflegepersonen war durch mehrere Entwicklungen begründet: Zum einen weist die Bevölkerung einen Anstieg des Durchschnittsalters und des Anteils der über 75-Jährigen auf, die in erhöhtem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Gleichzeitig nimmt der Anteil der jüngeren Bevölkerung, die pflegen können, ab. Zusätzlich sinken die Pflegemöglichkeiten in den Familien und Nachbarschaften sowohl aufgrund der Verstädterung, der größeren Wohnentfernung zwischen den Generationen und der vermehrten Berufstätigkeit der Frauen als auch durch die Auflösung großfamiliärer Zusammenhänge und dem Trend zu Einpersonenhaushalten oder Kleinfamilien. Die Bereitschaft zur häuslichen Pflege von Angehörigen droht auch abzunehmen, da diese häufig persönliche Verluste u. a. in finanzieller Hinsicht durch Einschränkung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit verlangt. Infolgedessen sind die Pflegebedürftigen zunehmend auf stationäre<sup>3</sup> Pflege angewiesen (Bundesverfassungsgericht, 2001b; Deutscher Bundestag, 1993, S. 61–62; Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016, S. 3; Paquet, 2020, S. 5). Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit war trotz Fortschritten, insbesondere durch die Einführung der Krankenkassenleistungen bei häuslicher Pflege 1988 und der Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung 1992, nicht befriedigend geregelt (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8).

**Notwendigkeit der sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen**

Bevor die obligatorische Pflegeversicherung eingeführt wurde, waren die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten ein privates Risiko, dessen Bewältigung aus den Mitteln des Pflegebedürftigen oder im Familienverbund erfolgte. Wenn das Einkommen oder Vermögen nicht ausreichte, wurden die Kosten durch die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege getragen, die Teil der Sozialhilfe ist (Deutsche Bundesbank, 2007, S. 30). Im Jahr 1993 mussten von den stationär versorgten Pflegebedürftigen rund 80 % in den alten Bundesländern und fast 100 % in den neuen Bundesländern Sozialhilfe in Anspruch nehmen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 61). Dieser hohe Anteil widerspricht den Grundsätzen des Systems der sozialen Sicherung, dass die Sozialhilfe nur subsidiär im Ausnahmefall eintreten soll, wenn die übrigen Sozialleistungssysteme keinen hinreichenden Schutz bieten und nicht genügend Eigenmittel bestehen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 61). Zudem nahmen von 1991 bis 1994 die Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege von 6,5 Mrd. € auf rund 9,0 Mrd. € zu (Deutsche Bundesbank, 2007, S. 30). Diese Entwicklung belastete die Kommunen bzw. überörtlichen Träger der

**Situation vor der Einführung der Pflegeversicherung**

<sup>3</sup> Als stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeheime werden Einrichtungen definiert, in denen Pflegebedürftige ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und durch ausgebildete Pflegefachkräfte gepflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

Sozialhilfe<sup>4</sup>, die für die Finanzierung der Hilfe zur Pflege zuständig sind. Da die bestehenden Sozialversicherungszweige für das Problem nicht zuständig waren und kaum geeignete Einwirkungsmöglichkeiten besaßen, stieg der Druck auf die Politik eine Lösung zu finden (Paquet, 2020, S. 5).

Zahlreiche Institutionen und Verbände mit unterschiedlichen Interessen<sup>5</sup> waren an der langjährigen Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung beteiligt<sup>6</sup> (Zängl, 2015, S. 233–234). In der Koalitionsvereinbarung im Jahr 1991 zwischen der Christlich Demokratischen Union Deutschlands (CDU), der Christlich-Sozialen Union in Bayern e. V. (CSU) und der Freien Demokratischen Partei (FDP) wurde festgelegt: „Die Bundesregierung wird bis zum 1.6.1992 dem Deutschen Bundestag einen Gesetzesentwurf zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit vorlegen“ (CDU, CSU & FDP, 1991, S. 41). Innerhalb der schwarz-gelben Koalition stand vor allem die Finanzierung im Fokus der Diskussionen. Während der damalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. Norbert Blüm, welcher der CDU angehörte, eine durch Beiträge der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden umlageversicherte Pflichtversicherung vorschlug, präferierte die FDP eine privatwirtschaftlich kapitalgedeckte Pflegeversicherung. Dagegen forderte die SPD, deren Mehrheit im Bundesrat gebraucht wurde, dass alle Bürger:innen als Beitragszahler:innen solidarisch einbezogen werden. Die Partei des Demokratischen Sozialismus (PDS) und Bündnis 90/Die Grünen schlugen eine bedarfsgerechte, steuerfinanzierte Pflegeversicherung vor (Deutscher Bundestag, 2014).

Nach dem Prozess der Konsensbildung wurde mit dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) ein Kompromiss gefunden (Zängl, 2015, S. 234). Im Jahr 1993 lag der Gesetzesentwurf (Deutscher Bundestag, 1993) der Koalitionsfraktionen vor, woraufhin das PflegeVG nach zwei Vermittlungsverfahren<sup>7</sup> zwischen Bundestag und Bundesrat am 22.04.1994 vom Bundestag verabschiedet wurde. Dr. Norbert Blüm verdeutlichte am Tag des Beschlusses des PflegeVG, dass beim Zustandekommen der Pflegeversicherung „Zugeständnisse von allen Seiten eingegangen“ (Deutscher Bundestag, 1994) wurden. Dies sei jedoch „kein Grund zum Bedauern; denn eine verwirklichte Pflegeversicherung ist tausendmal besser als ein nicht realisiertes Ideal“ (Deutscher Bundestag, 1994, Zusatzpunkt 5). Die Pflegebedürftigkeit wurde als ein „unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko“ (Deutscher Bundestag, 1993, S. 1–2) anerkannt. Zusätzlich wurde die pflegerische Versorgung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 12). Dagegen kritisierte z. B. Evers (1995), dass durch die divergierenden Interessen der vielzähligen Akteure dem Gesetz keine umfassende Gesamtkonzeption zugrunde läge, sodass die Pflegeversicherung

### Gesetzesentwurf zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit – Interessen der Akteure

Das Gesetz zur sozialen Absicherung im Falle des Pflegebedürftigkeitsrisikos wird als ein Kompromiss aus einer Vielzahl unterschiedlicher Interessen der Akteure gesehen.

<sup>4</sup> Für die Leistungen der Hilfe zur Pflege ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig (§ 97 Abs. 3 SGB XII). Dieser wird von den Ländern bestimmt (§ 3 Abs. 3 SGB XII). Im Allgemeinen wird die Finanzierung durch die Länder, höhere Kommunalverbände, kreisfreie Städte sowie Kreise und somit mittelbar durch die Kommunen übernommen (Kochskämper, 2014, S. 220).

<sup>5</sup> Für einen Überblick über die Chronologie von Vorschlägen zur Pflegeversicherung verschiedener Akteure siehe Zängl (2015, S. 240).

<sup>6</sup> Dabei war das Problem der Sicherung der Pflegebedürftigkeit einerseits durch die Pflegeversorgung sowie deren Qualität und andererseits durch die Finanzierung der Versorgung geprägt (Eisen, 1992, S. 236).

<sup>7</sup> Für Details zu den Etappen des Gesetzgebungsverfahrens siehe Deutscher Bundestag (2014).

ein Mixtum Compositum, ein Mischprodukt aus verschiedenen Bestandteilen, darstelle. Dies gälte in ordnungspolitischer Hinsicht z. B. in Bezug auf die Aufnahme und den Bruch von Traditionen der Sozialversicherungslogik, wie die begrenzte Risiko- und Kostenabdeckung. Darüber hinaus seien innovative, nicht der Denktradition entsprechende Elemente, wie die Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen, eingeführt worden (Kapitel 2.4) (Evers, 1995, S. 23).

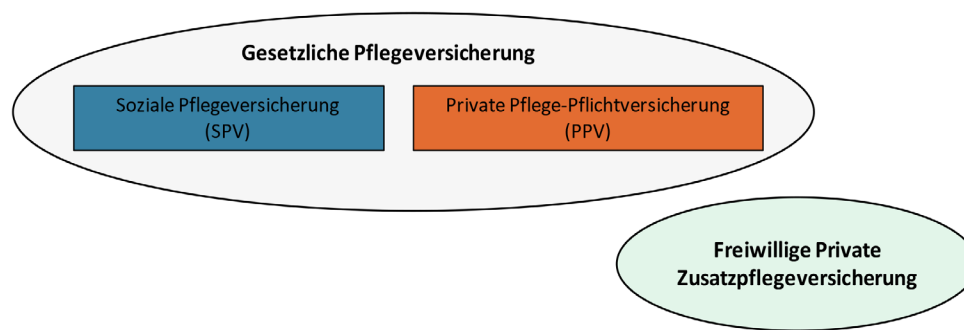
Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte am 01.01.1995 mit dem SGB XI als fünfte Säule der Sozialversicherung. Die Ansprüche auf Leistungen der häuslichen Pflege wurden zum 01.04.1995 und der stationären Pflege am 01.07.1996 eingeführt (Deutscher Bundestag, 1997, S. 9). Damit wurde die SPV in Form einer neuen eigenständigen Säule der Sozialversicherung errichtet und eine PPV geschaffen (BMG, 2022c; Deutscher Bundestag, 1997, S. 9). Zusammen bilden die beiden Zweige, SPV und PPV, die gesetzliche Pflegeversicherung in Form einer Pflegevolksversicherung (Abbildung 1). Die gesetzliche Pflegeversicherung grenzt sich zur freiwilligen privaten Zusatzpflegeversicherung ab<sup>8</sup> (Bundesverfassungsgericht, 2001b; DIW Berlin, 2022b; Greß et al., 2019, S. 245).

#### Die Einführung der Pflegeversicherung

Dabei wurde die Schaffung der SPV unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), d. h. ohne den Aufbau eigener Verwaltungsstrukturen, vorgesehen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 2; Rothgang, 2015, S. 8). Die SPV zählt zu den Sozialfisci und agiert finanziell weitgehend unabhängig, aber ihre Finanzierung erfolgt in Form von Zwangsabgaben, obwohl sie selbst nicht über Hoheitsrechte verfügt (Neubäumer, Hewel & Lenk, 2017, S. 385). Entsprechend des pluralen Kassenwesens der Gesundheitssicherung besteht bei jeder Krankenkasse eine Pflegekasse (§ 46 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegekassen als Träger der SPV (§ 1 Abs. 3 SGB XI) sind finanziell sowie rechtlich selbständig, aber partizipieren von der bestehenden Organisationsstruktur der GKV. So nehmen die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkasse die entsprechenden Aufgaben sowie Kompetenzen der jeweiligen Pflegekasse wahr (§ 46 Abs. 2 SGB XI) (Gawel, 1995, S. 199, 200, 206).

#### Die Rolle der SPV

<sup>8</sup> Die Bezeichnung private Pflegeversicherung bezieht sich in dieser Arbeit immer auf die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV).



**Abbildung 1: Überblick der Zweige der gesetzlichen Pflegeversicherung**  
Quelle: Eigene Darstellung.

## 2.1.2 Begründung der Notwendigkeit staatlicher Intervention

Im Jahr 1994, vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, waren lediglich rund 315.900 Personen und somit 0,39 % der Gesamtbevölkerung freiwillig gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abgesichert (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 13, 59). Dies kann darin begründet sein, dass insbesondere junge Altersgruppen zukünftige Risiken eines eintretenden Pflegefalles unterschätzen. Zudem bestand ein Anreiz zum Trittbrettfahrerverhalten<sup>9</sup>. So bestand die Gefahr, dass Individuen, trotz ausreichender finanzieller Mittel, den Anreiz verloren, für den Fall einer Pflegebedürftigkeit vorzusorgen, da im Bedarfsfall auch ohne eigene Absicherung Vorsorge mit der Hilfe zur Pflege getragen war (Arentz, Läufer & Roth, 2011, S. 22; SVR, 1991, S. 194; Wessels, 2019, S. 104). Diese stellte ein fast vollständiges Substitut für die freiwillige Versicherung dar (Eisen, 1992, S. 237–238).

Der Austausch von Pflegedienstleistungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden erfolgt im Marktprozess, jedoch wird dieser im Rahmen des sozialen Sicherungssystems durch Gesetze geregelt und durch die Zwischenschaltung eines Kostenträgers reguliert sowie beeinflusst. Die staatlichen Interventionen in die Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos werden damit begründet, dass es sich um die Sicherung existenzieller Bedürfnisse handelt und Pflegeleistungen besondere Merkmale aufweisen, die unerwünschte Ergebnisse auf freien Wettbewerbsmärkten bewirken können (DIW Berlin, 2011, S. 4; Wessels, 2019, S. 75, 87). Zum einen besitzen Pflegeleistungen aufgrund der Unsicherheit bzgl. des Eintrittszeitpunktes, des Schweregrades und der Dauer von Pflegebedürftigkeit einen Optionsgutcharakter<sup>10</sup>. Zudem sind sie durch das Uno-actu-Prinzip gekennzeichnet, d. h. die Produktion bzw. Erstellung und der Konsum der Leistung finden gleichzeitig statt (Wessels, 2019, S. 125, 224).

Vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung waren nur rund 0,39 % aller deutschen Bürger:innen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert.

Pflegeleistungen weisen Merkmale auf, die zu unerwünschten Ergebnissen auf freien Wettbewerbsmärkten führen können.

<sup>9</sup> Im Allgemeinen besteht beim Trittbrettfahrerverhalten, auch free-rider-position genannt, durch andere Individuen die Möglichkeit des unentgeltlichen Mitkonsums (Neubäumer et al., 2017, S. 405).

<sup>10</sup> Der tatsächliche Pflegebedarf eines Individuums ist nicht vorhersehbar, aber kann bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit sehr dringlich sein. Kapazitäten zur Behandlung des Pflegebedarfes können in der Regel nicht kurzfristig geschaffen werden, sodass Reservekapazitäten vorgehalten werden müssen. Somit stiftet allein die Existenz von Optionsgütern den Konsument:innen Nutzen (Wessels, 2019, S. 82).

Zum anderen ist der Konsum von Pflegeleistungen mit externen Effekten<sup>11</sup> verbunden. Bspw. treten positive externe Effekte ein, wenn die pflegerische Versorgung zu einer Erweiterung des Erfahrungsschatzes und Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft beiträgt. Pflegebedürftigkeit kann zu negativen externen Effekten führen, wenn sie z. B. Störungen von Betriebsabläufen, Produktionsausfälle und Verluste für Nicht-Pflegebedürftige verursacht (Wessels, 2019, S. 75–76, 79–83).

Darüber hinaus liegt Informationsasymmetrie zwischen den drei Akteuren, Versicherte bzw. Pflegebedürftige, Pflegeleistungserbringende und der Pflegeversicherung, vor. Aufgrund der meist unterschiedlichen Pflegekenntnisse zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden sind Pflegeleistungen Erfahrungsgüter, d. h. die Pflegebedürftigen können erst durch Inanspruchnahme der Leistungen deren Qualität einschätzen. Daneben kann der Versicherte bzw. Pflegebedürftige im Vergleich zur Pflegeversicherung das individuelle Pflegerisiko besser einschätzen. Dies wird vor allem beim Vertragsabschluss in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit der PPV deutlich. Zwar wird durch z. B. Fragebögen versucht, ein möglichst genaues Bild über das zu versichernde Risiko zu erzielen, allerdings sind die Versicherungsanbietenden darauf angewiesen, dass die Antragsteller:innen die Informationen zur Verfügung stellen und bspw. Vorerkrankungen nicht verschweigen<sup>12</sup>. Die unterschiedlichen Informationsstände zwischen Pflegeversicherung und Pflegenden haben vor allem Auswirkungen auf die Leistungsabrechnung und den Abschluss von Versorgungsverträgen. So weiß z. B. hinsichtlich der korrekten Abrechnung nur der/:/die Leistungserbringende, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden (Wessels, 2019, S. 75–78).

### Informationsasymmetrie zwischen den Beteiligten

Die Informationsasymmetrie bewirkt zusammen mit einer eventuellen Unfähigkeit zu rationalen Entscheidungen bei Pflegebedürftigen, insbesondere mit demenziellen Erkrankungen, und der Unterschätzung zukünftiger Bedürfnisse sowie größerer Risiken, dass die Konsument:innensouveränität eingeschränkt ist und keine rationalen bzw. nutzenmaximierenden Nachfrageentscheidungen getroffen werden können (Neubäumer et al., 2017, S. 414; Wessels, 2019, S. 75–79). Folglich kann auch das Wohlfahrtmaximum nicht erreicht werden. Aufgrund des Versagens der Konsument:innensouveränität greift der Staat u. a. in Form der verpflichtenden gesetzlichen Pflegeversicherung ein (Kapitel 2.2.1). Dies kann als Meritorisierung angesehen werden, d. h. es erfolgt eine Nachfrageausweitung (Neubäumer et al., 2017, S. 414–415). Bei meritorischen Gütern wäre zwar das Ausschlussprinzip anwendbar, aber politisch nicht gewünscht (Neubäumer et al., 2017, S. 7). Meritorische Güter verdienen es aus staatlicher Sicht, „in qualitativ und/oder quantitativ besserer Form angeboten zu werden, als dies durch den Markt geschehen würde“ (Neubäumer et al., 2017, S. 415).

Die Informationsasymmetrie sorgt für eine Einschränkung der Konsument:innensouveränität.

<sup>11</sup> Allgemein treten externe Effekte auf, wenn durch Konsum oder Produktion eines Gutes oder einer Dienstleistung bei anderen Wirtschaftseinheiten Nachteile oder Vorteile auftreten, ohne dass diese dafür vom Markt einen Ausgleich erhalten (Neubäumer et al., 2017, S. 28).

<sup>12</sup> Der Informationsunterschied zwischen Versicherungsnehmer:in und -anbietenden kann zur adversen Selektion (Kapitel 2.2.1) und zu opportunistischem Verhalten (Moral Hazard, Kapitel 2.4) führen (Wessels, 2019, S. 77–78).

### 2.1.3 Ziele

Im Gesetzesentwurf des PflegeVG wurde erfasst, dass die gesetzliche Pflegeversicherung die Versorgung der Pflegebedürftigen umfassend verbessern sowie auf eine neue Grundlage stellen soll, um deren Situation sowie die ihrer Angehörigen nachhaltig zu verbessern (BMG, 2021c, S. 10; Deutscher Bundestag, 1993, S. 2). Zudem wurde eine Verbesserung der Qualität der Pflege und gleichzeitig eine möglichst effiziente Leistungserstellung, d. h. eine Leistungserstellung zu volkswirtschaftlich minimalen Kosten, angestrebt (Fachinger, Rothgang & Schneekloth, 1995, S. 297). Dazu wurde die gesetzliche Pflegeversicherung mit folgenden Zielen eingeführt:

1. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit soll vergleichbar der Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung sozial abgesichert werden.
2. Die Pflegeversicherung strebt eine Abmilderung der physischen, psychischen sowie finanziellen Belastungen an, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehen. Eine Grundversorgung soll sichergestellt werden, die die pflegebedingten Aufwendungen im Regelfall abdeckt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist, eine Lebensstandardsicherung (Rothgang & Kalwitzki, 2018, S. 7) und eine Entlastung der Sozialhilfeträger von den gestiegenen Kosten der Hilfe zur Pflege erfolgt.
3. Der zukünftigen demografischen Entwicklung, die sich durch die Zunahme des Anteils älterer Altersgruppen und steigender Lebenserwartung kennzeichnet, soll Rechnung getragen werden. Eine rasch steigende Ausgabenentwicklung soll verhindert werden.
4. Die Pflegeversicherungsleistungen basieren auf den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation“ und „ambulante vor stationärer Pflege“. Es sollen vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege bereitgestellt werden, sodass den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen sowie familiären Umgebung ermöglicht wird.
5. Zur Förderung der Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich wird angestrebt, die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen wie Angehörige oder Nachbarn zu verbessern.
6. Die Pflegeversicherung und ihre Leistungen sollen zum Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur beitragen. Um den Wettbewerb zu fördern, soll die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nicht vom Bedarf abhängig sein (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8–9; Fachinger et al., 1995, S. 303).

Nach Rothgang (1995) können die expliziten oder impliziten Ziele des PflegeVG nach den beteiligten Akteuren in drei Gruppen systematisiert werden. Die Ziele der Sozialpolitiker:innen waren die Vermeidung der Abhängigkeit von der Hilfe zur Pflege, die Verbesserung der Versorgungsqualität der Pflegedienste sowie -einrichtungen und der Vorrang der häuslichen Versorgung, da dies den Präferenzen der Pflegebedürftigen entspreche. Die Finanzpolitiker:innen zielten auf eine Neuregelung der institutionellen Finanzierungszuständigkeiten, eine finanzielle Entlastung der Sozialhilfeträger:innen und den kostenreduzierenden Vorrang

#### Ziele der gesetzlichen Pflegeversicherung

Der Versuch, unterschiedliche Zielsetzungen im Rahmen des PflegeVG zu vereinen, sorgt für Konfliktpotenzial.

der häuslichen Versorgung. Die Ordnungspolitiker:innen<sup>13</sup> verfolgten die Erhöhung der Effizienz der Leistungserbringung, die Verhinderung der generellen Überinanspruchnahme von Leistungen und eine generelle Ausgabenbegrenzung. Somit erweisen sich die dem PflegeVG zugrunde liegenden Ziele nicht frei von Zielkonflikten. Die Leistungs- und Ausgabenbegrenzung steht zumindest partiell mit der Qualitätssteigerung in Widerspruch und birgt die Gefahr, dass die davon betroffenen Pflegebedürftigen auf Sozialhilfe zurückgreifen müssen. Folglich sind partielle Zielverfehlungen unvermeidlich (Rothgang, 1995, S. 12–18).

## 2.1.4 Reformen

Aufgrund des langen Diskussionsprozesses vor der Einführung und des demografischen Wandels erfolgte nach 1994 eine kontinuierliche Weiterentwicklung des SGB XI, auf die im Folgenden ausschließlich mit Blick auf die Hauptaspekte der zentralen Reformen<sup>14</sup> eingegangen wird.

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurden im Jahr 2008 die Leistungsbeträge zum ersten Mal erhöht<sup>15</sup> (Paquet, 2020, S. 11). Zur Finanzierung der Maßnahmen wurde der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte angehoben. Des Weiteren erfolgte die Verpflichtung der Bundesregierung, die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen alle drei Jahre ab 2014 zu prüfen. Dabei gilt die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Jahren als Orientierungswert (§ 30 SGB XI). Zudem waren seit 2008 Personen, die zwar nicht die Leistungsbedingungen der damaligen Pflegestufen erfüllten, aber Hilfebedarf bei ihrer Alltagsbewältigung aufwiesen, ebenfalls leistungsberechtigt (Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 176).

**Pflege-Weiterentwicklungsgesetz**

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das im Jahr 2012 beschlossen wurde, verbesserte insbesondere den Leistungsanspruch für demenziell Erkrankte. Zudem wurde die freiwillige private Zusatzpflegeversicherung erstmals staatlich gefördert, um die Eigenverantwortung der in der SPV und PPV versicherten Personen zu stärken und sie bei der kapitalgedeckten Pflegevorsorge zu unterstützen (§§ 126–130 SGB XI) (BMG, 2016c).

**Pflege-Neuausrichtungsgesetz**

Die Pflegestärkungsgesetze I bis III (PSG I bis III) gehören zu den umfassendsten Reformen der Pflegeversicherung<sup>16</sup>. Mit dem PSG I, das am 01.01.2015 in Kraft trat, wurden zahlreiche Leistungen für Pflegebedürftige sowie für ihre Angehörigen ausgeweitet und flexibilisiert<sup>17</sup> (BMG, 2021c, S. 20). Zudem wurde ein Vorsorgefonds der SPV bei der Bundesbank angelegt, in dem ein Anteil von 0,1 Beitragssatzpunkten der Beitragseinnahmen pro Jahr angespart wird (§§ 131–136

**Pflegestärkungsgesetz I**

<sup>13</sup> In die Gruppe der „Ordnungspolitiker:innen“ wurden der überwiegende Teil der FDP, die Arbeitgeberorganisationen und diverse wissenschaftliche Politikberatungsgremien gezählt (Rothgang, 1995, S. 15).

<sup>14</sup> Eine umfassende Übersicht der Reformen bietet vdek (2022c).

<sup>15</sup> Für inhaltliche Einzelheiten siehe Deutscher Bundestag (o. J.).

<sup>16</sup> Das Ziel der Pflegestärkungsgesetze war, für alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Pflegeversicherungsleistungen unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen zu schaffen. Dadurch wurde die Anzahl der Leistungsberechtigten deutlich ausgeweitet und das Antragsaufkommen erhöhte sich (Rothgang & Müller, 2021, S. 4, 10).

<sup>17</sup> Für eine ausführlichere Beschreibung der Leistungsänderungen siehe BMG (2017c).

SGB XI). Dieses Sondervermögen soll die erwarteten Beitragssatzsteigerungen ab 2035 abmildern, die sich aufgrund der erhöhten Pflegewahrscheinlichkeit der stark besetzten Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 (Babyboomer) ergeben (BMG, 2017d, 2021b, S. 36). Durch die Leistungsausweitung und den Aufbau des Pflegevorsorgefonds wurden die Beitragssätze der SPV um 0,3 Prozentpunkte erhöht (BMG, 2016d, S. 102).

Mit dem PSG II wurden zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues, darauf basierendes Begutachtungsinstrument in das SGB XI eingeführt (Kapitel 2.3). Dadurch werden sowohl alle relevanten körperlichen als auch kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, wie demenzielle Erkrankungen, gleichermaßen berücksichtigt. Im Zusammenhang mit der Umstellung des Verfahrens zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit wurden die bis Ende 2016 geltenden drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt (BMG, 2021c, S. 18, 23). Zur Finanzierung der Maßnahmen wurde der Beitragssatz der SPV um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben (BMG, 2021c, S. 18). Im Rahmen des PSG III wurde zum 01.01.2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenfalls in das Recht der Sozialhilfe und somit in die Hilfe zur Pflege eingeführt<sup>18</sup> (BMG, 2021c, S. 20).

**Pflegestärkungsgesetze II & III**

Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das am 11.06.2021 beschlossen wurde, legte die Tarifbezahlung für Pflegekräfte fest (§ 72 SGB XI). Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, wurden in der ambulanten Pflege die Leistungsbeträge erhöht und bei der Versorgung im Pflegeheim neben dem Leistungsbetrag ein Zuschlag eingeführt, der mit der Aufenthaltsdauer steigt (§ 43c SGB XI). Ab 2022 erhält die SPV einen pauschalen Bundeszuschuss von 1 Mrd. € pro Jahr an den Ausgleichsfonds (§ 61a SGB XI). Zudem wurde der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte erhöht<sup>19</sup>.

**Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz**

## 2.2 Versichertenkreis

### 2.2.1 Versicherungspflicht

Es besteht eine umfassende Pflegeversicherungspflicht für gesetzlich und privat Krankenversicherte (BMG, 2022c). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahr 2007 wurde eine allgemeine Krankenversicherungs- und damit Pflegeversicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland eingeführt (Greß, Walendzik & Wasem, 2009, S. 147). Da auch weitere Personengruppen, die über Sondersysteme krankenversichert sind, der SPV oder PPV zugeordnet sind, umfasst der Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegeversicherung als Pflegevolksversicherung nahezu die gesamte Bevölkerung (Bundesverfassungsgericht, 2001b; Deutscher Bundestag, 1997, S. 9; DIW Berlin, 2022b).

**Pflegeversicherungspflicht in Deutschland**

<sup>18</sup> Für Informationen zu weiteren Änderungen siehe BMG (2017b).

<sup>19</sup> Für Informationen zu weiteren Regelungen siehe BMG (2021a).



Durch die allgemeine Versicherungspflicht kann sichergestellt werden, dass jeder die notwendige Vorsorge trifft und ein sofortiger Versicherungsschutz zu finanziell zumutbaren Bedingungen für bereits Pflegebedürftige sowie pflegenaher Jahrgänge bereitgestellt wird (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 57, 58). Zudem sind die eventuell nicht finanzierbaren Folgen der Pflegebedürftigkeit durch verhältnismäßig niedrige Beiträge bzw. Prämien tragbar, sodass die Unabhängigkeit der:/des Einzelnen gestärkt wird (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 91). Darüber hinaus soll die Versicherungspflicht die adverse Selektion verhindern<sup>20</sup>, die aufgrund der Informationsasymmetrie vor Vertragsabschluss besteht. Da der Versicherungsanbieter nicht oder nur eingeschränkt zwischen guten und schlechten Risiken<sup>21</sup> unterscheiden kann, wird die Versicherung für alle Versicherungsnehmer:innen zu einem einheitlichen Beitrag angeboten, der auf dem durchschnittlichen Risiko basiert. Dadurch hätten Individuen den Anreiz, den Versicherungsvertrag zu verlassen oder diesen nicht abzuschließen, wenn die Versicherungsbeiträge das individuelle Risiko übersteigen. Folglich würden nur Personen mit hohen Risiken einen Vertrag abschließen oder in einem verbleiben, sodass der Beitrag stiege (Wessels, 2019, S. 78, 100–103, 219). Dies würde zu einer sukzessiven Zurückdrängung von Versicherungsnehmer:innen mit geringem Risiko führen (Neubäumer et al., 2017, S. 147). Schließlich könnte es dazu kommen, dass die Versicherung zusammenbricht oder für bestimmte Risiken keine Versicherungen angeboten werden, was zum Marktversagen führen könnte (Althammer & Lampert, 2014, S. 143).

### Begründung der allgemeinen Versicherungspflicht

## 2.2.2 Personenkreis der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Das PflegeVG zielt auf eine möglichst weitgehende Erhaltung der Zuordnung von Versichertenkreis und institutionellen Trägern, um Zuständigkeitskonflikte zu lasten der Versicherten zu vermeiden (Deutscher Bundestag, 1993, S. 2; Gawel, 1995, S. 215). Gemäß dem Grundsatz, dass die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt (Deutscher Bundestag, 1997, S. 9), übernimmt die SPV den Versichertenkreis der GKV. Wie Tabelle 1 verdeutlicht, ist jedes versicherungspflichtige Mitglied der GKV in der SPV versicherungspflichtig (§ 1 Abs. 2 SGB XI). Dies sind u. a. Arbeitslose, die Leistungen nach dem SGB III oder SGB II beziehen, und unter bestimmten Voraussetzungen Auszubildende, Praktikant:innen sowie Studierende (§ 20 SGB XI). Dagegen sind u. a. gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer:innen mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt über der Versicherungs-

### Der Personenkreis der SPV

<sup>20</sup> Auch Antiselektion oder negative Risikoauslese genannt (Wagner, 2017, S. 12). Das grundlegende Modell wurde 1970 von Akerlof entwickelt (1970, S. 492–494).

<sup>21</sup> Gute Risiken sind die Versicherungsnehmer:innen, die hohe Beiträge bzw. Prämien zahlen, jung sind und gleichzeitig ein geringes Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden. Schlechte Risiken sind diejenigen Versicherten, die relativ niedrige Beiträge bzw. Prämien zahlen, relativ alt sind und gleichzeitig ein hohes Pflegerisiko haben (Sozialverband Deutschland e. V., 2013, S. 7; Wessels, 2019, S. 99).

pfllichtgrenze<sup>22</sup> und Beschäftigte des Bundes in der GKV versicherungsfrei und somit freiwillige Mitglieder (§ 6 SGB V). In der Familienversicherung sind unter den Bedingungen des § 25 SGB XI der:/die Ehegatte:/-gattin, der:/die Lebenspartner:in und die Kinder<sup>23</sup> von Mitgliedern, welche kein eigenes Einkommen bzw. eine geringfügige Beschäftigung haben, beitragsfrei mitversichert (§ 56 Abs. 1 SGB XI) (Arentz, Moritz, Eich & Wild, 2019, S. 5).

**Tabelle 1: Mögliche Kombinationen der Versicherungsverhältnisse**

Quelle: Eigene Darstellung.

\* Im Wesentlichen Beamte, Selbständige, Freiberufler:innen und Arbeitnehmer:innen mit einem regelmäßigen Bruttoentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.

Anmerkung: In den Analysen in Kapitel 3 werden die Versicherten, die in der GKV und zugleich in der SPV sind (blau hinterlegtes Feld), und die Versicherten, die in der PKV und gleichzeitig in der PPV sind (orange hinterlegtes Feld), betrachtet. Die Versichertengruppen in grüner Schrift können zwischen GKV und PKV bzw. zwischen SPV und PPV wählen.

	GKV	PKV	Sondersysteme
SPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspflichtige Mitglieder und Familienversicherte der GKV</li> <li>• Versicherte ohne GKV-Versicherungspflicht (freiwillige Mitglieder der GKV)*</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesversorgungsempfänger:innen</li> <li>• Zeitsoldat:innen</li> <li>• Bezieher:innen von Kriegsschadenrente oder von Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz</li> <li>• Weiterversicherung nach § 26 SGB XI</li> </ul>
PPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherte ohne GKV-Versicherungspflicht (freiwillige Mitglieder der GKV)*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherte ohne GKV-Versicherungspflicht*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse</li> <li>• Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten</li> <li>• Heilfürsorgeberechtigte</li> </ul>

Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, eine PPV bei dem gleichen oder einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen (§§ 1 Abs. 2, § 23 SGB XI). Eine private Krankheitsvollversicherung<sup>24</sup> und damit eine PPV können im Wesentlichen nur Arbeitnehmer:innen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Beamte, Selbständige und Freiberufler:innen abschließen (PKV-Verband, 2020, S. 12). Für diese Personengruppe besteht keine GKV-Versicherungspflicht (Leinert, 2006, S. 31). Kinder der Versicherungsnehmer:innen sind in der PPV wie in der SPV prämienfrei mitversichert (§ 110 SGB XI).

**Der Personenkreis der PPV**

Die Koexistenz der beiden Versicherungszweige ist historisch bedingt: Mit der Einführung der GKV im Jahr 1883 waren lediglich Industriearbeiter:innen und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben versichert, sodass Personen, die

**Hintergrund zur Koexistenz der GKV und PKV**

<sup>22</sup> Die Versicherungspflichtgrenze wird auch Jahresarbeitsentgeltgrenze genannt. Sie beziffert sich für das Jahr 2022 auf 64.350 €. Daneben existiert eine besondere Versicherungspflichtgrenze, die einen Bestandsschutz für privat Krankenversicherte bietet, bei denen mit der deutlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 die gesetzliche Versicherungspflicht gegriffen hätte. Die besondere Versicherungspflichtgrenze beträgt für das Jahr 2022 58.050 € (§ 4 Abs. 1, 2 Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022) (vdek, 2018).

<sup>23</sup> Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind familienversichert. Bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sind Kinder in der Familienversicherung versichert, wenn sie nicht erwerbstätig sind. Falls die Kinder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten, sind sie bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres familienversichert (§ 25 Abs. 2 SGB XI).

<sup>24</sup> Eine PKV gilt als Vollversicherung, wenn die Versicherten diese anstelle einer GKV und nicht als Ergänzung zum GKV-Schutz abgeschlossen haben (PKV-Verband, 2020, S. 12). In dieser Arbeit bezieht sich die Bezeichnung PKV immer auf die private Krankheitsvollversicherung, die sich von den explizit bezeichneten privaten Zusatzversicherungen abgrenzt.

nicht pflichtversichert waren, veranlasst wurden, Versicherungseinrichtungen auf privatwirtschaftlicher Grundlage zu erarbeiten (BMG, 2022e; Böckmann, 2009, S. 67). Die gesetzliche Fixierung der Versicherungspflichtgrenze, die auch als „Friedengrenze“ zwischen GKV und PKV bezeichnet wird, führt zu einer rechtlichen Bestandsschutzgarantie der PKV und soll eine dauerhafte Koexistenz der beiden Versicherungssysteme gewährleisten (Böckmann, 2011, S. 51–53; SVR Gesundheit – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1995, S. 51). Der Gesetzgeber kann den versicherungspflichtigen Mitgliederkreis u. a. mit der Höhe der Versicherungspflichtgrenze in der SPV so abgrenzen, wie es einerseits für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft mit ausreichend Finanzierungsvolumen notwendig ist und andererseits danach, welche Personen deren Schutz benötigen (Bundesverfassungsgericht, 2004).

Nach dem Bundesbeamtengesetz (BBG) erhalten Beamte und einige Angestellte des öffentlichen Dienstes im Pflegefall eine finanzielle Unterstützung von dem Dienstherrn, in der Regel Bund, Land oder Kommune, die Beihilfe genannt wird. Auch Ehepartner:innen sowie grundsätzlich Kindern bis zum 25. Lebensjahr ohne eigenem oder mit nur geringem Einkommen wird Beihilfe gewährt (§ 80 BBG) (PKV-Verband, 2020, S. 110). Die Anspruchshöhe der steuerfinanzierten Beihilfe unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund, jedoch liegt der Anteil an den Ausgaben für Pflegeleistungen in der Regel nicht unter 50,00 %<sup>25</sup>. Seit 2009 sind Beihilfeempfänger:innen gesetzlich verpflichtet, sich für den Anteil ihrer Krankheits- und Pflegekosten, der nicht von der Beihilfe abgedeckt ist, zu versichern. Die Leistungen der PPV müssen zusammen mit den Beihilfeleistungen den Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegeversicherung gewährleisten (§§ 22 Abs. 1, 23 Abs. 3 SGB XI) (PKV-Verband, 2020, S. 110). Im Jahr 2019 waren rund 92,70 % der Beamten für den nicht durch die Beihilfe abgedeckten Ausgabenteil privat krankenversichert (Destatis – Statistisches Bundesamt, 2020b, S. 42). Die Option, sich in der GKV zu versichern, ist meist unattraktiv, da in der GKV generell keine Teilkostentarife und keine Möglichkeiten bestehen, auf die Beihilfe zugunsten eines Arbeitgeber:innenanteils zur GKV zu verzichten (Rothgang, 2011b, S. 82). Somit wird für Beamte die Entscheidung für eine PKV und damit auch für eine PPV durch die Rahmenbedingungen stark beeinflusst. Allerdings bieten die Bundesländer Bremen, Berlin, Brandenburg sowie Thüringen seit 2020 und Hamburg seit 2018 Beamten, die sich in der GKV versichern, eine Art Arbeitgeber:innenzuschuss in Form einer pauschalen Beihilfe an (PKV-Verband, o. J.a; Woratschka, 2019). Die beihilfeberechtigten Personen bildeten im Jahr 2020 einen Anteil von ca. 51,75 % der privat Krankenversicherten (PKV-Verband, 2022b).

Allerdings können einige Abweichungen zwischen dem Versichertenstamm der GKV und der SPV bzw. zwischen der PKV und der PPV bestehen. Einerseits bestehen bestimmte Wahlrechte. Freiwillige Mitglieder der GKV können sich entweder in der SPV versichern oder nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreien und mit einer PPV bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichern (Tabelle 2). Der Antrag kann nur innerhalb von

**Beihilfeempfänger:innen**

**Abweichungen zwischen dem Versichertenstamm der GKV und der SPV bzw. zwischen der PKV und der PPV**

<sup>25</sup> Gewöhnlich übernimmt die Beihilfe bei aktiven Beamten 50,00 %, bei Pensionären sowie Angehörigen 70,00 % und bei Kindern 80,00 % der Leistungssätze der Pflegeversicherung (Greß et al., 2019, S. 246, 250; Rothgang, 2011b, S. 84).

drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung gestellt werden. Zudem können Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht ausscheiden, sich unter bestimmten Bedingungen in der SPV weiterversichern (§ 26 SGB XI). Ebenso können sich Personen weiterversichern, die aufgrund der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden (§ 26 Abs. 2 SGB XI). Andererseits existieren bestimmte Regelungen für Personen, die ihre Gesundheitsvorsorge außerhalb des dualen Versicherungszweiges sicherstellen. Für Personen, die weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung versichert sind, wie Bundesversorgungsempfänger:innen, Zeitsoldat:innen und Bezieher:innen von Kriegsschadenrente oder von Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz, gilt eine Versicherungspflicht in der SPV (§ 21 SGB XI) (Gawel, 1995, S. 215). Daneben gilt für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der SPV versicherungspflichtig sind, Versicherungspflicht bei privaten Versicherungsunternehmen (§ 23 Abs. 4 SGB XI). Dabei sind die Mitglieder der PBeaKK und KVB in der Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen pflegeversichert<sup>26</sup>. Fürsorgeberechtigte und Angehörige anderer Sondersysteme werden über deren jeweiligen Träger in die Absicherung gegen Pflegerisiken einbezogen (Gawel, 1995, S. 215).

Wie Tabelle 2 zeigt, waren nach der Mikrozensususerhebung im Jahr 2019 49,91 Mio. selbst Versicherte und 16,23 Mio. Familienversicherte in der GKV pflichtversichert. Dieser Anteil von ca. 83,71 % aller Krankenversicherten wird der GKV und somit der SPV zugewiesen und hat keine Möglichkeit, sich für die PKV bzw. die PPV zu entscheiden (Rothgang, 2010a, S. 155). 3,61 Mio. gesetzlich Krankenversicherte waren freiwillig in der GKV versichert. Der Versichertenkreis der PKV umfasste 8,84 Mio. Personen, was einem Anteil von ca. 11,18 % an allen Krankenversicherten entsprach (Destatis, 2020b, S. 37). Eine Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV und somit zwischen SPV und PPV haben nur Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Stellung keine GKV-Versicherungspflicht aufweisen (Tabelle 1). Dies waren rund 15,75 % aller Krankenversicherten (Leinert, 2006, S. 31). Nur für die freiwillig in der GKV Versicherten, die rund 4,57 % aller Krankenversicherten entsprachen, besteht direkte Wahlfreiheit zwischen SPV und PPV. Insgesamt handelt es sich somit um ein Zuweisungssystem, bei dem 95,43 % der Versicherten ohne Wahlmöglichkeit einem der beiden Pflegeversicherungssysteme zugewiesen werden (Destatis, 2020b, S. 37; Rothgang, 2011b, S. 82). Die Zahl der PPV-Versicherten lag im Jahr 2019 um rund 531.600 höher als die der PKV-Versicherten, da auch freiwillig GKV-Versicherte, Heilfürsorgeberechtigte, Versicherte der PBeaKK und KVB privat pflegeversichert sind. Dies deutet darauf hin, dass lediglich ein Teil der freiwilligen GKV-Versicherten die Wechseloption nutzte (PKV-Verband, 2020, S. 15, 28).

**Verteilung der Krankenversicherten nach der Krankenversicherungsart**

<sup>26</sup> Die KVB und PBeaKK sind geschlossene Versichertenkollektive, wodurch sich die Bestände reduzieren und das Pflegerisiko der Versichertengruppen deutlich höher im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist (PKV-Verband, 2020, S. 36, 111).

**Tabelle 2: Krankenversicherte nach Art der Krankenversicherung im Jahr 2019**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2020b, S. 37).

	Anzahl in 1.000	Anteil
Insgesamt Krankenversicherte	79.017	100,00 %
GKV	69.753	88,28 %
Selbst versichert	53.519	67,73 %
Pflichtversichert	49.911	63,16 %
Freiwillig versichert in der GKV	3.609	4,57 %
Als Familienangehörige mitversichert	16.234	20,54 %
PKV	8.835	11,18 %
Sondersysteme	140	0,18 %
Keine Angabe	290	0,37 %

## 2.3 Leistungsberechtigter Personenkreis

Anspruch auf Leistungen der SPV besteht, wenn die Versicherten in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert waren (§ 33 Abs. 2 SGB XI)<sup>27</sup>. In der PPV dürfen keine längeren Wartezeiten<sup>28</sup> als in der SPV bestehen (§ 110 SGB XI). Für die beiden Versichertenkollektive der SPV und PPV gelten grundsätzlich gleiche Leistungszugangskriterien (Rothgang, 2011b, S. 83). Im Rahmen des PSG II wurde im Jahr 2017 eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Nach der Definition des § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

In der SPV und PPV bestehen grundsätzlich die gleichen Leistungskriterien für den Zugang.

Das darauf basierende Begutachtungsinstrument ermittelt im Rahmen eines durch Antrag ausgelösten Verfahrens den Pflegegrad anhand von sechs Modulen bzw. Lebensbereichen, in denen jeweils der Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit Punkten bewertet wird (§§ 14 Abs. 2, § 15 SGB XI) (Ehrentraut et al., 2019, S. 27). Die gewichteten Punkte aller Module bilden durch Addition die Gesamtpunktzahl, auf deren Basis die Person in einen Pflegegrad eingeordnet wird. Dabei sind die Pflegegrade von geringen Beeinträchtigungen (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5) abgestuft (§ 15 Abs. 3 SGB XI). Der Pflegegrad entscheidet, welche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in einer bestimmten Höhe in Anspruch genommen werden können (Kapitel 2.4).

**Bestimmung des Pflegegrades**

<sup>27</sup> Personen, die z. B. aufgrund des Eintrittes der Versicherungspflicht in der SPV aus der PPV ausscheiden, können sich die in der PPV zurückgelegte Versicherungszeit anrechnen lassen (§ 33 Abs. 3 SGB XI).

<sup>28</sup> Nach Wagner (2017) ist unter dem Begriff Wartezeit, der Zeitraum „zwischen dem technischen Versicherungsbeginn und dem Beginn des Versicherungsschutzes“ zu verstehen. Diese dient vor allem dem Schutz der Versichertengemeinschaft (S. 1064).

Für die Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, beauftragen in der SPV die Pflegekassen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter (§ 18 SGB XI). In der PPV beauftragen die betreibenden Versicherungsunternehmen Medicproof, den medizinischen Dienst der PKV, wobei die gleichen Maßstäbe wie in der SPV angewendet werden (§ 23 Abs. 6 SGB XI) (BMG, 2021c, S. 84, 94; Rothgang, 2011b, S. 83).

#### Prüfung der Voraussetzungen

## 2.4 Leistungsrechtliche Regelungen

Die Leistungen der SPV sind im vierten Kapitel des SGB XI einheitlich festgelegt. Der Vertrag bei privaten Versicherungsunternehmen muss Leistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der SPV gleichwertig sind (§§ 22, 23 SGB XI). An die Stelle der Sachleistungen tritt eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Die Bundesregierung ist verpflichtet, alle drei Jahre die Notwendigkeit sowie Höhe einer Leistungsanpassung an die Preisentwicklung zu prüfen (§ 30 SGB XI). Daraus resultierende Änderungen im Leistungsumfang der SPV muss die PPV entsprechend einbeziehen (Wasem, 1995, S. 268). Damit ist grundsätzlich von einem identischen Leistungspaket für SPV- und PPV-Versicherte auszugehen<sup>29</sup>.

Die PPV ist dazu verpflichtet, auf Änderungen des Leistungsumfanges in der SPV zu reagieren und Anpassungen vorzunehmen, um die Einheitlichkeit der Leistungen sicherstellen zu können.

In Tabelle 3 sind die drei Pflegeleistungen mit den höchsten Ausgaben im Jahr 2020 dargestellt<sup>30</sup>. Die monatlichen Leistungen beziehen sich auf das Jahr 2022. Die Leistungsart sowie -höhe ist von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und von dem Typ der Pflege (ambulant, teilstationär oder vollstationär) abhängig (Althammer & Lampert, 2014, S. 276; BMG, 2022c). Dabei steigt die Höhe der Pflegeleistungen in der Regel mit zunehmendem Pflegegrad (vdek, 2022c). Bei ambulanter Pflege besteht die Wahlmöglichkeit zwischen Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), wie Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, oder Geldleistungen, wie dem Pflegegeld, mit dem die Pflegebedürftigen die Pflegemaßnahmen selbst z. B. durch pflegende Angehörige sicherstellen können (§ 37 SGB XI) (BMG, 2022c, 2022g, S. 16). Auch eine Kombination von Teilen der Geld- und Sachleistungen ist möglich (§ 38 SGB XI). Bei einer dauerhaften vollstationären Pflege zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen inklusive der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§ 43 SGB XI). Die Pflegekassen gewähren ambulante und stationäre Pflege nur durch Einrichtungen bzw. Pflegedienste, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht und die damit als zugelassene Pflegeeinrichtungen gelten (§ 72 SGB XI). Um eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, besitzen die Pflegekassen einen Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI). Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bestehen eingeschränkte Leistungsansprüche, die in § 28a SGB XI aufgeführt sind.

#### Monatliche Pflegeleistungen im Jahr 2022

<sup>29</sup> In der PPV werden grundsätzlich keine höheren Leistungen als in der SPV vorgesehen. Höhere Leistungen können von SPV- und PPV-Versicherten über eine freiwillige private Zusatzpflegeversicherung abgesichert werden (Rothgang, 2011b, S. 82–83).

<sup>30</sup> Der Anteil der Ausgaben für die drei ausgewählten Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben betrug im Jahr 2020 in der SPV rund 68,36 % und in der PPV rund 74,89 %. Eigene Berechnungen auf Basis von BMG (2022b) und PKV-Verband (2022b). Eine Auflistung aller Leistungen der Pflegeversicherung bieten BMG (2022j, S. 146–151) und vdek (2022c).

Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst auch Leistungen für Pflegepersonen. Eine Pflegeperson<sup>31</sup> erhält z. B. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI<sup>32</sup>. Dabei besteht Anspruch auf Beitragszahlungen zu der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung (BMG, 2022k). Zudem führen die Pflegekassen für Angehörige der Pflegebedürftigen und ehrenamtliche Pflegepersonen unentgeltlich Schulungskurse durch (§ 45 SGB XI).

### Leistungen für Pflegepersonen

**Tabelle 3: Übersicht von ausgewählten Pflegeleistungen nach Pflegegraden im Jahr 2022 (Leistungen pro Monat)**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2022j, S. 53, 60, 116).

\* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

	Pflegegeld für häusliche Pflege	Pflegesachleistungen für häusliche Pflege	Leistungen bei vollstationärer Pflege
Pflegegrad 1	*	*	125 €
Pflegegrad 2	316 €	724 €	770 €
Pflegegrad 3	545 €	1.363 €	1.262 €
Pflegegrad 4	728 €	1.693 €	1.775 €
Pflegegrad 5	901 €	2.095 €	2.005 €

Die Versicherungsleistungen decken allerdings die tatsächlich anfallenden Pflegekosten nicht vollumfänglich ab (Arentz et al., 2019, S. 4). Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als Teilkostenversicherung konzipiert, d. h. ihre Leistungshöhe ist begrenzt und es erfolgt lediglich eine Grundabsicherung (BMG, 2022c; DIW Berlin, 2011, S. 4; Sozialverband Deutschland e. V., 2013, S. 6). Aufgrund des Teilleistungsprinzips wird der Rest der in der Regel höher ausfallenden Pflegekosten von den Pflegebedürftigen oder ihren Familien als Eigenanteil selbst getragen (BMG, 2022c; Ehrentraut et al., 2019, S. 27). Bei vollstationärer Pflege wird ein Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil der Pflegebedürftigen gezahlt, der mit der Dauer der vollstationären Pflege zunimmt (§ 43c SGB XI) (BMG, 2022g, S. 45). Um einen vollständigen Schutz gegen das Pflegebedürftigkeitsrisiko zu erreichen, kann eine freiwillige private Zusatzpflegeversicherung abgeschlossen werden (Althammer & Lampert, 2014, S. 277).

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als Teilkostenversicherung angelegt, sodass die Gesamtkosten der Pflege nicht vollumfänglich abgedeckt werden.

Damit wird erstmals in der deutschen Sozialversicherung das Budgetprinzip für einen gesamten Leistungsbereich konsequent angewendet (Mager, 1995, S. 123, 132). Zugunsten der Beitragsstabilität wurde sich gegen das Bedarfsprinzip entschieden, bei dem notwendige Leistungen ohne zeitliche sowie finanzielle Begrenzung gewährt werden und somit das Ausgabenvolumen bzw. der Beitrag die abhängige Variable ist (Rothgang, 1996, S. 931, 934; Rothgang & Müller, 2021, S. 44). Bei dem Budgetprinzip wird zunächst das verfügbare Finanzvolumen festgelegt, sodass das Leistungsvolumen die abhängige Variable des Systems darstellt (Rothgang, 1996, S. 931). Folglich werden die Höhe sowie Struktur der Pflegeleistungen u. a. nach der Höhe der Beitragseinnahmen angepasst (Mager, 1995, S. 124; Rothgang, 1996, S. 937). Die Budgetierung kann als Instrument

### Bedarfsprinzip vs. Budgetprinzip

<sup>31</sup> Pflegepersonen sind nach § 19 SGB XI Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

<sup>32</sup> Der Anspruch besteht, wenn eine Pflegeperson mindestens eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 bis 5 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche, pflegt (§ 19 SGB XI).

zur Steuerung der Nachfrage- und somit der Kostenentwicklung der Pflegeversicherung angesehen werden und schafft in Verbindung mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Kapitel 2.5.1.1) eine generelle Ausgaben- und Leistungsbegrenzung. Zudem wird der Handlungsspielraum für Übernachfrage und damit die Wahrscheinlichkeit einer Moral Hazard induzierten Nachfrageexpansion deutlich verringert (Mager, 1995, S. 123-124, 132). Moral Hazard definiert eine Situation, in der der Abschluss einer Pflegeversicherung Anreize zu opportunistischem Verhalten einer Vertragspartei erzeugt (Wagner, 2017, S. 599). So bestehen für Versicherte in Bezug auf den Eintrittszeitpunkt der Pflegebedürftigkeit z. B. ex ante Anreize zum Verzicht auf präventive Maßnahmen und ex post zum Überkonsum von Leistungen (Althammer & Lampert, 2014, S. 143; Wagner, 2017, S. 599). Je höher die Kosten sind, die durch die Pflegebedürftigkeit für ein Individuum entstehen, desto größer wird die Sorgfalt des Individuums sein, das Eintrittsrisiko der Pflegebedürftigkeit zu minimieren (Neubäumer et al., 2017, S. 147-148). Bei einer vollumfänglichen Versicherung hätten somit die Pflegebedürftigen keinen Anreiz, günstige Angebote auszuwählen, sodass die Nachfrage vollkommen preisunelastisch wäre. Zudem hätten Leistungsanbieter einen Anreiz die Leistungen auszudehnen, sodass insgesamt eine Überkonsumption resultieren würde (Rothgang, 2009, S. 151).

Insgesamt ist die gesetzliche Pflegeversicherung stark vom Subsidiaritätsprinzip geprägt. Dementsprechend besteht eine Rangfolge der Verantwortlichkeit: Zunächst müssen Lasten, die von Individuen getragen werden können, von diesen übernommen werden. Wenn dies nicht mehr möglich ist, sollen Angehörige unterstützen. Falls die Pflegebedürftigkeit so stark ist, dass durch die Begutachtung ein Pflegegrad festgestellt wird, besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Pflegeversicherung. Erst wenn das Einkommen bzw. Vermögen des Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen nicht ausreicht, um den selbst zu tragenden Anteil der Pflegekosten zu finanzieren, besteht entsprechend des Fürsorgeprinzips gegebenenfalls Anspruch auf Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfeträger (Ehrentraut et al., 2019, S. 27; Kalusche, 2010, S. 30; Wessels, 2019, S. 91-92).

**Subsidiaritätsprinzip in der gesetzlichen Pflegeversicherung**

## 2.5 Finanzierung

### 2.5.1 Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

#### 2.5.1.1 Beiträge

Die Deckung der Mittel für die SPV erfolgt durch Beiträge und sonstige Einnahmen, wie Bundeszuschüsse (§ 54 Abs. 1 SGB XI) (BMG, 2022b). Die Beiträge orientieren sich am Einkommen der Versicherten und sind vom individuellen Risiko unabhängig: Der Beitragssatz liegt seit dem 01.01.2022 bundeseinheitlich bei 3,05 % und für Kinderlose bei 3,40 % des Bruttoeinkommens (BMG, 2022d). Im Rahmen des Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) zum 01.01.2005 wurde der Kinderlosenzuschlag von anfänglich 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt, den die Mitglieder der SPV ohne Beteiligung der/des Arbeitgeberin/des Arbeit-

In der SPV sind die Beiträge nicht vom individuellen Risiko, sondern vom Einkommen der Versicherten abhängig.



gebers tragen<sup>33</sup> (§§ 58 Abs. 1, 59 Abs. 5 SGB XI). Von dem Beitragszuschlag sind kinderlose Versicherte, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, Wehr- und Zivildienstleistende und Bezieher:innen von Arbeitslosengeld II ausgenommen (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Im Rahmen des GVWG wurde der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte zum 01.01.2022 angehoben.

Der Beitrag eines Versicherten entgelt dessen Versicherungsschutz, d.h. die Möglichkeit Versicherungsleistungen im Versicherungsfall in Anspruch zu nehmen (Löser, 2016, S. 5). Der Beitragssatz wird, außer bei Einkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze<sup>34</sup>, auf die im Gesetz definierten beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze<sup>35</sup> erhoben. Wie in der GKV zählen für Pflichtversicherte zu den beitragspflichtigen Einnahmen das Arbeitsentgelt aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Versorgungsbezüge und sonstig erzielttes Arbeitseinkommen (§§ 57 SGB XI, 226 Abs. 1 SGB V). Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht der der GKV (§ 55 Abs. 2 SGB XI). Diese soll für Versicherte mit hohem Einkommen, die mit ihren hohen Beiträgen maßgeblich zur Umverteilung in der Solidargemeinschaft beitragen, einen Anreiz schaffen, in der Solidargemeinschaft zu bleiben und nicht in eine private Versicherung zu wechseln (Wessels, 2019, S. 90). Zudem soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelten, nach dem die Pflegekassen sicherzustellen haben, dass ihre Leistungsausgaben die Einnahmen bei gegebenem Beitragssatz nicht überschreiten (§ 70 Abs. 1 SGB XI).

**Beitragsbemessungsgrundlage in der SPV**

Die Beiträge zur SPV werden grundsätzlich von den versicherungspflichtigen Beschäftigten und den Arbeitgeber:innen jeweils zur Hälfte finanziert<sup>36</sup> (§ 58 Abs. 1 SGB XI). Rentner:innen tragen die Beiträge für die SPV allein, wobei diese an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weitergeleitet werden und der gleiche Beitragssatz wie für Beschäftigte gilt (§§ 59 Abs. 1, 60 Abs. 4 SGB XI). Bei Bezieher:innen von Krankengeld werden die Beiträge von den Leistungsbezieher:innen und den Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen (§ 59 Abs. 2 SGB XI). Da Bezieher:innen von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbil-

**Paritätische Finanzierung**

<sup>33</sup> Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil im Jahr 2001 die bis dahin geltende Beitragsfinanzierung als verfassungswidrig erklärt, da die Kindererziehung sowie -betreuung und somit der generative Beitrag zur Funktionsfähigkeit des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems im Rahmen der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt worden war. Damit wären Versicherte mit Kindern gegenüber kinderlosen Versicherten, die aus der Erziehungs- sowie Betreuungsleistung im Falle ihrer Pflegebedürftigkeit profitieren, in verfassungswidriger Art benachteiligt. Es bestände ein Ungleichgewicht zwischen dem von Kindererziehenden erbrachten Gesamtbetrag und dem Geldbeitrag von Kinderlosen (Bundesverfassungsgericht, 2001a).

<sup>34</sup> Wenn das Arbeitsentgelt einer Beschäftigung die Geringfügigkeitsgrenze, die sich bis 30.09.2022 auf 450 € pro Monat und ab 01.10.2022 auf 520 € pro Monat beläuft, nicht übersteigt, sind keine Beiträge zur Pflegeversicherung abzuführen (BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022).

<sup>35</sup> Als Beitragsbemessungsgrenze wird die Einkommensgrenze definiert, bis zu der die beitragspflichtigen Einnahmen zur Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden. Diese liegt 2022 bei 58.050 € im Jahr (BMAS, 2021; BMG, 2022a).

<sup>36</sup> Die SPV folgt formal dem Grundsatz der paritätischen Finanzierung. Jedoch lässt sich die Finanzierung nur als paritätisch bezeichnen, wenn von dem Beitragszuschlag für Kinderlose, der alleinigen Beitragssatzfinanzierung durch die Rentner:innen, der Kompensation durch die Streichung des Buß- und Bettages und von dem Beitragssatz in Sachsen abgesehen wird (Hagen & Lamping, 2011, S. 4).

dungsgeld, Übergangsgeld und Berufsausbildungsbeihilfe keine Beiträge tragen, zahlt die Bundesagentur für Arbeit die Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. € pro Jahr an den Ausgleichsfonds (§ 60 Abs. 7 SGB XI).

Um die mit den Arbeitgeber:innenbeiträgen verbundenen Belastungen der Unternehmen auszugleichen, haben neben anderen gesetzlichen Maßnahmen alle Länder außer Sachsen den Buß- und Betttag als gesetzlichen landesweiten Feiertag, der stets auf einen Werktag fällt, aufgehoben (§ 58 Abs. 2 SGB XI). In Sachsen blieb der Feiertag arbeitsfrei, sodass die Arbeitnehmer:innen grundsätzlich den Beitragssatz von 1 % zur Einführung der Pflegeversicherung in voller Höhe allein übernehmen müssen. Allerdings erfolgten die späteren Beitragssatzerhöhungen paritätisch, sodass in Sachsen derzeit der Beitrag für Arbeitnehmer:innen um 0,5 Beitragssatzpunkte höher und für Arbeitgeber:innen um 0,5 Beitragssatzpunkte niedriger als in den übrigen Bundesländern ausfällt (§ 58 Abs. 3 SGB XI) (BMG, 2022d; Deutscher Bundestag, 1997, S. 12).

Sachsen ist landesweit das einzige Bundesland, welches den Buß- und Betttag als arbeitsfreien Feiertag vorsieht. Dadurch sind die Beitragssätze für Arbeitnehmer:innen dort höher als in den anderen Bundesländern.

Die Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip impliziert, dass jedes Individuum entsprechend der individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit, gemessen an den beitragspflichtigen Einnahmen, und unabhängig von der persönlichen Leistungsanspruchnahme zur Finanzierung beiträgt (Neubäumer et al., 2017, S. 431). Dementsprechend sind nach der horizontalen Gerechtigkeit Individuen mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit in gleichem Maße zur Finanzierung heranzuziehen. Wenn sich die ökonomische Leistungsfähigkeit unterscheidet, haben die Wirtschaftssubjekte gemäß der vertikalen Gerechtigkeit unterschiedliche Finanzierungsbeiträge zu leisten (Neubäumer et al., 2017, S. 431–432). Zudem besitzen die einkommensabhängigen Beiträge die konjunkturglättende Funktionsweise automatischer Stabilisatoren,<sup>37</sup> da sie u. a. das individuelle Einkommen stabilisieren und in der Rezession einem Einbruch des Konsums entgegenwirken (Hesse, 2013, S. 228,233; Schönfelder & Wild, 2013, S. 33).

**Leistungsfähigkeitsprinzip**

### 2.5.1.2 Umlagefinanzierung

In der SPV gilt analog zur GKV das Umlageverfahren auf Basis eines Generationenvertrags. Dabei erfolgt die Finanzierung der in einer Periode anfallenden Pflegeversicherungsleistungen unmittelbar durch die Beitragseinnahmen derselben Periode (Jacobus, 2017, S. 685). Somit finanzieren die Versicherten, bei denen die Beitragszahlungen die Pflegekosten übersteigen, die Finanzierungslücke der Leistungsausgaben für die Versicherten, deren Pflegekosten höher als die Beitragszahlungen sind (Schönfelder & Wild, 2013, S. 9). Für diese Solidarleistung verspricht der Generationenvertrag, dass die Nettobeitragszahler:innen im Pflegefall auf eine vergleichbare Unterstützung Anspruch haben<sup>38</sup>. Es erfolgt grundsätzlich keine Vermögensakkumulation oder Bildung eines Kapitalstocks

**Generationenvertrag und Umlageverfahren in der SPV**

<sup>37</sup> Als automatische Stabilisatoren werden diejenigen staatlichen Einnahmen und Ausgaben bezeichnet, die bei Schwankungen des Bruttoinlandsproduktes (BIP) mit einer antizyklisch-kompensierenden Wirkung variieren, ohne dass dies legislative oder administrative Änderungen erfordert (Kalusche, 2010, S. 7).

<sup>38</sup> Da das Pflegerisiko im Alter signifikant zunimmt (Kapitel 3.1.2), kann der Generationenvertrag auch als impliziter Vertrag zwischen der jeweils erwerbstätigen Generation und den höheren Altersgruppen angesehen werden (Jacobus, 2017, S. 685–686; PKV-Verband, 2022a, S. 2; Wagner, 2017, S. 358).

für zukünftige Ausgabensteigerungen (Schönfelder & Wild, 2013, S. 9; Wagner, 2017, S. 940). Eine Ausnahme hierzu bildet der seit 2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds (Kapitel 2.1.4).

Damit ist die SPV in ihrer Ausgestaltung dem Solidaritätsprinzip verpflichtet (DIW Berlin, 2022b; Rothgang, 2011b, S. 81). Allgemein sind Solidargemeinschaften dadurch gekennzeichnet, dass deren Mitglieder sich gegenseitig Hilfe gewähren und gemeinsam die individuellen Risiken der Einzelnen tragen, sodass eine kollektive Absicherung erfolgt (Wessels, 2019, S. 90, 223). Eine Versicherungsgemeinschaft ist insofern solidarisch, als im Pflegefall Versicherungsleistungen gewährt werden, die von dem gesamten Versichertenkollektiv finanziert werden (ex post Umverteilung) (Rothgang, 2011b, S. 81). Da die Versicherungsbeiträge nicht der risikobezogenen Prämie des Versicherten entsprechen, kommt es zudem zu einer ex ante Umverteilung. Da in der SPV einerseits einkommensbezogene Beiträge unabhängig vom Pflegerisiko erhoben und andererseits beitragsunabhängige Leistungen ohne Einkommensbezug gewährt werden, erfolgt sowohl eine Einkommensumverteilung von einkommensstarken nach einkommensschwachen Versicherten (Einkommenssolidarität) als auch eine Umverteilung des Risikos von geringer zu hoher Pflegebedürftigkeit (Risikosolidarität) (DIW Berlin, 2022b; Rothgang, 2011b, S. 81). Zusätzlich erfolgt durch die beitragsfreie Familienversicherung eine Umverteilung von kinderlosen Individuen zugunsten Personen mit Kindern (Wessels, 2019, S. 91). Diese Umverteilungswirkungen sind Voraussetzung für eine umfassende Versicherungspflicht, bei der keine zweckgebundenen Beitragszuschüsse gefordert werden müssen (Rothgang, 2011b, S. 81). Insgesamt verbindet die Sozialversicherung somit Elemente des Versicherungsprinzips<sup>39</sup> mit Regelungen, die zum sozialen Ausgleich beitragen (Kalusche, 2010, S. 30–31).

Die SPV zeichnet sich durch das Solidaritätsprinzip aus.

### 2.5.1.3 Verwendung und Verwaltung der Mittel

Die Mittel der Pflegekasse, die sie vereinnahmt, umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage (§ 62 SGB XI). Dabei dürfen die Betriebsmittel für die vorgesehenen Aufgaben, die Verwaltungskosten, die Auffüllung der Rücklagen sowie zur Finanzierung des Ausgleichsfonds verwendet werden (§ 63 Abs. 1 SGB XI). Die Betriebsmittel sind auf den sich aus dem Haushaltsplan ergebenden Monatsbetrag für diese Aufwendungen begrenzt (§ 63 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Mittel sind der Rücklage, die der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Pflegekasse dient, bis zu deren Soll zuzuführen, das 50 % der durchschnittlichen Monatsausgaben laut Haushaltsplan entspricht (§ 64 Abs. 1, 2 SGB XI). Wenn die Schwankungen von Einnahmen und Ausgaben in einem Haushaltsjahr nicht durch Betriebsmittel ausgeglichen werden können, hat die Pflegekasse Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen (§ 64 Abs. 3 SGB XI). Ohne Rücklagenbildung müsste im Konjunkturabschwung entweder eine Beitragssatzsteigerung oder ein Ausgleich über Zuschüsse oder Darlehen des Bundes erfolgen, was je-

**Betriebsmittel und Rücklage der Pflegekasse**

<sup>39</sup> Das Versicherungsprinzip sieht vor, dass Leistungen des Systems an Gegenleistungen, wie Beiträge, geknüpft sind (Kalusche, 2010, S. 30).

doch beides nach Möglichkeit vermieden werden sollte<sup>40</sup>. Falls die vorhandenen Mittel das Betriebsmittel- und das Rücklagesoll übersteigen, sind die Überschüsse dem Ausgleichsfonds zuzuführen (§ 64 Abs. 4 SGB XI).

### 2.5.1.4 Ausgleichsfonds und Finanzausgleich

Zusätzlich zu den Überschüssen aus Betriebsmitteln sowie Rücklagen der Pflegekassen gehen u. a. Beiträge aus den Rentenzahlungen und Versichertenbeiträge vom Gesundheitsfonds in den Ausgleichsfonds ein (§ 65 SGB XI). Zusätzlich leistet der Bund zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der SPV ab 2022 jährlich einen Betrag von 1 Mrd. € an den Ausgleichsfonds (§ 61a SGB XI). Mit dem Ausgleichsfonds erfolgt ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich, wodurch die Leistungsaufwendungen sowie Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen und trotz der pluralen institutionellen Trägerschaft sowie der unterschiedlichen Versichertenstruktur der Pflegekassen bundesweit einheitliche Beitragssätze gewährt werden können (BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022). Damit werden die Ausgaben von Pflegebedürftigen auf alle Kassen unabhängig davon verteilt, bei welcher Kasse die pflegebedürftige Person versichert ist (Rothgang, 2015, S. 8). Der Ausgleich wird vom BAS durchgeführt (§ 66 SGB XI). Wenn „die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls höher als die Einnahmen zuzüglich des vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage am Ersten des laufenden Monats“ (§ 67 Abs. 2 SGB XI) sind, erhält die Pflegekasse den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds. Anderenfalls überweist die Pflegekasse den positiven Differenzbetrag an den Ausgleichsfonds. Zusätzlich wird ein Jahresausgleich zwischen den Pflegekassen durchgeführt (§ 68 SGB XI). Der Finanzausgleich dient zudem zur Bereitstellung besonderer Finanzmittel, die z. B. zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals und für Investitionen in die Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen genutzt werden (BAS, 2022).

#### Ziel des Ausgleichsfonds

Durch den ausgabenorientierten Finanzausgleich, den kasseneinheitlichen Beitragssatz und die einheitlichen Leistungen, Leistungsvoraussetzungen sowie Verträge mit den Leistungsanbietern wird ökonomisch eine „Einheitspflegekasse“ konstruiert (Gawel, 1995, S. 213–214; Rothgang, 2015, S. 8). Dadurch gibt es keinen Kassenwettbewerb, bei dem die Kassen untereinander um Mitglieder konkurrieren (Rothgang, 2009, S. 149–150).

<sup>40</sup> Grundsätzlich wirken Beitragssatzerhöhungen negativ auf die Produktion und Beschäftigung, sodass sie im Konjunkturabschwung kontraproduktiv wären. Hinsichtlich des Einsatzes von Bundesmitteln besteht z. B. Kritik, dass gegen das Äquivalenz- bzw. Versicherungsprinzip verstoßen würde, da auch nicht SPV-Versicherte Sozialversicherungsleistungen mitfinanzieren, auf die sie keinen Anspruch haben (Fichte, 2012, S. 334). Zudem wären beim Einsatz von Steuermitteln Steuererhöhungen die Folge, die negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung haben können. Wenn Steuererhöhungen ausgeschlossen werden, ergebe sich ceteris paribus ein geringerer finanzieller Spielraum für andere Staatsausgaben oder eine mittel- bis langfristige Begleichung der Schuldenfinanzierung (Arentz & Wild, 2019, S. 1; Bahnsen & Wild, 2021, S. 1, 5). Für weitere Kritik an Steuerzuschüssen siehe Neusius (2021b).

## 2.5.2 Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

### 2.5.2.1 Rahmenbedingungen der sozialverträglichen Prämiengestaltung

Während in der GKV das Solidaritätsprinzip mit interpersonellen Umverteilungsprozessen Anwendung findet, wird für die PKV das versicherungstechnische, individuelle Äquivalenzprinzip<sup>41</sup> als charakteristisch angesehen. Diese klare Systemtrennung gilt für die beiden Zweige der Pflegeversicherung nicht mehr, da die Bedingungen des SGB XI für die PPV die typischerweise praktizierten Gestaltungsprinzipien der PKV erheblich modifizieren (Wasem, 1995, S. 263–264). Zu den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Prämiengestaltung gehören nach § 110 SGB XI folgende Grundsätze (Sozialbindungen):

1. Ein Kontrahierungszwang<sup>42</sup> für alle Personen, die zum Abschluss einer PPV berechtigt sind.
2. Es dürfen keine Vorerkrankungen sowie bereits im Jahr 1995 pflegebedürftige Personen ausgeschlossen werden.
3. Die zu zahlenden Prämien dürfen nicht nach Geschlecht der Versicherten gestaffelt werden.
4. Kinder werden unter denselben Voraussetzungen wie in der SPV (§ 25 SGB XI) prämienfrei mitversichert.
5. Kündigungs- und Rücktrittsrechte der Versicherungsanbieter sind ausgeschlossen (Arentz et al., 2019, S. 7; BMG, 2022d; Deutscher Bundestag, 1997, S. 12; Rothgang, 2011b, S. 82).

Hinsichtlich der Prämienhöhe wird grundsätzlich zwischen Versicherten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PflegeVG im Jahr 1995 Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen waren (§ 110 Abs. 1, 2 SGB XI), und Versicherten, die später privat pflegeversichert wurden, unterschieden (§ 110 Abs. 3 SGB XI). Bei der ersten Gruppe sind die zu zahlenden Prämien nicht nach Gesundheitszustand der Versicherten gestaffelt und auf den Höchstbeitrag der SPV limitiert, da sonst für sehr alte Versicherte in vielen Fällen die altersgerechte Prämie nicht tragbar gewesen wäre (Arentz et al., 2019, S. 7). Zudem gilt eine Prämienbegrenzung für nicht erwerbstätige Ehepartner:innen (§ 110 Abs. 1 SGB XI). Für Versicherungsverträge mit Personen, die nach Inkrafttreten des PflegeVG Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens werden, gilt ab einer

Das individuelle Äquivalenzprinzip in der PPV ist durch gesetzliche Rahmenbedingungen modifiziert.

**Prämienhöhe in der PPV**

<sup>41</sup> Demnach wird die Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung gefordert. So hängt in der PKV z. B. die Prämienhöhe vom Umfang der versicherten Leistungen ab (Ehring, 2017, S. 682).

<sup>42</sup> Ein Kontrahierungszwang seitens der Versicherungsunternehmen bezeichnet deren Verpflichtung zur Annahme von Versicherungsanträgen. Somit dürfen die Versicherer die Antragssteller:innen nicht ablehnen (Wagner, 2017, S. 499; Wessels, 2019, S. 78). Jedoch besteht der Kontrahierungszwang nicht für die PKV. Da das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zugrunde liegt, führt eine Ablehnung einer/:eines Versicherten durch die PKV faktisch auch zu einer Ablehnung durch die PPV (Gasche, 2007, S. 22). Durch das GKV-WSG muss die PKV seit dem Jahr 2009 einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif anbieten, für den im Gegensatz zu anderen PKV-Tarifen der Kontrahierungszwang gilt und keine Risikozuschläge erlaubt sind (BMG, 2016a, 2022a).

Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der PPV oder PKV die Prämienbegrenzung auf den Höchstbeitrag der SPV. Zudem ist die Prämienstaffelung nach dem individuellen Gesundheitszustand erlaubt (§ 110 Abs. 3 SGB XI). Dadurch fallen die Prämien in Abhängigkeit von der erwarteten Kapitalverzinsung, vom Gesundheitszustand und dem Alter beim Eintritt in die PPV unter Umständen höher als der Höchstbeitrag der SPV aus (BMG, 2022d; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Für Versicherte, die bei einer PKV im Basistarif versichert sind, gelten die Bedingungen der ersten Gruppe unabhängig davon, wann die PPV abgeschlossen wurde (BMG, 2017e).

Somit wurde die sonst übliche Prämienkalkulation der privaten Versicherungsunternehmen, in der die erhöhten individuellen Schadenswahrscheinlichkeiten bei Vertragsabschluss durch Risikozuschläge oder Ausschlüsse von Vorerkrankungen neutralisiert werden, durch die Sozialbindungen teilweise untersagt (Deutscher Bundestag, 1997, S. 12; Wasem, 1995, S. 269). Insgesamt hat die Prämienkalkulation zwar grundsätzlich keinen Einkommensbezug, jedoch sind für den 1995 vorliegenden Bestand weder Risikozuschläge noch Ausschlüsse und für Neuzugänge teilweise Risikozuschläge zulässig. Dabei erfolgt die risikobezogene Prämienstaffelung unabhängig vom Geschlecht und vor allem durch den Bezug auf das Eintrittsalter der/des Versicherungsnehmerin/-nehmers (Arentz et al., 2019, S. 7; Rothgang, 2011b; Wasem, 1995, S. 269). Weiteren Sozialbindungen unterliegt die PPV darin, dass der Leistungsumfang, die Wartezeiten und die Leistungsvoraussetzungen vertraglich nicht frei vereinbar sind, sondern denen der SPV gleichwertig sein müssen (Kapitel 2.3 und 2.4). Zudem gehört zu den Vorgaben die Pflicht, die Mitglieder der PBeaKK und der KVB zu übernehmen, die aufgrund der überdurchschnittlichen Altersstruktur das Risiko auf Dauer nicht allein tragen könnten und somit Umverteilungsbedarf von den restlichen Versicherten auslösen (PKV-Verband, 2020, S. 111; Wasem, 1995, S. 268, 270).

#### Weitere Sozialbindungen

Die Sozialbindungen führen zu einer teilweisen Umlagefinanzierung, zu einer Umverteilung des Risikos (Kapitel 2.5.2.3) und zu einer Reduktion der Risikoselektion durch die Versicherungen (Rothgang, 2011b, S. 82; Wessels, 2019, S. 78). Risikoselektion bezeichnet die gezielte, aktive Beeinflussung der Risikostruktur der Versicherung, um die Unternehmenssicherheit sowie Profitabilität zu erhöhen und adverse Selektion zu vermeiden (Resch, 2004, S. 27; Wagner, 2017, S. 774). Die Pflegeversicherungen können gegebenenfalls über Erfahrungswerte eine Abschätzung des zu versichernden Pflegerisikos vornehmen und dadurch gute von schlechten Risiken unterscheiden (Wessels, 2019, S. 78). So besitzen z. B. untereinander im Wettbewerb stehende Pflegeversicherungen den Anreiz, ausschließlich gute Risiken zu versichern und dadurch einen Wettbewerbsvorteil über niedrige Prämien zu schaffen (SVR, 1994, S. 277; Wessels, 2019, S. 78, 99). Antragsteller:innen mit einem hohen Risiko würden gar nicht oder nur unter zusätzlichen Bedingungen, wie mit Prämienzuschlägen oder Haftungsausschlüssen, versichert werden (Wagner, 2017, S. 774). Dies ist problematisch, wenn aufgrund finanziell nicht tragbarer Bedingungen oder der Ablehnung durch das Versicherungsunternehmen schlechte Risiken unversichert blieben (Wessels, 2019, S. 99).

#### Wirkungen der Sozialbindungen

## Regelungen des Beitragszuschusses

Privat versicherte Beschäftigte erhalten von ihrer/://ihrem Arbeitgeber:in einen Beitragszuschuss, der auf den entsprechenden Betrag des Arbeitgeber:innenanteils bei Versicherungspflicht in der SPV begrenzt ist, aber sich höchstens auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Versicherungsbeitrages für die PPV beläuft (§ 61 Abs. 2 SGB XI). Privatversicherte, die beihilfeberechtigt sind, erhalten statt des Arbeitgeber:innenzuschusses die Beihilfeleistungen (§ 61 Abs. 7 SGB XI) (Deutscher Bundestag, 1997, S. 12). Privat Pflegeversicherte, die gesetzliche Rentenansprüche beziehen, zahlen die Pflegeversicherungsprämien in voller Höhe selbst (Deutsche Rentenversicherung, 2022). Selbständige müssen ihren kompletten Versicherungsbeitrag unabhängig vom Versicherungszweig allein tragen. Allerdings besteht für Selbständige meist ein Anreiz zum privaten Versicherungsschutz, da in der GKV der Umfang des Versicherungsschutzes und die Beitragshöhe fast vollständig vorgegeben sind, während in der PKV die Vertragsgestaltung flexibler ist und damit auch auf deren Prämienhöhe Einfluss genommen werden kann (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 7; PKV-Verband, o. J.b).

### 2.5.2.2 Anwartschaftsdeckungsverfahren

Die Finanzierung der Leistungen der PPV erfolgt prinzipiell im Anwartschaftsdeckungsverfahren<sup>43</sup>, das eine Form des Kapitaldeckungsverfahrens darstellt (Deutscher Bundestag, 1998, S. 248; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Mit den Prämien der Versicherten wird ein Kapitalstock aufgebaut, dessen Höhe zusammen mit den Zinserträgen die erwarteten Versicherungsansprüche deckt (Althammer & Lampert, 2014, S. 255). Dabei gilt der Grundsatz, dass zu jedem Zeitpunkt zumindest der Barwert der zu erwartenden Leistungen durch die Summe aus zukünftigen Prämien und dem bereits gesammelten Kapitalstock abgedeckt sein muss (Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Die Versicherungsprämien werden so kalkuliert, dass sie in jungen Jahren typischerweise höher als die durchschnittlichen bzw. tatsächlich in Anspruch genommenen Pflegeaufwendungen sind. Die resultierende Differenz wird als Alterungsrückstellung verzinslich auf dem Kapitalmarkt angelegt, um die altersbedingte Zunahme der Ausgaben zu berücksichtigen und die Prämienentwicklung über den Lebenszyklus zu glätten. Wenn in späteren Lebensjahren die Kosten für Pflegeleistungen über der Versicherungsprämie liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen (Deutsche Bundesbank, 2007, S. 41; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Somit sorgt jeder Jahrgang für seine eigenen zukünftigen Pflegeausgaben vor, sodass die Prämien im Versicherungsverlauf nicht altersbedingt angehoben werden müssen (Jacobus, 2017, S. 685). Jedoch sind Anpassungen der Versicherungsprämie notwendig, wenn pflegereformbedingte Leistungsausweitungen oder Kostensteigerungen u. a. durch Änderungen der Lebenserwartung oder Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen sowie deren Preisniveau eintreten (PKV-Verband, 2022a, S. 12; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8–9).

Die Summe aus Prämien und Zinserträgen soll die erwarteten Versicherungsansprüche decken.

<sup>43</sup> Die Begriffe Anwartschaftsdeckungsverfahren und Kapitaldeckungsverfahren werden oft synonym verwendet. Der Begriff Kapitaldeckungsverfahren ist eine Sammelbezeichnung für alle Finanzierungsformen, bei denen die Bildung eines Kapitalstocks erfolgt (Schönfelder & Wild, 2013, S. 8).

### 2.5.2.3 Umlageelemente und Risikoausgleich

Aufgrund der sozialverträglichen Prämiengestaltung müssen auch Umlageelemente in die Prämienberechnung der PPV einfließen (Arentz et al., 2019, S. 7). Vor allem die jungen Jahrgänge finanzieren mit ihren Prämien neben ihrer eigenen Alterungsrückstellung auch eine zusätzliche Umlage, die daraus resultiert, dass eine höhere Prämie als die risikogerecht kalkulierte Prämie erhoben wird (Wasem, 1995, S. 271–272). Die Umlage ist zum Ausgleich der versicherungstechnischen Unterdeckung notwendig, die insbesondere aus der Mitversicherung der bereits Pflegebedürftigen und der Prämienbegrenzung vor allem zugunsten der pflege nahen Jahrgänge sowie der nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen Ehegatten resultiert (Bundesverfassungsgericht, 2001b). Da u. a. die Prämien der älteren Versicherten nicht kostendeckend sind und von denen der jüngeren Versicherten subventioniert werden, kommt es zu ex ante Umverteilungen und in bestimmten Maßen zu einer Umlagefinanzierung. Weitere Umverteilungskomponenten sind in der prämienfreien Mitversicherung von Kindern, dem Verbot der Prämienstaffelung nach Geschlecht sowie der Untersagung des Ausschlusses von Versicherten aufgrund von Vorerkrankungen vorzufinden (DIW Berlin, 2022b; Rothgang, 2011b, S. 81–82).

Neben dem Umlagebedarf resultiert als zweite Konsequenz aus den Sozialbindungen die Notwendigkeit eines Risikoausgleiches zwischen den privaten Versicherungsunternehmen (§ 111 SGB XI) (Bundesverfassungsgericht, 2001b; Wasem, 1995, S. 272). Die Notwendigkeit ergibt sich aus der ungleichen Zusammensetzung der Versichertenbestände vor allem hinsichtlich der Altersstruktur. So könnten Versicherungsunternehmen, die alte Bestände aufweisen, die erforderlichen Umlagen von jüngeren Jahrgängen nicht ausreichend erzielen (Wasem, 1995, S. 272). Die Beiträge werden ohne die Kosten auf Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen für alle privaten Versicherungsunternehmen einheitlich ermittelt (§ 111 Abs. 1 SGB XI). Durch den Risikoausgleich bleiben Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten der Unternehmen nur in begrenztem Maße bestehen. Zudem kann Wettbewerb über den Preis kaum stattfinden (Wasem, 1995, S. 272).

Durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen ist auch die PPV auf Grundlage des Solidaritätsprinzips gestaltet. Insgesamt finden in der PPV ex ante sowie ex post Umverteilungen nach Risiko statt, auch wenn nicht im gleichen Maße wie in der SPV (DIW Berlin, 2022b; Rothgang, 2011b, S. 81–82). Es erfolgt ein unternehmensübergreifender Ausgleich u. a. zwischen Versicherten, die Prämien zahlen, und prämienfreien Kindern, zwischen jungen sowie älteren Versicherten und zwischen Männern und Frauen (PKV-Verband, 2020, S. 36). Im Jahr 2019 bezifferte sich das gesamte Umlagevolumen in der PPV auf rund 269,5 Mio. €. Daraus erhielt u. a. die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen, die mit den Mitgliedern der PBeaKK und der KVB mehr ältere Versicherte und somit ein höheres Pflegerisiko als der übrige PKV-Bestand aufweisen, eine Umlage (PKV-Verband, 2020, S. 36, 111). Jedoch erwerben im Umlageverfahren der SPV die Nettobeitragszahler:innen den Anspruch, bei zukünftigen Pflegeleistungen Unterstützung zu erhalten, während im Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Umlageelementen der PPV sowohl die Umlage für die Pflegebedürftigen als auch der Aufbau der eigenen Alterungsrückstellungen finanziert werden (Arentz et al., 2019, S. 11).

Durch die Sozialbindungen fließen Umlageelemente in die Prämienkalkulation ein.

Die Berücksichtigung von Sozialbindungen erfordert zudem den Risikoausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen.

#### Solidaritätsprinzip in der PPV



## 2.6 Zusammenfassung der systematischen Unterschiede

Die erste Forschungsfrage befasst sich mit den systematischen Unterschieden zwischen SPV und PPV. Während die Leistungszugangskriterien und Leistungen der beiden Versicherungszweige identisch sind, bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Finanzierung und der Zugangsmodalitäten. Tabelle 4 gibt eine Zusammenfassung über die wichtigsten Unterschiede zwischen den Systemen der SPV und PPV, die in den vorherigen Kapiteln beschrieben werden.

**Erste Forschungsfrage: Systematische Unterschiede zwischen SPV und PPV**

**Tabelle 4: Übersicht der systematischen Unterschiede zwischen SPV und PPV**

Quelle: Eigene Darstellung.

	SPV	PPV
Personenkreis (Zugang)	Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV	Freiwillige Mitglieder der GKV und PKV-Versicherte (Beamte, Selbständige, Freiberufler:innen, Arbeitnehmer:innen mit einem regelmäßigen Bruttoentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze)
Leistungszugangskriterien	Identisch	
Leistungen	Identisch	
Finanzierungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkommensabhängige Beiträge</li> <li>• Umlageverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoabhängige Prämien (ggf. Begrenzung auf Höchstbeitrag der SPV)</li> <li>• Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Umlageelementen</li> </ul>
Bundeszuschuss	1 Mrd. € pro Jahr (ab 2022)	-
Ausgleich	Finanzausgleich zwischen Pflegekassen	Risikoausgleich zwischen privaten Versicherungsunternehmen
Kapitalstock für zukünftige Ausgabenanstiege	Pflegevorsorgefonds	Alterungsrückstellungen
Solidaritätsprinzip	Innerhalb SPV	Innerhalb PPV

### 3 Strukturelle Unterschiede und Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung

#### 3.1 Auswahl der Strukturmerkmale und Determinanten

##### 3.1.1 Lastenverteilung

Wie in der Einleitung beschrieben, hat das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil ausgeführt, dass der Gesetzgeber eine Pflegevolksversicherung „unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung“ (Bundesverfassungsgericht, 2001b) geschaffen hat, wobei die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV nicht richterlich geprüft wurde (Greß et al., 2019, S. 245). Allgemein bezeichnet die Lastenverteilung die Verteilung der finanziellen Lasten auf die einzelnen Akteursgruppen, die zur Finanzierung der Pflegeversorgung vorgenommen wird (Ullrich & Christoph, 2006, S. 991). Im Folgenden wird ausschließlich die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV betrachtet, wobei deren Analyse in Bezug auf zentrale Strukturmerkmale der SPV- sowie PPV-Versicherten und primär auf das Jahr 2020 erfolgt (Greß et al., 2019, S. 245).

Die Lastenverteilung beschreibt die Verteilung der finanziellen Lasten auf einzelne Akteursgruppen.

##### 3.1.2 Risikostruktur

Als einer der wichtigsten Faktoren für das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird das Alter angesehen, wobei das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt (Borchert & Rothgang, 2008, S. 218). Wie in Tabelle 5 dargestellt betrug laut der Pflegestatistik des Jahres 2019 der Anteil der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI an allen Personen unter 60 Jahren ca. 1,10 %. Während die Pflegequote<sup>44</sup> der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen um 10,77 Prozentpunkte höher als die der 60- bis unter 65-Jährigen lag, nahm ab dem Alter von ca. 80 Jahren das Pflegerisiko deutlich stärker zu. Der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe von 80 bis unter 85 Jahren betrug 26,41 %, während sich die Pflegequote bei den Personen ab 90 Jahren auf 76,33 % belief. In Bezug auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen waren 55,03 % 80 Jahre oder älter<sup>45</sup>.

**Das Alter als Determinante für das Pflegebedürftigkeitsrisiko**

Zudem ist das Geschlecht eine wichtige Determinante (Borchert & Rothgang, 2008, S. 218). Wie Tabelle 5 zeigt, waren nach der Pflegestatistik im Dezember 2019 ca. 4,13 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig, wobei Frauen mit 6,11 % eine höhere Pflegequote als Männer mit 3,79 % aufwiesen. Zwischen Männern und Frauen waren bis zum Alter von ca. 74 Jahren geringe Unterschiede der Pflegequoten von weniger als einem Prozentpunkt zu verzeichnen, während ab ca. 75 Jahren die Pflegequote der Frauen deutlich stärker als die der Männer der jeweiligen Altersgruppe anstieg. Dabei nahm der Unterschied von der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen von 8,02 Prozentpunkten bis zur

Frauen ab ca. 75 Jahren weisen eine höhere Pflegequote als Männer auf. Die Differenz zu den Männern kann u. a. durch das unterschiedliche Antragsverhalten begründet werden.

<sup>44</sup> Die Pflegeprävalenz, auch Pflegequote genannt, beschreibt das Verhältnis der Anzahl der Pflegebedürftigen in einer Population zu deren Gesamtzahl. So gibt z. B. Tabelle 4 den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe an (Destatis, 2020a, S. 21; Rothgang, Müller & Preuß, 2020, S. 67).

<sup>45</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis (2020a, S. 21–22).

Gruppe ab 90 Jahren auf 17,00 Prozentpunkte zu. Von den insgesamt 2,27 Mio. Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 80 Jahren waren 70,66 % Frauen<sup>46</sup>. Die geschlechtsspezifischen Differenzen können sowohl auf Unterschiede in der gesundheitlichen Entwicklung als auch auf verschiedene Antragsverhalten zwischen Frauen und Männern zurückgeführt werden. Da ältere Frauen häufiger allein leben, kann bei Pflegebedarf die Antragstellung auf Leistungen schneller notwendig sein. Pflegebedürftige Männer werden oft zuerst z. B. von ihren (Ehe-) Partner:innen versorgt, sodass eventuell zunächst auf eine Antragstellung verzichtet wird (Kapitel 3.6.3) (Destatis, 2020a, S. 11).

**Tabelle 5: Pflegebedürftige und Pflegequote der deutschen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht zum Jahresende**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2020a, S. 21–22).

Altersgruppen in Jahre	Pflegebedürftige			Pflegequote		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
unter 60	650.961	357.586	293.375	1,10 %	1,18 %	1,01 %
60–64	167.294	83.464	83.830	2,96 %	3,00 %	2,92 %
65–69	225.533	109.960	115.573	4,64 %	4,75 %	4,54 %
70–74	279.962	126.688	153.274	7,62 %	7,37 %	7,84 %
75–79	532.476	211.426	321.050	13,74 %	12,20 %	14,98 %
80–84	870.080	297.701	572.379	26,41 %	21,73 %	29,75 %
85–89	773.091	225.949	547.142	49,44 %	39,61 %	55,08 %
90 und mehr	628.208	142.723	485.485	76,33 %	63,94 %	80,94 %
Insgesamt	4.127.605	1.555.497	2.572.108	4,96 %	3,79 %	6,11 %

Wie Abbildung 2 zeigt, hängt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI auch von der gesetzlichen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und den Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch ab (Rothgang & Schmäh, 1995, S. 156–157). So wurde z. B. der anspruchsberechtigte Personenkreis im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008, des PNG aus dem Jahr 2012 und durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017 mit dem PSG II erweitert (Kapitel 2.1.4) (Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 176–177).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff beeinflusst.

Des Weiteren wird das Auftreten von Pflegebedürftigkeit durch das Vorliegen bestimmter Erkrankungen, genetische Veranlagungen, den Lebensstil und die Ernährung beeinflusst (Borchert & Rothgang, 2008, S. 218–219; Wessels, 2019, S. 73). Auch soziale Faktoren, wie der Familienstand und das soziale Netzwerk, die primäre Hilfe- und Pflegepotenziale bieten, sind für das Risiko der Pflegebedürftigkeit relevant (Borchert & Rothgang, 2008, S. 218–219). Außerdem hat das Einkommen einen Einfluss auf das Pflegerisiko. Bei Männern ist das individuelle Pflegerisiko umso höher, je niedriger die Position in der Einkommensverteilung ist (Geyer, Haan, Kröger & Schaller, 2021, S. 729, 731). Darüber hinaus sind armutsgefährdete Männer (weniger als 60 % des mittleren Einkommens) durchschnittlich fast sechs Jahre früher pflegebedürftig als wohlhabende Männer (150 % des

**Weitere Einflussfaktoren auf das Pflegebedürftigkeitsrisiko**

<sup>46</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis (2020a, S. 21–22).

mittleren Einkommens). Bei Frauen bestehen ähnliche Tendenzen, aber geringere Diskrepanzen (Geyer et al., 2021, S. 731). Die Einkommenseinflüsse können u. a. auf die Morbiditätsunterschiede zwischen den Gruppen zurückgeführt werden. Unter multimorbiden Patient:innen im Alter von 65 bis 85 Jahren weisen jene mit höherem Einkommen bessere Werte hinsichtlich der subjektiven Gesundheit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der funktionellen Einschränkungen als Personen mit niedrigem Einkommen auf (Knesebeck et al., 2015, S. 1, 6). Zudem haben die berufliche Stellung und Belastung einen Einfluss auf das Pflegerisiko: Die Gruppe der Arbeiter:innen weist die höchste Pflegequote auf, während bei verbeamteten Personen das Risiko am geringsten ist. Zusätzlich ist das Pflegerisiko bei geringen körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen am niedrigsten<sup>47</sup> (Geyer et al., 2021, S. 732–733).

Die Analyse der Risikostruktur beschränkt sich auf die folgenden Merkmale der SPV- und PPV-Versicherten: Alters-, Geschlechtsstruktur und alters- sowie geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen. Der kombinierte Effekt der Risikostruktur sowohl nach Alter und Geschlecht als auch nach alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zeigt sich jeweils für die SPV und PPV in dem Anteil aller Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der Versicherten. Diese Pflegeprävalenz dient regelmäßig als Indiz für Risikounterschiede zwischen SPV- und PPV-Versicherten und für eine Risikoentmischung (Gasche, 2007, S. 28).

Die Risikostrukturanalyse berücksichtigt ausschließlich die Kriterien Alter, Geschlecht sowie alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen.

### 3.1.3 Ökonomische Leistungsfähigkeit

Neben der Risikostruktur wird auch die ökonomische Leistungsfähigkeit der Versicherten betrachtet, um die Lastenverteilung in relativer Sicht zu beurteilen (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 11). Als Indikatoren für die ökonomische Leistungsfähigkeit gelten z. B. das Einkommen, das Vermögen und der Konsum eines Individuums, wobei die Abgrenzung jeweils nach unterschiedlichen Konzepten erfolgen kann<sup>48</sup>. Da in der SPV die Beitragshöhe entsprechend dem Leistungsprinzip nach dem beitragspflichtigen Bruttoerwerbseinkommen bestimmt wird (Kapitel 2.5.1.1), erfolgt die Analyse der ökonomischen Leistungsfähigkeit anhand des Bruttoerwerbseinkommens (Ullrich, 2000, S. 45). Damit weist die betrachtete Einkommensstruktur einen direkten Zusammenhang mit den Beitragseinnahmen der SPV auf (Abbildung 3). In der PPV sind die Prämien zwar einkommensunabhängig, allerdings wird die Möglichkeit, sich privat zu versichern, vom Erwerbsstatus und der Einkommenshöhe bestimmt (Abbildung 4). Die Erwerbsstruktur wird analysiert, um Gründe der möglicherweise unterschiedlichen Gesamteinkommen und den Anteil der nichterwerbstätigen Personen in den beiden Versichertenkollektiven zu identifizieren.

**Das Bruttoerwerbseinkommen als Indikator für die ökonomische Leistungsfähigkeit**

<sup>47</sup> Für weitere Informationen zu den Einflussfaktoren auf die Risikostruktur siehe Borchert und Rothgang (2008, S. 218–220) und Mager (1999, S. 36–72).

<sup>48</sup> Für weiterführende Informationen zu den Indikatoren der Leistungsfähigkeit siehe Neubäumer et al. (2017, S. 432–436).

Damit wird die ökonomische Leistungsfähigkeit der SPV- und PPV-Versicherten in der Analyse sowohl hinsichtlich der Erwerbsstruktur als auch der Einkommensstruktur betrachtet. Dabei werden die berufliche Stellung der Versicherten und die Anteile von SPV- sowie PPV-Versicherten in den Erwerbsstatusgruppen untersucht. Zudem werden die Durchschnitte der monatlichen Bruttoerwerbseinkommen und die Einkommensverteilungen der SPV-Versicherten und PPV-Versicherten gegenübergestellt.

Die ökonomische Leistungsfähigkeit wird hinsichtlich der Erwerbs- und Einkommensstruktur der Versicherten analysiert.

### 3.1.4 Finanzstruktur

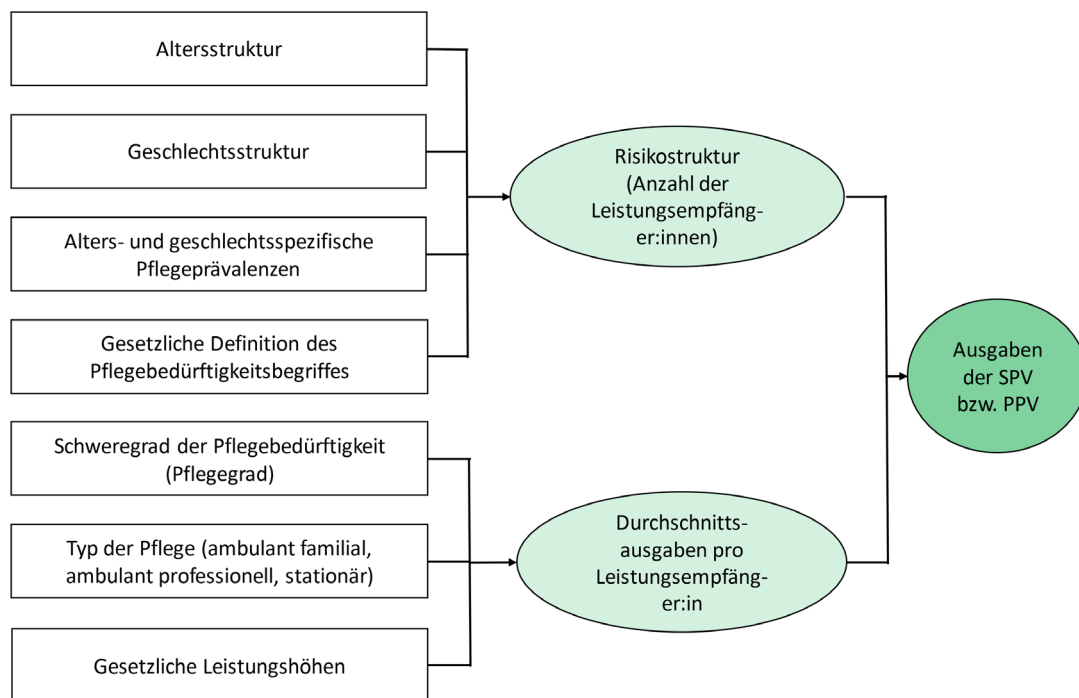
Die Finanzstruktur wird hinsichtlich der Ausgaben, Einnahmen und dem Mittelbestand bzw. der Alterungsrückstellungen von SPV und PPV analysiert.

#### 3.1.4.1 Ausgaben

Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung hängt vor allem von der Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und damit der Risikostruktur sowie von den Durchschnittsausgaben je Leistungsempfänger:in ab<sup>49</sup> (Abbildung 2) (Rothgang & Schmähel, 1995, S. 156–157). Die Determinanten der Zahl der Leistungsempfänger:innen wurden bereits im Abschnitt zur Risikostruktur aufgeführt. Die durchschnittlichen Ausgaben je Leistungsempfänger:in werden sowohl von dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und dem Typ der Pflege (ambulant familial, ambulant professionell, stationär) als auch von den gesetzlichen Leistungshöhen bestimmt. Dabei sind die gesetzlichen Leistungshöhen für beide Versicherungszweige gleich. Die Entscheidung für einen Typ der Pflege ist außer von dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit u. a. von der Haushalts- sowie Familienstruktur, dem Erwerbsverhalten und dem Angebot der Pflegeeinrichtungen abhängig (Rothgang & Schmähel, 1995, S. 156–157).

**Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung in der SPV und PPV**

<sup>49</sup> Neben den Leistungsausgaben fallen in der SPV auch die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes, Verwaltungsausgaben, die Zuführung zum Pflegevorsorgefonds und sonstige Ausgaben an. Allerdings betrug dieser Anteil an den Gesamtausgaben im Jahr 2020 rund 7,09 %. Damit bildeten die Leistungsausgaben rund 92,91 % der Gesamtausgaben ab (BMG, 2022b). Für die PPV sind keine entsprechenden Daten verfügbar.



**Abbildung 2: Determinanten der Risikostruktur und der Ausgaben der SPV und PPV**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang und Schmähl (1995, S. 156).

Damit besteht einerseits ein Einfluss von im SGB XI festgeschriebenen Maßnahmen, die auf die Leistungserstellung und damit indirekt auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung einwirken. Andererseits wirken auf die Ausgabenentwicklung exogene Faktoren ein, die nicht durch gesetzliche Vorschriften beeinflusst werden können. Insgesamt können prinzipiell vier exogene, ausgabentreibende Faktoren identifiziert werden: Erstens steigt demografisch bedingt die Fallzahl der Pflegebedürftigen und somit bei konstantem Leistungsrecht die Anzahl der leistungsberechtigten Personen. Zudem werden die Ausgaben auch von Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Pflegeversicherungsleistungen angetrieben, die u. a. durch die Substitution familialer durch professionelle Pflege aufgrund der veränderten Haushaltsstrukturen resultieren (Fachinger et al., 1995, S. 306; Rothgang & Schmähl, 1995, S. 172). Als Drittes wird die Ausgabenentwicklung von überproportionalen Preissteigerungen der Pflegeleistungen geprägt, da die personalintensiven Pflegetätigkeiten ein begrenztes Potenzial für Rationalisierungen und Produktivitätssteigerungen im Vergleich zur sonstigen Wirtschaft aufweisen (Baumol'sche Kostenkrankheit)<sup>50</sup>. Zusätzlich erhöhen Preissteigerungen durch überdurchschnittliche Lohnsteigerungen, die die Pflege aufwerten und einen Pflegenotstand verhindern sollen, die Ausgaben. Dabei beeinflussen die beiden erstgenannten Faktoren die Ausgaben direkt, während die beiden letztgenannten nur bei einer Leistungsdynamisierung in Abhängigkeit von der Preisentwicklung der Pflegeleistungen wirken. Andern-

**Exogene Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung in der SPV und PPV**

<sup>50</sup> Zur Vermeidung einer Arbeitnehmer:innenabwanderung in Branchen mit höheren Produktivitätssteigerungen und damit höherer Entlohnung muss in der Pflegebranche ein mit anderen Wirtschaftszweigen vergleichbarer Lohn gezahlt werden, der allerdings über der Produktivität der Pflegebranche liegt und zu überdurchschnittlichen Kostensteigerungen führt (Arentz, 2019, S. 17–18; Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 6).

falls beeinflussen die Preissteigerungen zwar nicht die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung, aber die Kaufkraft der Leistungen (Fachinger et al., 1995, S. 306; Rothgang & Schmähl, 1995, S. 172).

Vor diesem Hintergrund erfolgt zunächst eine Analyse des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit und des Pflgetyps der Leistungsempfänger:innen der SPV und PPV. Dazu werden die Anteile der Pflegebedürftigen nach Leistungsbereichen untersucht. Zudem werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro versicherter Person und pro Leistungsempfänger:in jeweils für die SPV und PPV inklusive sowie ohne Beihilfeausgaben dargestellt. Dabei ist ein Vergleich zwischen der SPV und PPV unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben möglich, da das Leistungsrecht und die Begutachungskriterien beider Versicherungszweige gleich sind.

### 3.1.4.2 Einnahmen

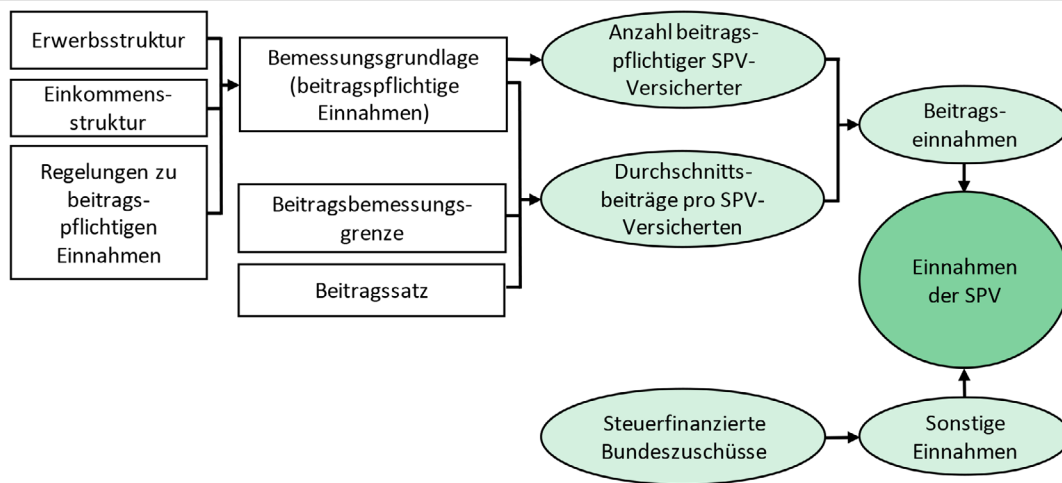
Die Einnahmen der SPV setzen sich aus Beitragseinnahmen und sonstigen Einnahmen, zu denen Bundeszuschüsse zählen, zusammen. Damit hängt die Entwicklung der Einnahmen der SPV, wie Abbildung 3 verdeutlicht, im Wesentlichen von der Entwicklung der Anzahl der versicherungspflichtigen SPV-Versicherten, den durchschnittlichen Beiträgen je SPV-Versicherten und den Bundeszuschüssen ab. Da die Beitragssätze, die Regelungen zur Bemessungsgrundlage und die Beitragsbemessungsgrenze gesetzlich festgelegt sind, wird die Einnahmentwicklung vor allem von der Höhe der Steuerzuschüsse, der Zahl der beitragspflichtigen Versicherten und deren Einkommen beeinflusst (IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2021, S. 2; Rothgang & Vogler, 1997a, S. 7). Somit hat die betrachtete Erwerbs- und Einkommensstruktur einerseits einen Einfluss auf die Zahl der SPV-Versicherten, die Beiträge zahlen müssen, sowie andererseits auf die Bemessungsgrundlage der SPV (Kapitel 2.5.1.1).

**Zusammensetzung  
der Einnahmen der  
SPV**

Die Entwicklung der Bemessungsgrundlage der SPV ist zum einen von konjunkturbedingten Schwankungen in der Beschäftigung, der Produktivitätsentwicklung und der Wachstums- sowie der Einkommensdynamik abhängig (Arentz, 2019, S. 16; Fichte, 2012, S. 333–334; IAQ, 2021, S. 2). Zum anderen wirken auf die Beitragsbemessungsgrundlage saisonbedingte Entwicklungen am Arbeitsmarkt, wie die oft sinkende Beschäftigung in Wintermonaten, und Sonderzahlungen an Arbeitnehmer:innen, wie Weihnachtsgeld oder Boni, ein (Fichte, 2012, S. 333). Zusätzlich hat die Bevölkerungsalterung Einfluss: Zwar ist die Anzahl der Beitragszahler:innen relativ konstant, allerdings ist das Verhältnis zwischen beitragspflichtigen Versicherten im Erwerbsalter und beitragspflichtigen Rentner:innen entscheidend. Die beitragspflichtigen Alterseinkommen sind im Durchschnitt geringer als die beitragspflichtigen Lohneinkommen, sodass der demografische Wandel und damit der zunehmende Anteil der Rentner:innen an den SPV-Versicherten zu einer Abnahme der beitragspflichtigen Einnahmen führt (Kochskämper, 2017, S. 16–17, 20). Dementsprechend hat auch die Entwicklung der Renteneinkommen einen Einfluss auf die Beitragsbemessungsgrundlage (Rothgang & Vogler, 1997a, S. 6–7). Der Beitragssatz der SPV ergibt sich aus dem Verhältnis von Ausgaben- und Einnahmenentwicklung. Folglich steigt der Beitragssatz stärker,

**Einflussfaktoren  
auf die Entwicklung  
der Bemessungsgrundlage**

je höher das jährliche Wachstum der Ausgaben gegenüber der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ist (PKV-Verband, 2022a, S. 5; Rothgang & Vogler, 1997a, S. 7).



**Abbildung 3: Determinanten der Einnahmen der SPV**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang et al. (2011, S. 29).

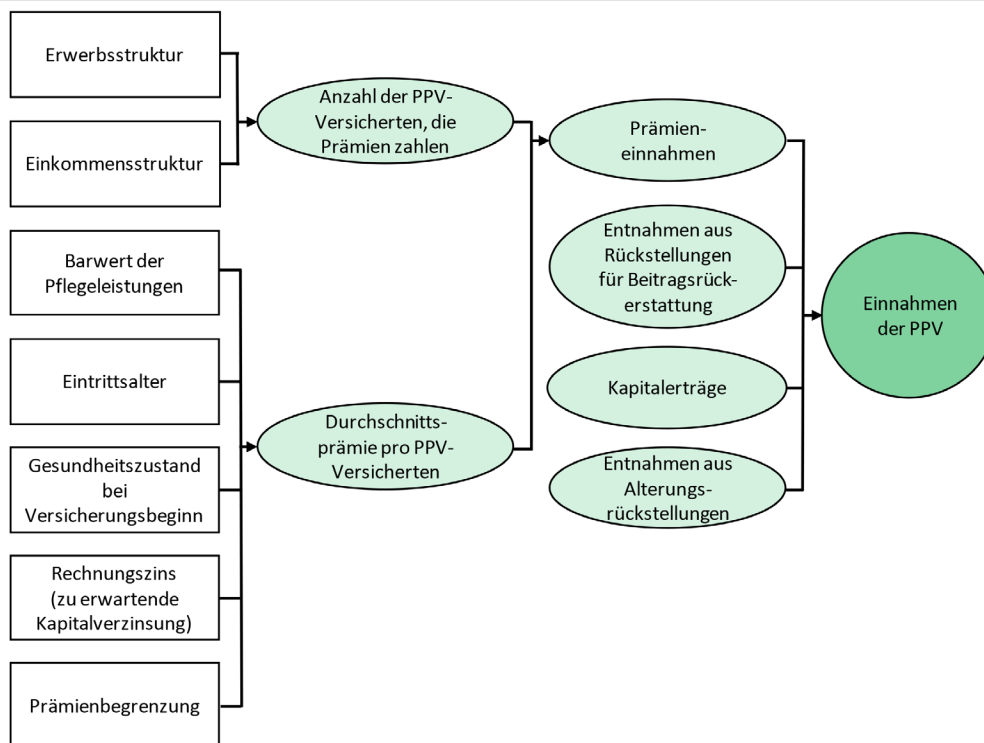
Wie Abbildung 4 zeigt, setzen sich die Einnahmen der PPV aus den Prämieinnahmen, Entnahmen aus den Rückstellungen für die Beitragsrückerstattung<sup>51</sup>, Erträgen aus Anlagen am Kapitalmarkt und Entnahmen aus Alterungsrückstellungen zusammen. Die Prämieinnahmen der PPV hängen vor allem von der Anzahl der PPV-Versicherten, die Prämien zahlen, und den durchschnittlichen Prämien je PPV-Versicherten ab. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen entscheiden Erwerbsstatus und Entgelthöhe über die Pflichtmitgliedschaft in der GKV und somit der SPV bzw. über die Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV und somit zwischen SPV und PPV (Kapitel 2.2.2). Die Prämienhöhe wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen bestimmt und so festgelegt, dass der Barwert der Pflegeleistungen mit der Summe aus den zu erwartenden Prämienzahlungen sowie dem angesammelten Kapitalstock übereinstimmt (Neusius, 2021b, S. 896–897; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Dabei werden die Alterungsrückstellungen verzinslich auf dem Kapitalmarkt angelegt (Kapitel 2.5.2.2) (Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Dadurch ist die Prämienhöhe eines PPV-Versicherten im Wesentlichen vom Leistungsumfang, vom Lebensalter sowie Gesundheitszustand bei Versicherungsbeginn<sup>52</sup> und vom Rechnungszins, der für die Alterungsrückstellungen einkalkuliert wird, abhängig (Schönfelder & Wild, 2013, S. 8). Wie unter Kapitel 2.5.2 beschrieben, sind die Prämien für Versicherte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PflegeVG Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen waren, auf den Höchstbeitrag der SPV begrenzt und nicht nach dem Gesundheitszustand differenziert. Für die Versicherten, die später Mitglied eines privaten Kranken-

<sup>51</sup> Die Rückstellungen umfassen Prämien, die den Versicherungsnehmer:innen als Beitragsrückerstattung oder zur Abmilderung von Prämien erhöhungen gutgeschrieben werden (PKV-Verband, 2020, S. 112).

<sup>52</sup> Je höher das Eintrittsalter ist, desto höher ist in der Regel das Versicherungsrisiko und desto kürzer ist die Zeit zur Bildung von Alterungsrückstellungen, sodass die Prämien höher ausfallen (BMG, 2022d).



versicherungsunternehmens wurden, gilt ab einer Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der PPV oder PKV die Prämienbegrenzung. Zudem kann die Prämienhöhe nach dem individuellen Gesundheitszustand gestaffelt werden.



**Abbildung 4: Determinanten der Einnahmen der PPV**  
 Quelle: Eigene Darstellung.

Durch die Alterungsrückstellungen müssen die Prämien nicht altersbedingt angehoben werden. Allerdings sind Prämienanpassungen bei größeren Abweichungen der Rechnungsgrundlage von den bisherigen Annahmen notwendig. So sind Anpassungen des Barwertes der Pflegeleistungen und damit der Prämienhöhe notwendig, wenn die Leistungen des SGB XI pflegereformbedingt geändert werden.

Zudem kann eine Prämienanpassung erfolgen, wenn Kostenänderungen u. a. durch allgemeine Änderungen der Lebenserwartung, der Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit oder Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen sowie deren Preisniveau eintreten (Neusius, 2021b, S. 897–898; PKV-Verband, 2022a, S. 12; Schönfelder & Wild, 2013, S. 8–9). Auch der Rechnungszins kann aktualisiert werden. Daneben ist die Prämienentwicklung von weiteren Festlegungen der Rechnungsgrundlage, z. B. hinsichtlich der Sicherheitszuschläge, geprägt (Neusius, 2021b, S. 897–898).

**Gründe für die Notwendigkeit einer Prämienanpassung**

In der Analyse werden sowohl die Beitragseinnahmen und die durchschnittlichen Beiträge je Versicherten in der SPV als auch die Prämieinnahmen sowie die durchschnittlichen Prämien je Versicherten in der PPV betrachtet. Allerdings kann die Höhe der Beiträge der SPV-Versicherten nicht direkt mit der Prämienhöhe der PPV-Versicherten verglichen werden: Zum einen werden in der PPV aus dem Prämienaufkommen neben der Finanzierung der gegebenenfalls anfallenden Leistungsausgaben auch Alterungsrückstellungen aufgebaut, während die SPV im reinen Umlageverfahren finanziert wird. Zum anderen beziehen beihilfeberechtigte PPV-Versicherte Beihilfezahlungen, sodass sie sich nur für den Kostenanteil der Pflegeversicherungsleistungen versichern, der nicht von der Beihilfe abgedeckt ist (Dräther, Jacobs & Rothgang, 2009, S. 76–78).

Die Beitragshöhe der SPV kann nicht mit der Prämienhöhe der PPV verglichen werden. Gründe hierfür sind z. B. die Unterschiede in der Finanzierung sowie die Beihilfezahlungen der berechtigten PPV-Versicherten.

### 3.1.4.3 Mittelbestand und Alterungsrückstellungen

Der Mittelbestand der SPV resultiert aus der Differenz der Gesamteinnahmen und der Gesamtausgaben. Der Überschuss der Einnahmen wird dem Mittelbestand zugeführt, während bei einem Überschuss der Ausgaben Mittel aus dem Mittelbestand entnommen werden. Damit setzt sich der Mittelbestand der SPV aus den Mitteln der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zusammen (BMG, 2022f). Die Rücklagenbildung der Pflegekassen soll zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen und somit zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit dienen. Mit den Mitteln des Ausgleichsfonds wird ein kassenübergreifender Finanzausgleich durchgeführt (Kapitel 2.5.1.3 und 2.5.1.4) (Fichte, 2012, S. 332–333). Zudem besteht mit dem Pflegevorsorgefonds eine zeitlich befristete Rücklage, die die erwarteten Beitragssatzsteigerungen abfedern soll (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 7–8). Demgegenüber werden in der PPV aus den Prämieinnahmen Alterungsrückstellungen gebildet. Diese dienen als Vorsorge für die altersbedingte Zunahme der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen (Kapitel 2.5.2.2) (PKV-Verband, 2020, S. 110).

Auch ein direkter Vergleich des Mittelbestandes der SPV und der Alterungsrückstellungen der PPV ist u. a. aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung nicht möglich.

Im Rahmen der Analyse werden der Mittelbestand der SPV und die Alterungsrückstellungen der PPV dargestellt. Jedoch ist aufgrund der verschiedenen Finanzierungsverfahren sowie der unterschiedlichen Verwendungszwecke ein direkter Vergleich des Mittelbestandes und der Alterungsrückstellungen nicht möglich.

## 3.2 Datengrundlage

In den folgenden Analysen werden die Mikrodaten des SOEP primär zur Darstellung der Risiko-, Erwerbs- und Einkommensstruktur genutzt (Kapitel 3.3 und 3.4). Auf Basis der öffentlich zugänglichen Daten des BMG und des PKV-Verbandes wird vor allem die Finanzstruktur der SPV und PPV analysiert (Kapitel 3.5).

### 3.2.1 Sozio-oekonomisches Panel

Das am DIW Berlin angesiedelte SOEP stellt die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland dar<sup>53</sup> (DIW Berlin, o. J.b). Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung von Personen in Privathaushalten in Deutschland, die seit 1984 jährlich durchgeführt wird (DIW Berlin, 2022o; Goebel et al., 2019). Im Jahr 2020 umfasste die Nettostichprobe sowohl 32.022 Personen im Alter von 11 Jahren und älter als auch 3.041 Kinder unter 11 Jahren in 20.184 Haushalten<sup>54</sup> (Rathje & Glemser, 2021, S. 11, 59, 90, 120, 142). Zur Analyse wurde die zum Zeitpunkt der Bearbeitung aktuell verfügbare Version genutzt, SOEP-Core v37 EU-Edition<sup>55</sup> (Liebig et al., 2022), die Daten der Jahre 1984 bis 2020 umfasst. Das SOEP ist eine Schichtenstichprobe, d. h. die Grundgesamtheit wird in Untergruppen aufgeteilt und für jede dieser Gruppen wird eine Stichprobe gezogen, um sicherzustellen, dass genügend Beobachtungen aus jeder Gruppe vorhanden sind<sup>56</sup> (Kohler & Kreuter, 2017, S. 228).

Die genutzte Version umfasst Daten der Jahre 1984 bis 2020.

#### 3.2.1.1 Beschreibung der verwendeten Datensätze und Variablen

Das SOEP umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Datensätzen. Eine Übersicht der in der Analyse verwendeten Variablen und der dazugehörigen Ursprungsdatensätze ist in Tabelle 6 aufgeführt.

Der Datensatz **pl** beinhaltet Daten der befragten Einzelpersonen, die den jährlichen Personenfragebogen beantworten<sup>57</sup> (DIW Berlin, 2022a). Für die Analyse wird die Variable bezüglich der Art der Krankenversicherung (*ple0097*)<sup>58</sup> herangezogen. Da die Entscheidung für eine private oder gesetzliche Krankenversicherung meist erst mit der Teilnahme am Erwerbsleben sowie nach der Ausbildung stattfindet, werden über dem gesamten Betrachtungszeitraum Personen im Alter von 18 Jahren und älter analysiert (Kapitel 3.2.1.2) (Haun, 2013, S. 79).

**Inhalte des Datensatzes pl**

<sup>53</sup> Bei einer Panelstudie, die einen Typ einer Längsschnittstudie darstellt, werden dieselben Personen bzw. Untersuchungseinheiten über mehrere Zeitpunkte befragt (Schnell, 2019, S. 325). Variierende Stichprobengrößen der einzelnen Erhebungswellen können sowohl durch das Ausscheiden von Befragten z. B. durch Verweigerungen, Umzügen ins Ausland oder Tod als auch durch Zuzüge neuer Personen in bereits befragten Haushalten, Kinder und Auffrischungstichproben resultieren (DIW Berlin, 2022i).

<sup>54</sup> Das SOEP erhebt als einzige Umfrage in Deutschland jährlich repräsentative Informationen über PKV-Versicherte (Schupp, 2012, S. 772).

<sup>55</sup> Das SOEP beinhaltet die IAB-SOEP-Migrationsstichproben (M1, M2) der Jahre 2013 bis 2020 und die IAB-BAMF-SOEP-Befragung Geflüchteter (M3–M5) der Jahre 2016 bis 2020 (Brücker et al., 2014; Brücker et al., 2022; Brücker, Liebig, Schupp, Goebel, Trübswetter & Zinn, 2022; DIW Berlin, 2022c, 2022d).

<sup>56</sup> Eine Beschreibung der einzelnen Stichproben ist unter DIW Berlin (2022m) zu finden.

<sup>57</sup> Für den Personenfragebogen der Stichproben A–L3, M1–M2 und N–Q für das Befragungsjahr 2020 siehe Kantar Public (2021b). Für die Stichproben M7–M8a siehe Kantar Public (2021c). Da für die Stichproben M3–M5 bisher kein Erhebungsinstrument veröffentlicht wurde, siehe für das Befragungsjahr 2019 SOEP Group (2021a).

<sup>58</sup> Für das Erhebungsjahr 2020 war der genaue Wortlaut der Frage zur Art der Krankenversicherung im Personenfragebogen: „Wie sind Sie krankenversichert: Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder ausschließlich privat versichert?“ (Kantar Public, 2021b, S. 27). Als Antwortmöglichkeiten standen „In einer gesetzlichen Krankenversicherung“ oder „Ausschließlich privat versichert“ (Kantar Public, 2021b, S. 27) zur Verfügung. In den Erhebungsjahren von 1999 bis 2003 bestand zusätzlich die Antwortmöglichkeit „Weder noch“.

**Tabelle 6: Übersicht der verwendeten Datensätze und Variablen**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DIW Berlin (2022f, 2022h).

Datensatz	Variable	Bezeichnung
ppathl Individual Tracking File (long)	pid	Unveränderliche Personennummer
	syear	Erhebungsjahr
	phrf	Hochrechnungsfaktor
	sex	Geschlecht
	gebjahr	Geburtsjahr -4 Steller-
	netto	Aktueller Befragungsstatus
	psample	Stichprobenart
	pop	Aktuelle Populationszugehörigkeit
pl Data from individual questionnaire (long)	pid	Unveränderliche Personennummer
	syear	Erhebungsjahr
	ple0097	Art der Krankenversicherung
pgen Generated Individual Data (long)	pid	Unveränderliche Personennummer
	syear	Erhebungsjahr
	pgstib	Berufliche Stellung
	pglabgro	Akt. Bruttoerwerbseink. (gen) in €
pflege Persons needing care within the household (long)	pid	Unveränderliche Personennummer
	syear	Erhebungsjahr
	stufe	Pflegestufe, Pflegegrad
	appraisal	Offiziell als pflegebedürftig eingestuft

Die im Datensatz **pgen** enthaltene Variable *pgstib* fasst Informationen zur aktuellen beruflichen Stellung zusammen, wobei unterschiedliche Originaldaten u. a. zur Berufsgruppe und zum Erwerbsstatus kombiniert werden (SOEP Group, o. J., S. 16–17). Die Variable *pglabgro* erfasst das Bruttoerwerbseinkommen im Vormonat<sup>59</sup> der Befragung von allen SOEP-Befragten, die in der jeweiligen Welle eine Erwerbstätigkeit ausüben. Dabei werden Überstundenzahlungen berücksichtigt, aber keine unregelmäßigen Einmalzahlungen, wie Urlaubs- oder Bonuszahlungen, einbezogen<sup>60</sup>. Selbständige sollen ihren monatlichen Gewinn vor Steuern schätzen (Kantar Public, 2021b, S. 15). Sowohl Rentner:innen und Personen im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst, die keine zusätzliche Erwerbstätigkeit ausüben, als auch sonstige nicht Erwerbstätige werden ausgeschlossen (Kantar Public, 2021b, S. 8). Für den Datensatz **pflege** werden Informationen der Haushaltsfragebogen, die seit 1985 Fragen zu pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern umfassen, umstrukturiert, um Analysen auf Personenebene zu ermöglichen (DIW Berlin, 2022h). Die Variable *stufe* gibt die Pflegestufe bzw. den Pflegegrad an. Um die Umstellung im Jahr 2017 zu berücksichtigen und die Informationen über die Erhebungsjahre zu harmonisieren, wurden die Pflegegrade entsprechend in Pflegestufen überführt (Grabka & Pischner, 2020, S. 2–3). Zudem wird die Variable *appraisal* genutzt, die angibt, ob der Person eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit in Alltagsaktivitäten durch eine Beurteilung offiziell anerkannt wurde (Grabka & Pischner, 2020, S. 3).

**Inhalte des Datensatzes pgen**

<sup>59</sup> Da keine für die Analysen geeignete Variable für das jährliche Einkommen im SOEP vorliegt, wird das monatliche Bruttoerwerbseinkommen betrachtet.

<sup>60</sup> Für methodische Details siehe (SOEP Group, o. J., S. 10) und DIW Berlin (2022e). Zur Vervollständigung fehlender Einkommensinformationen finden verschiedene Imputations-techniken Anwendung (Frick & Grabka, 2005).

Alle ausgewählten Datensätze sind mit den Identifikatoren *pid* und *syear* codiert, die zusammen jede Beobachtung eindeutig identifizieren (DIW Berlin, 2022h). Jede Person hat eine unveränderliche Personennummer (*pid*), die als zentraler Personen-Identifikator dient und über die Zeit sowie alle Datensätze fix bleibt. Zusätzlich wird die Variable *syear* als Identifikator genutzt, um die Befragten nach Erhebungsjahren zu unterscheiden. Mittels dieser beiden Identifikatoren können die Beobachtungen des Datensatzes **ppath1**, der als Master-Datensatz dient, mit den passenden Beobachtungen der restlichen verwendeten Datensätze exakt verknüpft werden, sodass die Zusammenführung der ausgewählten Variablen aus den verschiedenen Datensätzen ermöglicht wird (DIW Berlin, 2022g).

### 3.2.1.2 Datenaufbereitung

Zur Datenaufbereitung und Analyse wird das Statistikprogramm STATA genutzt. Alle verwendeten Datensätze enthalten Informationen auf individueller Ebene und liegen bereits im long-Format vor<sup>61</sup>. Die Analyse der ausgewählten Variablen erfolgt ab dem Jahr 1999, da ab diesem Erhebungsjahr gültige Werte für die Variable *ple0097* vorliegen. Die den Analysen zugrunde liegende Stichprobe umfasst alle Personen ab 18 Jahren, die eine gültige Angabe zur Art der KV (GKV oder PKV) ab dem Erhebungsjahr 1999 gegeben haben. Die Stichprobengröße (*n*) in ausgewählten Erhebungsjahren ist in Tabelle 6 dargestellt. Alle auf Grundlage der SOEP-Daten dargestellten Ergebnisse werden mit den mitgelieferten Personenhochrechnungsfaktoren (*phrf*) gewichtet ausgewiesen, um eine Angleichung an die Bevölkerung zu erreichen und eventuelle Selektionseffekte zu verringern<sup>62</sup>.

**STATA als Daten-  
aufbereitungs- und  
Analyseprogramm**

### 3.2.1.3 Identifikation des Versichertenkollektivs der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Anhand der Frage zur Art der Krankenversicherung (*ple0097*) wird die Zugehörigkeit zur SPV bzw. PPV bestimmt<sup>63</sup>. Aufgrund der in Kapitel 2.2.2 aufgezeigten gesetzlichen Regelungen, dass die Zuweisung zur Pflegeversicherung der Zugehörigkeit zur Krankenkasse folgt, wird angenommen, dass der Versichertenkreis der SPV dem Versichertenkollektiv der GKV entspricht. Zugleich besteht die Annahme, dass der Versichertenstamm der PPV mit dem der PKV identisch ist (Tabelle 1).

Es wird angenommen, dass der Versichertenkreis der SPV mit dem der GKV übereinstimmt und das Versichertenkollektiv der PPV dem der PKV entspricht.

Durch dieses Vorgehen kann die Zugehörigkeit zu einem der Pflegeversicherungszweige bis auf bestimmte Ausnahmen (Kapitel 2.2.2) valide erfasst werden: So können z. B. Abweichungen aufgrund der Wahlfreiheit der freiwilligen GKV-Versicherten bestehen. Im Jahr 2020 belief sich nach den Ergebnissen des SOEP

<sup>61</sup> In Datensätzen im long-Format weist jede befragte Person eine Zeile pro Erhebungsjahr auf und jeder Datensatz beinhaltet alle Erhebungswellen (DIW Berlin, 2022j).

<sup>62</sup> Gewichte geben defintitorisch den Stichprobenumfang an, während Hochrechnungsfaktoren den (geschätzten) Populationsumfang in der Grundgesamtheit wiedergeben (Goebel, Krause, Pischner, Sieber & Wagner, 2008, S. 9). Da sich Gewichte von Hochrechnungsfaktoren grundsätzlich durch einen konstanten Faktor unterscheiden, werden die Begriffe Hochrechnung und Gewichtung synonym genutzt (Pischner & Rendtel, 1993, S. 3). Für weiterführende Informationen siehe u. a. Pischner und Rendtel (1993), Haisken-De New und Frick (2005) und Pischner (2007).

<sup>63</sup> Vorgehen in Anlehnung an Greß et al. (2019, S. 246).

die Anzahl der erwerbstätigen Versicherten ab 18 Jahren in der SPV mit einem monatlichen Bruttoerwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze, die sich für das Jahr 2020 auf 5.212,50 € pro Monat bezifferte (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2019), und damit der freiwilligen Mitglieder der GKV auf rund 2,97 Mio. Personen. Dies entspricht einem Anteil von 8,03 % an den SPV-Versicherten mit Einkommensangabe bzw. 4,93 % an allen SPV-Versicherten<sup>64</sup>. Diese Ergebnisse beziffern die maximale Abweichung zwischen dem Versichertenbestand der GKV und der SPV in Bezug auf die Wahlfreiheit. Wie die Daten des PKV-Verbandes unter Kapitel 2.2.2 zeigen, ist jedoch von einer deutlich geringeren Inanspruchnahme der Wechseloption und diesbezüglichen Abweichungen auszugehen. Weitere mögliche Abweichungen aufgrund der Weiterversicherung (§ 26 SGB XI) und durch Personen, die weder in der GKV noch in der PKV versichert sind (§§ 21, 23 Abs. 4 SGB XI), können mit den SOEP-Daten nicht quantifiziert werden. Demzufolge werden gegebenenfalls Ergebnisse weiterer Datenquellen aufgezeigt, um eine Einordnung der Analyseergebnisse und Abschätzung möglicher Abweichungen zu gewährleisten.

### 3.2.2 Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Neben den SOEP-Daten wird auch auf öffentlich zugängliche Daten des BMG und des PKV-Verbandes zugegriffen. Im Rahmen der Bundesstatistik können jährliche Erhebungen u. a. über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, häusliche Pflege und über die Situation der Pflegebedürftigen durchgeführt werden (§ 109 SGB XI). Die Angaben über die Pflegebedürftigen werden von den Trägern der Pflegeeinrichtungen, den Trägern der Pflegeversicherung und den privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen der Auskunftspflicht nach § 109 SGB XI übermittelt, sodass es sich um eine Vollerhebung handelt (Destatis, 2020, S. 6–7). Als Pflegebedürftige werden alle Personen erfasst, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Das BMG stellt umfangreiche Daten zu den Versicherten, den Leistungsempfänger:innen und der Finanzentwicklung in der SPV seit 1995 zur Verfügung (BMG, 2022i). Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben werden auch für die PPV umfassende Statistiken erhoben (PKV-Verband, 2020, S. 55). Das Zahlenportal des PKV-Verbandes umfasst Daten z. B. zum Versichertenbestand, den Prämieinnahmen sowie Leistungsausgaben der PPV (PKV-Verband, 2022b).

Das BMG erlaubt u. a. einen Einblick in die Daten der Pflegeeinrichtungen, der häuslichen Pflege und die Situation der Pflegebedürftigen.

### 3.3 Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Die Risikostruktur der SPV- und PPV-Versicherten wird vor dem Hintergrund der Anzahl der Versicherten in den beiden Versicherungszweigen sowohl hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur als auch der Pflegeprävalenzen analysiert.

<sup>64</sup> Die Gesamtzahl der erwerbstätigen Versicherten in der SPV mit einer Angabe des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens betrug hochgerechnet rund 37,01 Mio. im Jahr 2020. Eigene Berechnungen auf Basis des SOEP-Core v37. Gemäß Mikrozensususerhebung belief sich der Anteil der freiwillig GKV-Versicherten an allen Befragten auf 4,56 % im Jahr 2019 (Destatis, 2020b, S. 37).

### 3.3.1 Versicherte nach Art der Pflegeversicherung

Die Ergebnisse des SOEP zur Frage nach der Art der Krankenversicherung der Befragten ab 18 Jahren sind in Tabelle 7 dargestellt. Entsprechend der Annahme unter Kapitel 3.2.1.3 werden die Ergebnisse auf die gesetzliche Pflegeversicherung übertragen. Die zugrunde liegende Stichprobengröße schwankt im gesamten Betrachtungszeitraum insgesamt zwischen 13.741 Befragten im Jahr 1999 und 30.885 Befragten im Jahr 2013. Über den gesamten Betrachtungszeitraum von 1999 bis 2020 haben insgesamt 84.280 Personen an den Erhebungen mitgewirkt. Dabei haben 75,00 % der Befragten für maximal zehn Erhebungswellen Auskunft gegeben, während 2,37 % der Befragten für alle 22 Erhebungsjahre Informationen zur Verfügung stellten<sup>65</sup>.

Insgesamt nahmen fast 85.000 Personen im Betrachtungszeitraum an der Befragung teil, wobei die Stichprobengröße in den einzelnen Jahren stark schwankt.

**Tabelle 7: Entwicklung der Stichprobe und der Population nach Art der Pflegeversicherung**

Eigene Darstellung in Anlehnung an Haun (2013, S. 80) und auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Population: Personen ab 18 Jahren. Die Werte der Population sind gewichtet und zugleich auf den Querschnitt der Bevölkerung im Erhebungsjahr hochgerechnet.

	SPV			PPV			Gesamt	
	Stichprobengröße	Population in Tsd.	Anteil der Population	Stichprobengröße	Population in Tsd.	Anteil der Population	Stichprobengröße	Population in Tsd.
1999	12.524	59.378	89,53 %	1.217	6.947	10,47 %	13.741	66.325
2006	18.981	60.169	88,65 %	3.166	7.707	11,35 %	22.147	67.877
2013	27.283	59.029	87,67 %	3.602	8.300	12,33 %	30.885	67.329
2019	21.952	59.771	87,86 %	4.033	8.261	12,14 %	25.985	68.032
2020	25.532	60.327	88,10 %	3.555	8.151	11,90 %	29.087	68.478

Nach den Ergebnissen zur Population waren im Jahr 2020 rund 60,33 Mio. Personen bzw. 88,10 % der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter sozial pflegeversichert, während ca. 8,15 Mio. Personen bzw. 11,90 % privat versichert waren. Im Vergleich zum Jahr 1999 konnte die PPV ihren Versichertenbestand um 17,34 % erhöhen und ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung steigern. Dagegen stieg der Versichertenbestand der SPV von 1999 bis 2020 um rund 1,60 % und damit unterproportional zum allgemeinen Anstieg der Versichertenzahl um 3,25 %.

Innerhalb des Betrachtungszeitraumes erzielte die PPV einen deutlich höheren prozentualen Anstieg der Versichertenzahl als die SPV.

Die auf Basis des SOEP berechneten Werte der Gesamtpopulation liegen nah an den Ergebnissen zur Bevölkerungszahl im Alter ab 18 Jahren der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Zensus<sup>66</sup>. Darüber hinaus weichen die Ergebnisse auf Grundlage des SOEP zu den Versichertenanteilen in der Gesamtpopulation im Jahr 2019 weniger als ein Prozentpunkt von den Angaben des Mikrozensus ab, die bereits in Kapitel 2.2.2 aufgegriffen wurden<sup>67</sup>. Die Werte des BMG weisen für die SPV eine ähnliche Versichertenzahl sowie Entwicklung wie die Ergebnisse

Die Werte der Versichertenanteile auf Basis des SOEP liegen nah an ausgewiesenen Ergebnissen von anderen statistischen Erhebungen.

<sup>65</sup> Eigene Berechnungen auf Basis des SOEP-Core v37 und in Anlehnung an StataCorp LLC (2021, S. 94–98). Es handelt sich somit um ein unbalanciertes Panel, d. h. nicht jede Untersuchungseinheit weist für jede Erhebungswelle eine Beobachtung auf (DIW Berlin, 2022j).

<sup>66</sup> Im Zeitraum von 2011 bis 2016 wichen die SOEP-Ergebnisse um maximal rund 0,70 % von den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung ab. Von 2017 bis 2020 ist eine maximale Abweichung von rund 2,10 % vorzufinden. Eigene Berechnungen auf Basis von GovData. (2022b) und SOEP-Core v37.

<sup>67</sup> Die Mikrozensuserhebung bezieht sich auf die GKV und PKV (Destatis, 2020b, S. 37).

auf Basis des SOEP auf<sup>68</sup>. Auch die Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl der PPV-Versicherten auf Basis des SOEP sind ähnlich zu den vom PKV-Verband ausgewiesenen Zahlen<sup>69</sup>. Die Anzahl der PPV-Versicherten gemäß PKV-Verband weist einen etwas geringeren Anstieg von 1999 bis 2020 um rund 12,31 % im Vergleich zu den SOEP-Daten auf<sup>70</sup>. Allerdings liegt der Anstieg noch deutlich über dem der SPV-Versicherten. Die geringen Abweichungen zwischen den Ergebnissen des SOEP und des PKV-Verbandes können daraus resultieren, dass im Bestand der PPV gemäß dem PKV-Verband der geringe Anteil der freiwillig gesetzlich Krankenversicherten enthalten ist, der privat pflegeversichert ist (Kapitel 2.2.2) (PKV-Verband, 2020, S. 28). Darüber hinaus können Abweichungen dadurch erklärt werden, dass Befragte möglicherweise aufgrund geringen institutionellen Wissens die falsche Krankenversicherungsart und somit den falschen Pflegeversicherungszweig angeben (Leinert, 2006, S. 38).

### 3.3.2 Altersstruktur

Die Altersstruktur der SPV- und PPV-Versicherten als wichtiges Merkmal der Risikostruktur wird in den Jahren 1999, 2006, 2013 und 2020 mittels der Analyse von SOEP-Daten verglichen (Abbildung 5). Insgesamt ist beim Vergleich der ausgewählten Jahre ein zunehmender Anteil der Altersgruppe ab 60 Jahren und damit ein allgemeiner Anstieg des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Insbesondere der Anteil der Versicherten ab 80 Jahren hat von ca. 4,29 % im Jahr 1999 auf 7,74 % im Jahr 2020 kontinuierlich zugenommen. Der steigende Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass stark besetzte Kohorten in das entsprechende Alter hineinwachsen, die nachwachsenden Bevölkerungskohorten gering besetzt sind und die Lebenserwartung steigt<sup>71</sup> (Rothgang, 2009, S. 15).

Beim Vergleich der Altersstruktur der beiden Versicherungszweige zeigt sich, dass im Jahr 1999 der Anteil der Altersgruppe ab 60 Jahren in der PPV um rund 8,38 Prozentpunkte niedriger als in der SPV ausfiel. Damit waren Altersgruppen mit hohen Pflegeprävalenzen seltener privat pflegeversichert. Danach war eine Angleichung der Altersstruktur zwischen SPV und PPV zu erkennen. Der Anteil der mindestens 60-Jährigen fiel im Jahr 2006 in der PPV noch um ca. 4,95 Prozentpunkte niedriger als in der SPV aus, während im Jahr 2013 der Anteil dieser

Die Altersstruktur zeigte über den Betrachtungszeitraum eine Zunahme des Anteils der Personen über 60 Jahren.

Während 1999 der Anteil der Altersgruppen > 60 J. in der SPV höher als in der PPV ausfiel, war 2020 diese Altersgruppe in der PPV anteilig stärker vertreten.

<sup>68</sup> Dabei ist zu beachten, dass die Daten des BMG eine andere Abgrenzung der Altersgruppen im Vergleich zur betrachteten Population auf Grundlage des SOEP (Personen ab 18 Jahren) aufweisen. Das BMG stellt die Versichertenzahlen der SPV untergliedert nach Personen ab 15 oder ab 20 Jahren für die Jahre 2012 und 2014 bis 2020 zur Verfügung. Über den gesamten Vergleichszeitraum lagen die Ergebnisse des SOEP im Intervall zwischen den vom BMG ausgewiesenen SPV-Versicherten ab 15 und 20 Jahren (BMG, 2022i; SOEP-Core v37).

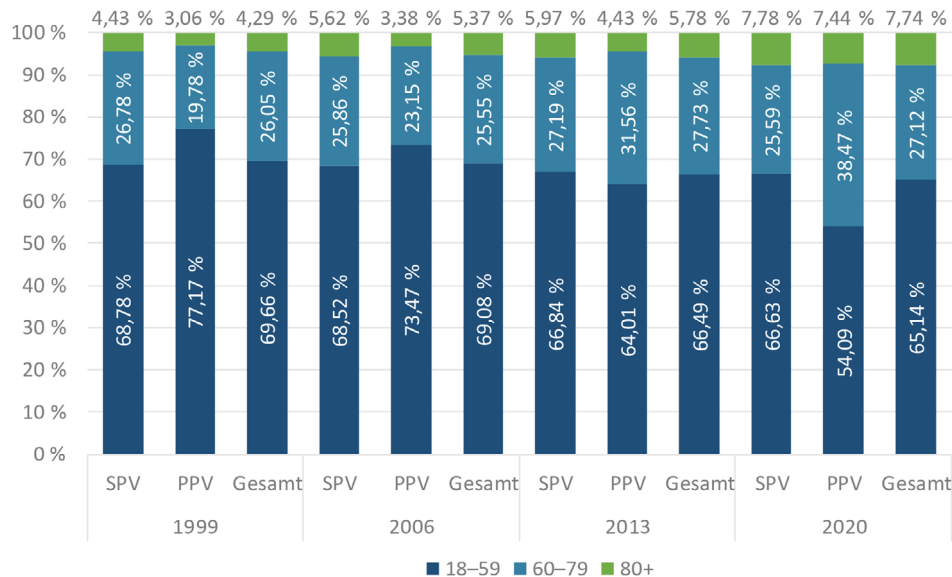
<sup>69</sup> Beim Vergleich ist zu beachten, dass die Versichertenzahlen des SOEP und des PKV-Verbandes aufgrund der unterschiedlichen Altersabgrenzung nicht direkt vergleichbar sind. Von 1999 bis 2020 liegen die Ergebnisse des SOEP im Intervall zwischen den vom PKV-Verband ausgewiesenen Zahlen für die Pflegeversicherten abzüglich der prämienfrei mitversicherten Kinder und den Pflegeversicherten inklusive der unter 18-Jährigen. Unter den prämienfrei mitversicherten Kindern werden auch Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gezählt (PKV-Verband, 2022b; SOEP-Core v37).

<sup>70</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von PKV-Verband (2022b).

<sup>71</sup> Die demografische Entwicklung wird neben der Entwicklung der Geburten, der Sterbefälle und der Lebenserwartung auch von Wanderungsbewegungen über die deutsche Grenze hinweg geprägt (Rothgang & Vogler, 1997b, S. 17, 21).



Altersgruppe in der SPV sogar unter dem in der PPV lag. Dieser Unterschied erhöhte sich bis zum Jahr 2020 auf rund 12,54 Prozentpunkte. Insgesamt hat sich der Anteil der Versicherten ab 60 Jahren in der PPV im Zeitraum zwischen 1999 und 2020 mehr als verdoppelt, während der Anteil dieser Altersgruppe in der SPV um weniger als 7 % zunahm.



**Abbildung 5: Altersstruktur von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999, 2006, 2013 und 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 12.524), PPV (n = 1.217), Gesamt (n = 13.741).

Für das Erhebungsjahr 2006: SPV (n = 18.981), PPV (n = 3.166), Gesamt (n = 22.147).

Für das Erhebungsjahr 2013: SPV (n = 27.283), PPV (n = 3.602), Gesamt (n = 30.885).

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.531), PPV (n = 3.555), Gesamt (n = 29.086)<sup>72</sup>.

Bei der Betrachtung der Altersgruppe mit der höchsten Pflegequote, den mindestens 80-Jährigen, war ebenfalls eine Angleichung zu erkennen, jedoch wies die SPV im Jahr 2020 weiterhin einen höheren Anteil als die PPV auf. Dabei nahm der Anteil der Personen ab 80 Jahren zwischen 1999 und 2020 in der SPV um rund 75 % und in der PPV um über 143 % zu. Allerdings lag der Anteil der 60- bis 79-Jährigen im Jahr 2020 mit ca. 12,88 Prozentpunkten in der PPV deutlich über dem der SPV. Der Anteil dieser Altersgruppe sank zwischen 1999 und 2020 in der SPV, während sich dieser in der PPV fast verdoppelte.

Der Anteil der Altersgruppe ab 80 Jahren nahm im Betrachtungszeitraum in der PPV stärker als in der SPV zu.

Damit hatte die PPV am Anfang des Beobachtungszeitraumes eine günstigere Altersstruktur als die SPV, d. h. die Altersklassen, die eine besonders hohe Pflegequote aufweisen, waren in der PPV weniger stark besetzt. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass Bezieher:innen einer gesetzlichen Rente bis zum Gesundheits-Reformgesetz (GRG) aus dem Jahr 1988 automatisch versicherungspflichtig in der GKV waren. Zwar gab es ein Befreiungsrecht von dieser Versicherungspflicht, jedoch nutzten diese die meisten Rentner:innen nicht. Dadurch wurden viele Personen, die in der aktiven Zeit privat versichert waren, als Rentner:innen

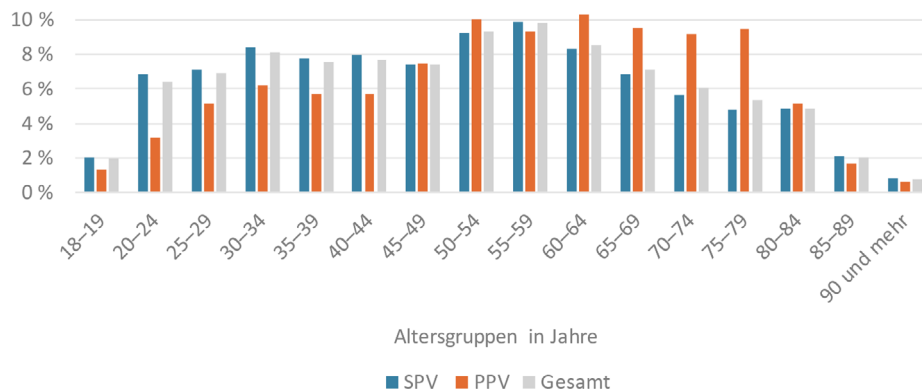
Die Altersstrukturangleichung kann durch die Einführung des GRG erklärt werden, wobei die Versicherungspflicht in der GKV für Rentner:innen aufgehoben wurde.

<sup>72</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in Tabelle 6 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr aufweist.

in der GKV versicherungspflichtig, sodass die PKV im Vergleich zur GKV relativ wenige Rentner:innen versicherte<sup>73</sup> (Gasche, 2007, S. 22). Die Angleichung der Altersstruktur zwischen SPV und PPV kann u. a. dadurch begründet werden, dass dieser Effekt mit der Zeit vergangen ist. Durch den Sondereffekt, dass die PPV mit einer günstigeren Altersstruktur bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung gestartet ist, kann die schneller voranschreitende Alterung des Versichertenbestandes der PPV im Vergleich zur SPV erklärt werden<sup>74</sup>.

Um die Altersverteilung der SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 genauer zu betrachten, stellt Abbildung 6 den Anteil der Versicherten in den Altersgruppen an der Gesamtzahl der Versicherten jeweils für SPV und PPV dar. Dabei zeigt sich für das Jahr 2020, dass Personen im Alter von 45 bis 54 Jahren und von 60 bis 84 Jahren überdurchschnittlich in der PPV vertreten waren. Dagegen waren die Altersgruppen unter 45 Jahren, von 55 bis 59 Jahren und ab 85 Jahren in der PPV unterdurchschnittlich stark besetzt.

Die 60- bis 84-Jährigen waren im Jahr 2020 überproportional in der PPV vertreten.



**Abbildung 6: Altersverteilung von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.531), PPV (n = 3.555), Gesamt (n = 29.086)<sup>75</sup>.

Damit wies die PPV in den hohen Altersgruppen ab 85 Jahren, in denen laut Pflegestatistik die Pflegeprävalenzen im Vergleich zu den niedrigeren Altersgruppen besonders hoch sind (Kapitel 3.1.2), einen etwas geringeren Versichertenanteil als die SPV auf. Allerdings waren in der PPV die Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen anteilig deutlich stärker besetzt und die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen etwas häufiger als in der SPV vertreten, da diese Geburtsjahrgänge überdurchschnittlich stark zu einer privaten Versicherung neigten (Neusius, 2021a, S. 7). Damit kann anhand der Altersverteilung nicht direkt auf eine günstigere Altersstruktur eines Versicherungszweiges im Jahr 2020 geschlossen werden. Die

Aufgrund des 2020 überdurchschnittlichen Anteils der 60–84-Jährigen in der PPV kann in den kommenden Jahren von einer Verschlechterung der PPV-Versicherten-Risikostruktur ausgegangen werden.

<sup>73</sup> Mit dem GRG wurde die Wechselmöglichkeit für Rentner:innen in die GKV eingeschränkt. Demnach waren diejenigen Rentner:innen in der GKV versicherungspflichtig, die in der zweiten Hälfte des Zeitraumes zwischen erstmaliger Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Rentenantragstellung mindestens 90 % der Zeit in der GKV versichert waren. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 wurde die Regelung durch die Beschränkung auf versicherungspflichtige Mitglieder enger gefasst, allerdings wurde dies vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt. Daraufhin wurde im Jahr 2002 die Regelung des GRG wieder in Kraft gesetzt (SVR, 2020, S. 176-177).

<sup>74</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Greß et al. (2019, S. 246–247).

<sup>75</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in Tabelle 6 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr aufweist.

Altersverteilung auf Basis von Daten des BMG und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zeigen für das Jahr 2020 gleiche Ergebnisse wie die SOEP-Daten, außer dass bereits die Altersgruppen ab 80 Jahren in der PPV unterdurchschnittlich stark besetzt sind<sup>76</sup>. Die Altersverteilung ist allerdings nur eine Momentaufnahme (Neusius, 2021b, S. 897). Für das Jahr 2017 verweisen Rothgang und Domhoff (2019) auf eine deutlich günstigere Altersstruktur der PPV (S. 16). Wenn die überdurchschnittlich besetzten Altersgruppen der 60- bis 84-Jährigen in den nächsten Jahren die besonders pflegerelevanten Altersklassen erreichen, wird der Anteil der Altersgruppen mit hohen Pflegeprävalenzen in der PPV deutlich höher als in der SPV sein und sich damit die Risikostruktur der PPV-Versicherten deutlich verschlechtern sowie die durchschnittlichen Leistungsausgaben je PPV-Versicherten steigen (Bahnsen & Wild, 2021, S. 3; Neusius, 2019, S. 424, 2021a, S. 7).

### 3.3.3 Geschlechtsstruktur

Tabelle 8 stellt den Frauenanteil jeweils für SPV- und PPV-Versicherte in den Jahren 1999 und 2020 mittels der Analyse von SOEP-Daten gegenüber. Im Jahr 2020 lag der Anteil der Frauen an allen SPV-Versicherten bei rund 52,43 %. In der PPV belief sich der Frauenanteil auf ca. 39,85 %, sodass in der PPV unterdurchschnittlich viele Frauen versichert waren. Im Vergleich zum Jahr 1999 hat der Frauenanteil in der SPV um rund 2,11 % abgenommen, während in der PPV der Anteil der Frauen um 3,95 % stieg. Damit war zwischen 1999 und 2020 eine Verringerung der Unterschiede in der Geschlechtsstruktur zwischen SPV- und PPV-Versicherten zu erkennen. Die Daten des BMG zeigen ähnliche Ergebnisse für den Frauenanteil und deren Entwicklung in der SPV<sup>77</sup>. Auch der Frauenanteil in der PPV für das Jahr 2020 entspricht den Ergebnissen auf Basis von Daten des PKV-Verbandes<sup>78</sup>.

Zwischen den Jahren 1999 und 2020 verringerte sich der Unterschied in der Geschlechtsstruktur zwischen SPV- und PPV-Versicherten.

<sup>76</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von BaFin (2021) und BMG (2022n). Dabei wird die Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen nicht betrachtet, da das BMG keine geeigneten Daten mit entsprechender Altersabgrenzung zur Verfügung stellt.

<sup>77</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von BMG (2022o). Dabei berücksichtigen die Daten des BMG alle Versicherten der SPV, während den Ergebnissen auf Basis des SOEP Personen ab 18 Jahren zugrunde liegen.

<sup>78</sup> Eigene Berechnungen auf Basis des PKV-Verbandes (2022b). Dabei berücksichtigen die Daten des PKV-Verbandes PPV-Versicherte abzüglich der prämienfrei mitversicherten Kinder. Für die PPV liegen keine öffentlichen Daten zum Frauenanteil im Jahr 1999 vor. Der PKV-Verband stellt eine Aufgliederung der Versichertenanzahl nach Frauen und Männern ab dem Jahr 2004 bereit und die BaFin liefert Daten ab 2003 (BaFin, 2021; PKV-Verband, 2022b).

**Tabelle 8: Frauenanteil aller Versicherten, der SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 12.524), PPV (n = 1.217), Gesamt (n = 13.741).

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.525), PPV (n = 3.554), Gesamt (n = 29.079)<sup>79</sup>.

	SPV	PPV	Gesamt
1999	53,56 %	38,34 %	50,90 %
2020	52,43 %	39,85 %	50,93 %
Änderung	-2,11 %	3,95 %	0,06 %

Wenn für das Jahr 2020 der Frauenanteil nach Altersgruppen in Abbildung 7 detaillierter betrachtet wird, wies die SPV in den Altersklassen von 18 bis 19 Jahren, von 25 bis 29 Jahren sowie in allen Altersgruppen ab 40 Jahren einen höheren Anteil der Frauen als die PPV auf. In der PPV war in den Altersgruppen der 20- bis 24-Jährigen und der 30- bis 39-Jährigen ein überdurchschnittlicher Frauenanteil zu erkennen. Beim Vergleich des Frauenanteils der SPV-Versicherten auf Basis von Daten des BMG und des Frauenanteils der PPV-Versicherten auf Grundlage von Daten der BaFin wiesen die SPV-Versicherten im Jahr 2020 sogar in jeder Altersgruppe einen höheren Frauenanteil als die PPV-Versicherten auf<sup>80</sup>.

Der Frauenanteil war im Jahr 2020 in der SPV in jeder Altersgruppe ab 40 Jahren höher als in der PPV.

Da ab ca. 75 Jahren Frauen eine deutlich höhere Pflegeprävalenz als Männer aufweisen, zeigt die SPV hinsichtlich der Geschlechtsstruktur ein höheres Pflegerisiko als die PPV. Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes<sup>81</sup> im Jahr 2011 ist die Unisex-Tarifierung für abgeschlossene Verträge seit dem 21.12.2012 obligatorisch. Zuvor existierende Verträge behalten dagegen weiterhin ihre geschlechtsabhängigen Prämien (Bisex-Tarife) bei, wobei ein Wechsel von Bisex-Tarifen zu Unisex-Tarifen möglich ist (Becker, 2017, S. 237; Neusius, 2021a, S. 9). Dieses Urteil beeinflusste zwar nicht direkt die PPV, da die Prämienstaffelung nach Geschlecht bereits zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund der vorgegebenen Rahmenbedingungen verboten wurde (Kapitel 2.5.2.1). Allerdings führte das Urteil zu Änderungen für die PKV. Daher können die unterdurchschnittlichen Frauenanteile in der PPV teilweise aus der früheren Diskriminierung zwischen Frauen und Männern in der PKV resultieren (Neusius, 2021a, S. 9). Huang und Salm (2020) zeigten, dass sich nach der Verpflichtung zur Unisex-Tarifierung die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels von Frauen zu einer privaten Versicherung im Vergleich zu der von Männern erhöht hat (S. 12, 16-17). Dies wurde als eine Verringerung der geschlechtsspezifischen Risikosegmentierung interpretiert. Derzeit gibt es keine direkten Maßnahmen, um die PPV oder PKV für Männer attraktiver zu machen (Neusius, 2021a, S. 9). Trotzdem zeigten Bün-

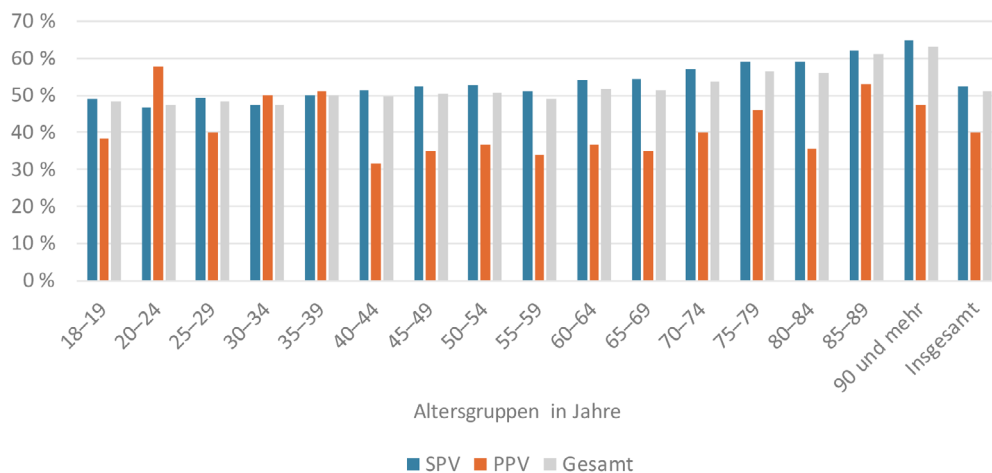
**Bisex- und Unisex-Tarife in der PPV**

<sup>79</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in Tabelle 6 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr und sieben Befragte keine valide Angabe zum Geschlecht aufweisen.

<sup>80</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von BaFin (2021) und BMG (2022n). Dabei wird die Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen nicht betrachtet, da das BMG keine geeigneten Daten mit entsprechender Altersabgrenzung zur Verfügung stellt.

<sup>81</sup> In dem Urteil wurde entschieden, dass die Berücksichtigung des Geschlechts der Versicherten als Risikofaktor in Versicherungsverträgen einer Diskriminierung entspricht. Bei Unisex-Tarifen müssen die Rechnungsgrundlagen und daraus folgend auch alle Prämien und Rückstellungen geschlechtsunabhängig angesetzt werden (Becker, 2017, S. 237; Gerichtshof der Europäischen Union, 2011).

nings und Tauchmann (2015), dass Männer unter den Personen, die Zugang zur GKV und PKV haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit zur PKV und damit zur PPV wechseln als Frauen (S. 20-21). Dabei wies Neusius (2021a) für das Jahr 2018 bei den beihilfeberechtigten Versicherten auf ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, während bei den anderen Versicherten die Männer deutlich in der Überzahl waren. Dies kann u. a. auf den einkommensbedingten Zugang zur PKV und damit zur PPV für die Arbeitnehmer:innen durch die Versicherungspflichtgrenze zurückgeführt werden. Diese kann zu Selektionseffekten bezüglich des Geschlechts führen, da Männer durchschnittlich höhere Einkommen als Frauen erhalten (S. 7, 10).



**Abbildung 7: Frauenanteil in den Altersgruppen aller Versicherten, der SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.525), PPV (n = 3.554), Gesamt (n = 29.079)<sup>82</sup>.

### 3.3.4 Pflegeprävalenzen

#### 3.3.4.1 Pflegeprävalenzen nach Alter und Geschlecht

Abbildung 8 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen an den Alters- und Geschlechtsgruppen jeweils für SPV-, PPV-Versicherte und alle Versicherte im Jahr 2020 auf Basis von SOEP-Daten. Dabei werden offiziell als pflegebedürftig eingestuft Personen im Sinne des SGB XI betrachtet, also Personen die Pflegeversicherungsleistungen beziehen. Insgesamt spiegeln die Analyseergebnisse zur Gesamtpopulation auf Basis des SOEP den in der Literatur und der Pflegestatistik (Destatis, 2020a, S. 21-22) als wichtig identifizierten Einfluss der Faktoren Alter und Geschlecht (Kapitel 3.1.2) wider. Die auf Basis des SOEP berechneten Pflegeprävalenzen liegen unter den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Pflegequoten. Zu diesem Ergebnis kamen auch Unger, Giersiepen und Windzio (2015),

**Anteil der Pflegebedürftigen in den Alters- und Geschlechtsgruppen im Jahr 2020**

<sup>82</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in „Tabelle 6: Übersicht der verwendeten Datensätze und Variablen“ auf Seite 83 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr und sieben Befragte keine valide Angabe zum Geschlecht aufweisen.

die ähnliche Pflegeprävalenzen auf Basis des SOEP wie die vorliegenden Ergebnisse berechnet (S. 204-205). Allerdings konnte mit den SOEP-Daten in der Gesamtpopulation die starke Abhängigkeit der Pflegequote vom Alter und ein starker Anstieg der Pflegeprävalenzen ab ca. 80 Jahren wie in der Pflegestatistik verzeichnet werden. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren zwar keine klaren Unterschiede ab ca. 75 Jahren wie in der Pflegestatistik zu erkennen, jedoch konnte in den Altersklassen von 70 bis 79 Jahren und ab 90 Jahren deutliche Unterschiede identifiziert werden.

Bei der Unterscheidung der Pflegeprävalenzen nach den beiden Versicherungszweigen zeigten die SPV-Versicherten im Jahr 2020 zunehmende Pflegeprävalenzen mit steigendem Alter, wenn von der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen abgesehen wird, während bei den PPV-Versicherten keine so deutliche Steigerung der Pflegequote mit zunehmendem Alter zu erkennen war<sup>83</sup>. Allerdings zeigten beide Versicherungszweige einen starken Anstieg der Pflegeprävalenz ab ca. 80 Jahren wie in der Gesamtpopulation. Beim Vergleich der altersspezifischen Pflegeprävalenzen zwischen SPV- und PPV-Versicherten fällt auf, dass die Versicherten der SPV in jeder Altersgruppe, außer bei den 85- bis 89-Jährigen, eine höhere Pflegequote als die PPV-Versicherten aufwiesen.

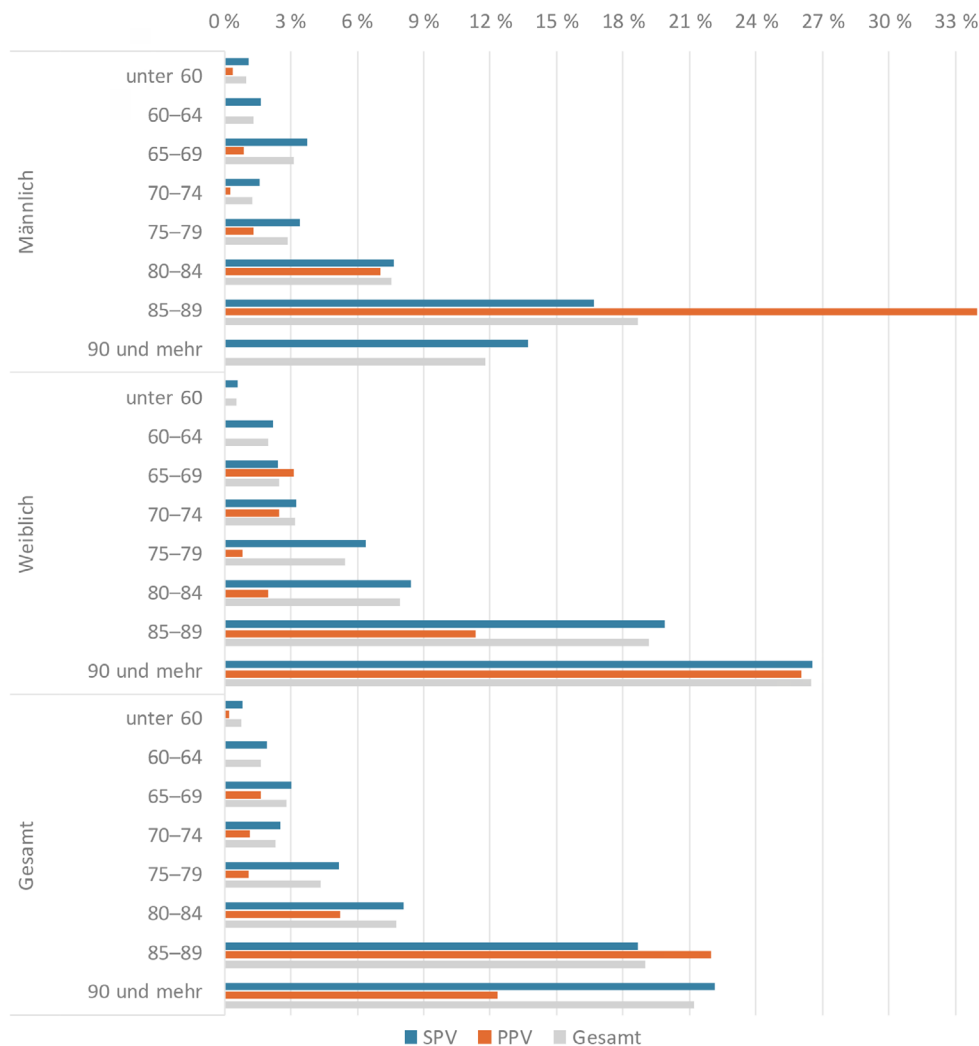
Wenn die altersspezifischen Pflegequoten in den beiden Versicherungszweigen getrennt nach Geschlecht betrachtet werden, wiesen Frauen im Jahr 2020 in der SPV eine höhere Pflegequote als Männer auf, während in der PPV Männer eine leicht höhere Pflegeprävalenz zeigten<sup>84</sup>. Dies kann in der PPV jedoch auch darauf zurückgeführt werden, dass im Erhebungsjahr 2020 kein männlicher PPV-Versicherter ab 90 Jahren mit einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI an der Befragung teilnahm. Wenn die Pflegequoten der SPV- und PPV-Versicherten verglichen werden, lagen die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen der PPV-Versicherten in allen Altersgruppen, außer bei den männlichen Versicherten im Alter von 85 bis 89 Jahren und bei weiblichen Versicherten im Alter von 65 bis 69 Jahren, unter denen der SPV-Versicherten.

Die Pflegequote war in der SPV in fast jeder Altersgruppe höher als in der PPV.

**Vergleich der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen**

<sup>83</sup> In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen gab keine befragte Person an, die in der PPV versichert war, als pflegebedürftig eingestuft zu sein. Zusätzlich wies bei den PPV-Versicherten die Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen eine deutlich überdurchschnittliche und die Altersgruppe der über 90-Jährigen eine unterdurchschnittliche Pflegeprävalenz im Vergleich zur Gesamtpopulation auf.

<sup>84</sup> In der SPV wiesen Frauen im Alter ab 70 Jahren deutlich höhere Pflegequoten als Männer auf, während die Pflegeprävalenz für Männer in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen um über einen Prozentpunkt über der der Frauen lag. In der PPV war bei den Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren die Pflegequote deutlich höher als bei den Männern, während in der Altersgruppe von 80 bis 89 Jahren die Pflegeprävalenz für Männer um über 5 Prozentpunkte höher als bei Frauen ausfiel.



**Abbildung 8: Alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für die Versicherten: SPV (n = 25.526), PPV (n = 3.554), Gesamt (n = 29.080)<sup>85</sup>.

Für die Pflegebedürftigen: SPV (n = 362), PPV (n = 31), Gesamt (n = 393).

Die auf Basis von Daten des BMG berechneten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten der SPV fallen deutlich höher als die vorliegenden Ergebnisse auf Basis der SOEP-Daten aus<sup>86</sup>. Ebenso weisen Rothgang für das Jahr 2008 und Rothgang zusammen mit Domhoff für das Jahr 2017 deutlich höhere altersspezifische Pflegeprävalenzen für beide Versicherungszweige im Vergleich zu den SOEP-Daten aus (Rothgang, 2011b, S. 83; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17-19). Insgesamt sind offiziell als pflegebedürftig eingestufte Personen im Sinne des SGB XI im SOEP deutlich unterrepräsentiert (Kapitel 3.6.3). Dies kann möglicherweise auf gesundheitsbezogene Selektionsprozesse zurückgeführt werden (Unger et al., 2015, S. 204). Zudem sind Pflegeheimbewohner:innen nicht

Die Daten des BMG sowie die Ergebnisse von Rothgang (2011b) sowie Rothgang und Domhoff (2019) weisen höhere altersspezifische Prävalenzen als die SOEP-Daten auf.

<sup>85</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in Tabelle 6 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr und sieben Befragte keine valide Angabe zum Geschlecht aufweisen.

<sup>86</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von BMG (2022l, 2022m, 2022n).

in den SOEP-Daten erfasst (Ochmann, Albrecht & Schiffhorst, 2020, S. 22). In bestimmten Altersklassen gab es im Erhebungsjahr 2020 keine befragte Person, die in der PPV versichert und als pflegebedürftig eingestuft war. Eine Unterscheidung der alters- sowie geschlechtsspezifischen Pflegequoten zwischen SPV- und PPV-Versicherten ist auf Basis von anderen Daten nicht möglich, da für die PPV keine Daten zur Untergliederung der Leistungsempfänger:innen nach Alter mit öffentlichem Zugang vorliegen<sup>87</sup>.

Da die SPV-Versicherten im Jahr 2020 in fast jeder Altersgruppe höhere alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen als die PPV-Versicherten zeigen, weist die SPV in dieser Hinsicht ein höheres Pflegerisiko im Vergleich zur PPV auf. Während Rothgang im Jahr 2008 lediglich für alle Altersgruppen unter 90 Jahren höhere Pflegeprävalenzen der SPV-Versicherten im Vergleich zu PPV-Versicherten zeigte, wies Rothgang zusammen mit Domhoff im Jahr 2017 in jeder Altersklasse für PPV-Versicherte niedrigere Pflegequoten als für SPV-Versicherte aus (Rothgang, 2011b, S. 83; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17–19). Zusätzlich konnte festgestellt werden, dass sich die Prävalenzen der PPV-Versicherten im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter, in dem meist der Eintritt in die PKV und somit auch in die PPV erfolgt, lediglich auf 10 bis 20 % der Prävalenzen der SPV-Versicherten belaufen. Dies kann vor allem auf die Risikoprüfungen der PKV zurückgeführt werden, durch die sich vor allem gesunde Personen privat kranken- und pflegeversichern (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 19). Zudem birgt die Versicherungspflichtgrenze und die Möglichkeit, bei ihrem Überschreiten in die PKV und damit in die PPV zu wechseln, die Gefahr einer Risikoentmischung, d. h. gute Risiken wechseln zur PKV mit grundsätzlich risikoäquivalenten Prämien und damit auch zur PPV, während schlechtere Risiken in der GKV und SPV verbleiben (Bork & Gasche, 2003, S. 772; Gasche, 2007, S. 28). Somit kommt es zu einer Risikoselektion, die sich unmittelbar in den Pflegeprävalenzen widerspiegelt (Bünings & Tauchmann, 2015, S. 17–19; Rothgang, Müller & Unger, 2013, S. 87). Mit zunehmendem Alter nähern sich die Prävalenzen der beiden Versicherungszweige an, da SPV- und PPV-Versicherte gleichermaßen neue Erkrankungen und Behinderungen erleiden, die zur Pflegebedürftigkeit führen können, und diese dann nicht mehr zu einer Risikoselektion führen (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 19; Rothgang et al., 2013, S. 89). Andere Analysen fanden weitere Einflussfaktoren, wie Einkommen und berufliche Belastung, die Unterschiede in der Pflegeprävalenz verursachen können (Kapitel 3.1).

Wie in Tabelle 9 zu erkennen, stieg die Pflegequote im Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2015 in allen Altersgruppen außer in der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen<sup>88</sup>. In der SPV sank die Pflegeprävalenz der Versicherten im Alter von 70 bis 74 Jahren und ab 90 Jahren, während vor allem die Pflegequote der 60- bis 69-Jährigen deutlich zunahm. Demgegenüber war in der PPV ein Absinken der Pflegeprävalenz bei den 75- bis 79-Jährigen vorzufinden, während sich die Pflegequote der Personen im Alter von 65 bis 69 Jahren mehr als vervierfachte.

Hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zeigt die SPV ein höheres Pflegerisiko als die PPV auf.

**Entwicklung der Pflegeprävalenz in SPV und PPV**

<sup>87</sup> Siehe auch Greß et al. (2019, S. 246). Rothgang und Domhoff (2019) verweisen auf die Daten von BaFin (2022), die allerdings für die hier analysierten Aspekte ungeeignet sind.

<sup>88</sup> Da die Variable *appraisal*, die die offizielle Pflegebedürftigkeitseinstufung angibt, erstmals im Jahr 2015 vorliegt, wird dieses als Vergleichsjahr genutzt, um zeitliche Veränderungen der altersspezifischen Pflegeprävalenzen bei einem maximalen zeitlichen Abstand zu untersuchen.



**Tabelle 9: Veränderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 gegenüber 2015**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für die Versicherten im Jahr 2015: SPV (n = 23.963), PPV (n = 3.149), Gesamt (n = 27.112).

Für die Pflegebedürftigen im Jahr 2015: SPV (n = 307), PPV (n = 22), Gesamt (n = 329).

Für die Versicherten im Jahr 2020: SPV (n = 25.526), PPV (n = 3.554), Gesamt (n = 29.080)<sup>89</sup>.

Für die Pflegebedürftigen im Jahr 2020: SPV (n = 362), PPV (n = 31), Gesamt (n = 393).

	SPV	PPV	Gesamt
unter 60 Jahre	35,99 %	21,90 %	37,10 %
60–64 Jahre	63,51 %	0,00 %	63,41 %
65–69 Jahre	82,07 %	324,24 %	95,99 %
70–74 Jahre	–7,42 %	9,03 %	–5,70 %
75–79 Jahre	31,01 %	–74,53 %	8,06 %
80–84 Jahre	35,00 %	8,93 %	31,36 %
85–89 Jahre	17,78 %	16,08 %	17,67 %
90 und mehr Jahre	–4,49 %	131,45 %	0,64 %
Männlich insgesamt	43,17 %	54,98 %	44,82 %
Weiblich insgesamt	20,88 %	–3,30 %	19,64 %

Beim Vergleich der beiden Versicherungszweige waren die Unterschiede in der Pflegeprävalenz zwischen SPV- und PPV-Versicherten in den meisten Altersgruppen im Jahr 2020 gegenüber 2015 relativ konstant geblieben. Der Unterschied der Pflegequote zwischen SPV- und PPV-Versicherten stieg vor allem in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen. Dagegen nahm der Unterschied zwischen SPV- und PPV-Versicherten im Alter von über 90 Jahren ab. Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zeigte sich, dass zwischen 2015 und 2020 der Anstieg der Pflegequote der Männer mehr als doppelt so hoch wie der Anstieg der Pflegequote der Frauen ausfiel.

Für die Entwicklung der Pflegequote bestehen drei verschiedene Hypothesen. Die Kompressionsthese geht davon aus, dass durch Prävention, Veränderungen in den Lebensbedingungen sowie sozioökonomische Faktoren sich das Alter bei der Erstmanifestation von Erkrankungen und dem Eintritt von Behinderung zeitlich nach hinten verschiebt. Dadurch verkürze sich die Dauer, die ein Mensch in Krankheit und Behinderung verbringt, sodass sich die Pflegebedürftigkeit in höhere Altersgruppen verschieben und die altersspezifischen Pflegequoten vor allem in niedrigeren Altersgruppen entsprechend sinken würden<sup>90</sup>. Die vorliegenden Analyseergebnisse zur Gesamtpopulation deuten eher nicht auf diese These hin. Die Medikalisierungsthese bzw. die Expansionsthese der Morbidität besagt, dass Behandlungsfortschritte und verbesserte Medikamente positive Auswirkungen haben, aber die Zahl der Patient:innen mit chronischen Erkrankungen steigt. Folglich erhöhe sich zwar die Lebenserwartung, jedoch nehme die Zahl der gesunden

Die Kompressionsthese, die Medikalisierungsthese sowie die These des dynamischen Gleichgewichtes können als Erklärung für die Entwicklung der Pflegequote angesehen werden.

<sup>89</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht von der in Tabelle 6 ab, da insgesamt eine befragte Person im Jahr 2020 keine valide Angabe zum Geburtsjahr und sieben Befragte keine valide Angabe zum Geschlecht aufweisen.

<sup>90</sup> Die Kompressionsthese wurde von Fries (1980) begründet (Geyer, 2015, S. 443).

Lebensjahre ab<sup>91</sup>. Durch diese These könnten die gestiegenen altersspezifischen Pflegequoten erklärt werden, allerdings führte auch die Änderung der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Rahmen des PSG II im Jahr 2017 zu einem Anstieg des leistungsberechtigten Personenkreises, was die Pflegequote stark zunehmen ließ. Daher ist es nicht möglich, die Medikalisierungsthese als Erklärung der steigenden Pflegequoten anzunehmen (Sonnenburg & Schröder, 2019, S. 12–13). Die These eines dynamischen Gleichgewichtes verknüpft die beiden vorherigen Thesen. Demnach bestehe ein dynamisches Gleichgewicht zwischen dem Anstieg der Gesamtlebenszeit und der Zunahme der Lebenszeit mit leichten Gesundheitsbeeinträchtigungen<sup>92</sup>. Die Lebenszeit mit Einschränkungen verlängere sich, jedoch sei der Schweregrad eher gering, sodass ein hohes Maß an Eigenständigkeit im Alltag bestehe (Geyer, 2015, S. 443).

Insgesamt sind die vorliegenden Ergebnisse zu den Veränderungen der Pflegeprävalenzen in der Gesamtpopulation nicht umfassend genug, um eine der Thesen als Erklärung anzunehmen. Zum einen könnten neben den genannten Faktoren im Zeitraum von 2015 bis 2020 z. B. die Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises im Jahr 2017 zu höheren altersspezifischen Pflegeprävalenzen geführt haben. Zudem wird die Pflege oft vom familialen Umfeld ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht. Dies betrifft besonders Männer, da sie von ihren (Ehe-)Partner:innen auch ohne Pflegeleistung versorgt werden (Kapitel 3.6.3) (Unger et al., 2015, S. 212). Da eine wachsende Anzahl Pflegebedürftiger einem sinkenden Potenzial informell pflegender Angehöriger gegenübersteht<sup>93</sup> (Kapitel 2.1.1) (Nowossadeck et al., 2016, S. 5), kann die steigende Anzahl der Leistungsbeziehenden nach SGB XI und der starke Anstieg der Pflegequote der Männer auch auf das Erodieren der familialen Versorgungsstrukturen zurückgeführt werden (Unger et al., 2015, S. 213). Zum anderen könnte der vorliegende Beobachtungszeitraum für eine Beurteilung zu kurz sein. Im Zeitraum von 2000 bis 2013 zeigten Sonnenburg & Schröder (2019) mit einem Vergleich der altersspezifischen Pflegequoten auf Basis der Pflegestatistik eine langjährige Stabilität der Pflegequoten in allen Altersgruppen (S. 13).

Die vorliegenden Ergebnisse der Pflegeprävalenzveränderungen sind für die Annahme der möglichen Thesen nicht aussagekräftig genug.

<sup>91</sup> Die Expansionsthese der Morbidität wurde von Gruenberg (1977) formuliert (Geyer, 2015, S. 443).

<sup>92</sup> Die These des dynamischen Gleichgewichtes geht auf Manton (1982) zurück (Nowossadeck, 2013, S. 1042).

<sup>93</sup> Der intergenerationale Unterstützungskoeffizient, der als Verhältnis der mindestens 85-Jährigen zu den 50- bis 64-Jährigen definiert, misst das Potenzial pflegerischer Unterstützung der Hochaltrigen durch die nachfolgende Generation. Während im Jahr 1991 noch 7,7 Personen im Alter von mindestens 85 Jahren 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren gegenüberstanden, waren es im Jahr 2010 bereits 11,9 Personen ab 85 Jahren (Nowossadeck et al., 2016, S. 19–20).

### 3.3.4.2 Pflegeprävalenzen insgesamt

Für die Beurteilung der Unterschiede in der Risikostruktur ist der Anteil der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen an den Versicherten von großer Bedeutung. Der kombinierte Effekt aus den Unterschieden sowohl in der Alters- und Geschlechtsstruktur als auch in den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zwischen der SPV und PPV zeigt sich in den jeweiligen gesamten Pflegeprävalenzen. Tabelle 10 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und damit der Leistungsempfänger:innen jeweils an allen Versicherten, den SPV- sowie PPV-Versicherten auf Basis von verschiedenen Datenquellen<sup>94</sup>.

**Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in SPV und PPV**

Im Jahr 2020 lag der auf Basis des SOEP berechnete Anteil der offiziell als pflegebedürftig eingestuften Personen an der Gesamtpopulation bei rund 2,16 %. Während das SOEP für die SPV eine Pflegeprävalenz von rund 2,29 % auswies, belief sich die Pflegeprävalenz für die SPV auf Basis von Daten des BMG auf ca. 5,89 %. Für die PPV zeigten die SOEP-Daten mit rund 1,21 % eine weniger als halb so hohe Pflegeprävalenz wie die Daten des PKV-Verbandes mit ca. 2,95 %. Ähnliche Ergebnisse lieferte der Siebte Pflegebericht für das Jahr 2019 (BMG, 2021c, S. 76). Somit liegen auch in dieser Analyse die auf Basis des SOEP berechneten Pflegeprävalenzen deutlich unter den Ergebnissen auf Grundlage von Daten des BMG und des PKV-Verbandes. Dies deutet ebenfalls darauf hin, dass offiziell als pflegebedürftig eingestufte Personen im Sinne des SGB XI im SOEP deutlich unterrepräsentiert sind (Kapitel 3.6.3).

Pflegebedürftige Personen sind in den Daten des SOEP unterrepräsentiert.

Beim Vergleich der Pflegeprävalenz der SPV und PPV war die Pflegequote in der SPV in allen ausgewählten Datenquellen höher als die der PPV. Dabei fiel die Pflegeprävalenz der SPV fast doppelt so hoch wie die Pflegeprävalenz der PPV aus. Dies deutet auf eine Risikoentmischung zwischen SPV- und PPV-Versicherten und auf ein im Durchschnitt niedrigeres Pflegerisiko der PPV-Versicherten. Die Unterschiede in den Pflegeprävalenzen können mit den Unterschieden in der Alters-, Geschlechtsstruktur und in den alters- sowie geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen begründet werden. Zudem können die Unterschiede auf die in den Kapiteln 3.1 und 3.3.4.1 genannten Gründe zurückgeführt werden.

**Vergleich der Pflegeprävalenz in SPV und PPV**

<sup>94</sup> Die SOEP-Daten berücksichtigen Personen ab 18 Jahren. Die Daten des BMG umfassen alle Versicherten der SPV und die Daten des PKV-Verbandes beziehen alle PPV-Versicherte abzüglich der prämienfrei mitversicherten Kinder ein.

**Tabelle 10: Pflegeprävalenzen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 und Veränderung gegenüber 1999 bzw. 2015 nach verschiedenen Datenquellen**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37, BMG (2022h, 2022o, 2022n) und PKV-Verbandes (2022b).

Anmerkungen: Werte der SOEP-Daten sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für die Versicherten im Jahr 2015: SPV (n = 23.963), PPV (n = 3.149), Gesamt (n = 27.112).

Für die Pflegebedürftigen im Jahr 2015: SPV (n = 307), PPV (n = 22), Gesamt (n = 329).

Für die Versicherten im Jahr 2020: SPV (n = 25.532), PPV (n = 3.555), Gesamt (n = 29.087).

Für die Pflegebedürftigen im Jahr 2020: SPV (n = 362), PPV (n = 31), Gesamt (n = 393).

	Datenbasis	SPV	PPV	Gesamt
Pflegeprävalenz 2020	SOEP	2,29 %	1,21 %	2,16 %
	BMG	5,89 %		
	PKV-Verband		2,95 %	
Änderung der Pflegeprävalenz im Jahr 2020 gegenüber 2015	SOEP	29,21 %	26,70 %	29,36 %
	BMG	56,34 %		
	PKV-Verband		56,03 %	
Änderung der Pflegeprävalenz im Jahr 2020 gegenüber 1999	BMG	130,23 %		
	PKV-Verband		135,85 %	

Im Zeitraum von 2015 bis 2020 stieg die Pflegeprävalenz auf Basis des SOEP insgesamt um rund 29,21 %<sup>95</sup>. Die Daten des BMG und des PKV-Verbandes wiesen für die SPV und PPV einen deutlich höheren Anstieg von 56,34 % bzw. 56,03 % auf. Im Vergleich zum Jahr 1999 hatten sich die Pflegeprävalenzen der SPV und PPV im Jahr 2020 mehr als verdoppelt. Dies kann einerseits auf die unter Kapitel 3.3.4.1 aufgeführten Faktoren für die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zurückgeführt werden. Andererseits wiesen Rothgang und Müller (2021) darauf hin, dass der Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen sowohl durch demografische Effekte als auch durch andere Ursachen wie Gesetzesreformen sowie nachfolgende Einführungseffekte hervorgerufen wird. Während beim Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von 2013 auf 2015 demografische und demografieunabhängige Effekte fast gleich hoch ausfielen, waren die demografieunabhängigen Effekte beim Anstieg von 2015 zu 2017 und von 2017 zu 2019 größer als die demografischen Einflüsse. Der demografische Effekt blieb über die Zwei-Jahres-Vergleiche relativ konstant. Dagegen stiegen die demografieunabhängigen Effekte stark an. So war fast 80 % des Anstieges der Anzahl der Pflegebedürftigen von 2017 zu 2019 auf demografieunabhängige Effekte zurückzuführen. Dies kann u. a. auf die Änderung der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes durch das PSG II im Jahr 2017 und der damit verbundenen Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises zurückgeführt werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–145).

**Hintergrund zum Anstieg der Pflegeprävalenz**

<sup>95</sup> Die Variable *appraisal*, die die offizielle Pflegebedürftigkeitseinstufung angibt, liegt erstmals im Jahr 2015 vor.

Beim Vergleich der Änderungen der Pflegequoten beider Versicherungszweige im Zeitraum von 2015 bis 2020 stieg die nach den SOEP-Daten berechnete Pflegeprävalenz der SPV stärker als die der PPV. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in den Daten des BMG und des PKV-Verbandes, wobei der Unterschied im Anstieg der Pflegeprävalenzen sehr gering ausfiel. Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 war auf Basis der Daten des BMG und des PKV-Verbandes ein höherer Anstieg der Pflegeprävalenz für die PPV im Vergleich zur SPV zu erkennen. Somit war insgesamt von 1999 bis 2020 eine geringe Abnahme der Unterschiede in der Pflegeprävalenz zwischen SPV- und PPV-Versicherten vorzufinden. Allerdings zeigten für den Zeitraum von 2015 bis 2020 alle Datenquellen, dass sich der Unterschied der Pflegeprävalenz zwischen SPV- und PPV-Versicherten sogar leicht erhöht hat.

### Vergleich der Änderungen der Pflegequoten in SPV und PPV

### 3.3.5 Signifikanz der Unterschiede in den Pflegeprävalenzen

Der Anteil der Pflegebedürftigen scheint im Jahr 2020 auf Basis der SOEP-Daten bei den SPV-Versicherten höher als bei den PPV-Versicherten zu sein. Im Folgenden wird untersucht, ob dieser scheinbare Unterschied auf einen Stichprobenfehler zurückzuführen ist (Girdler-Brown & Dziki, 2018, S. 63–64). Um die Unterschiede von zwei Anteilswerten zu prüfen, bietet STATA hauptsächlich drei Möglichkeiten: Den z-Test, den Chi-Quadrat-Test oder den Exakten Fisher-Test (Girdler-Brown & Dziki, 2018, S. 64). Der z-Test ist der gebräuchlichste Weg die Signifikanz der Anteilsunterschiede zu prüfen (Klemm, 2002, S. 206). Unter den drei Tests stellt nur der z-Test Konfidenzintervalle für die Anteilswerte bereit. Die Voraussetzungen für die Anwendung des z-Tests sind hinsichtlich der Stichprobengröße ( $n$ ) und der relativen Häufigkeit ( $p$ ) des interessierenden Merkmals in beiden Stichproben gegeben: (1)  $n \times p \geq 5$  und  $n \times (1 - p) \geq 5$ .

Der z-Test wird zur Prüfung der Signifikanz der Prävalenzunterschiede zwischen SPV und PPV genutzt.

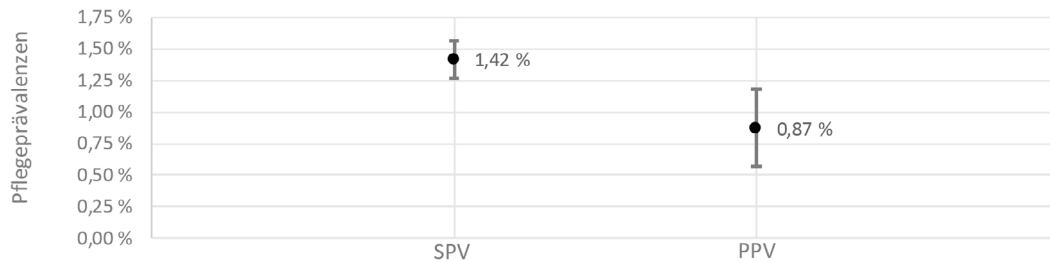
Zudem müssen die Daten normalverteilt sein (Girdler-Brown & Dziki, 2018, S. 64–65, 67). Da die Stichproben jeweils einen Umfang von  $n > 30$  aufweisen, kann aufgrund des Zentralen Grenzwertsatzes von einer asymptotisch standardnormalverteilten Stichprobenverteilung ausgegangen werden (Kosfeld, Eckey & Türck, 2019, S. 324). Folglich wurde der z-Test zum Vergleich von zwei Anteilswerten bei zwei unabhängigen Stichproben ausgewählt<sup>96</sup>.

Die Nullhypothese ist, dass die Pflegeprävalenzen in den zwei Stichproben gleich sind (University of Wisconsin-Madison, 2016). Da der p-Wert der Alternativhypothese, dass die Anteile der Pflegebedürftigen unter den SPV- und PPV-Versicherten ungleich sind, 0,0083 beträgt, kann die Nullhypothese zu einem Signifikanzniveau von 1 % verworfen werden. Damit ist davon auszugehen, dass sich der Anteil der Pflegebedürftigen in beiden Gruppen signifikant voneinander unterscheidet. Die durchschnittliche Differenz zwischen den beiden Anteilen beträgt 0,55 Prozentpunkte. Die Alternativhypothese, dass der Anteil der Pflegebedürftigen unter den PPV-Versicherten kleiner als der Anteil der Pflegebedürftigen unter den SPV-Versicherten ist, weist einen p-Wert von 0,0041 auf. Somit weisen die PPV-Versicherten einen signifikant niedrigeren Anteil von Pflegebedürftigen

Die Nullhypothese, dass die Pflegeprävalenz in beiden Versicherungszweigen gleich ist, kann verworfen werden. Damit unterscheidet sich die Pflegeprävalenz in SPV und PPV signifikant voneinander.

<sup>96</sup> Der z-Test wird auch als Gauß-Test bezeichnet (Kosfeld et al., 2019, S. 316–318). Weitere Informationen zur Methodik des z-Tests bietet StataCorp LLC (o. J.a). Da der Unterschied der Anteilswerte eines dichotomen Merkmals geprüft wird, kann der t-Test aufgrund der Voraussetzung, dass die Variable mindestens intervallskaliert sein muss, nicht angewendet werden (Klemm, 2002, S. 206–207; Universität Zürich, 2022c).

als die SPV-Versicherten bei einem Signifikanzniveau von 1 % auf. Wie Abbildung 9 zeigt, liegt das 95 %-Konfidenzintervall der Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten [0,57 %; 1,18 %] unter dem der SPV-Versicherten [1,27 %; 1,56 %], ohne dass sich beide Konfidenzintervalle überschneiden. Folglich liegt im Jahr 2020 ein signifikanter Unterschied in den Pflegeprävalenzen und damit in der Risikostruktur zwischen SPV-Versicherten und PPV-Versicherten vor. Dabei tragen die PPV-Versicherten im Durchschnitt ein signifikant niedrigeres Pflegerisiko als die SPV-Versicherten.



**Abbildung 9: Pflegeprävalenzen und 95 %-Konfidenzintervalle von SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind nicht gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für die Versicherten im Jahr 2020: SPV (n = 25.532), PPV (n = 3.555), Gesamt (n = 29.087).

Für die Pflegebedürftigen im Jahr 2020: SPV (n = 362), PPV (n = 31), Gesamt (n = 393).

### 3.4 Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung

#### 3.4.1 Erwerbsstruktur

Aufgrund der in Kapitel 2.2.2 beschriebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen entscheiden Erwerbsstatus und Entgelthöhe über die Pflichtmitgliedschaft in der GKV und somit der SPV (Pimpertz, 2007, S. 38). Abbildung 10 stellt die Zusammensetzung der Gesamtpopulation, der SPV- und PPV-Versicherten hinsichtlich der Erwerbsstatusgruppen<sup>97</sup> auf Basis der SOEP-Daten dar. Im Jahr 2020 waren ca. 42,78 % der Versicherten der SPV ab 18 Jahren als Arbeiter:innen, mithelfende Familienangehörige oder als Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit<sup>98</sup> beschäftigt, während diese Gruppe mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von rund 5,27 % nur selten in der PPV vertreten war. Zudem bildeten Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige mit rund 10,40 % einen größeren Anteil in der SPV im Vergleich zur PPV mit ca. 3,63 %. Auszubildende, Volontäre:/Volontärinnen, Praktikant:innen und Personen im Wehr- oder Zivildienst<sup>99</sup> waren mit über 6,15 % in der SPV anteilig etwas stärker als in der PPV mit rund 3,39 % vertreten. Dementsprechend konzentrierten sich in der SPV die Erwerbsstatusgruppen, die der Versicherungspflicht der GKV und somit der SPV unterliegen.

**Vergleich der Erwerbsstruktur in SPV und PPV im Jahr 2020**

<sup>97</sup> Die Erwerbsstatusgruppen wurden in Anlehnung an Greß et al. (2019, S. 248) gebildet.

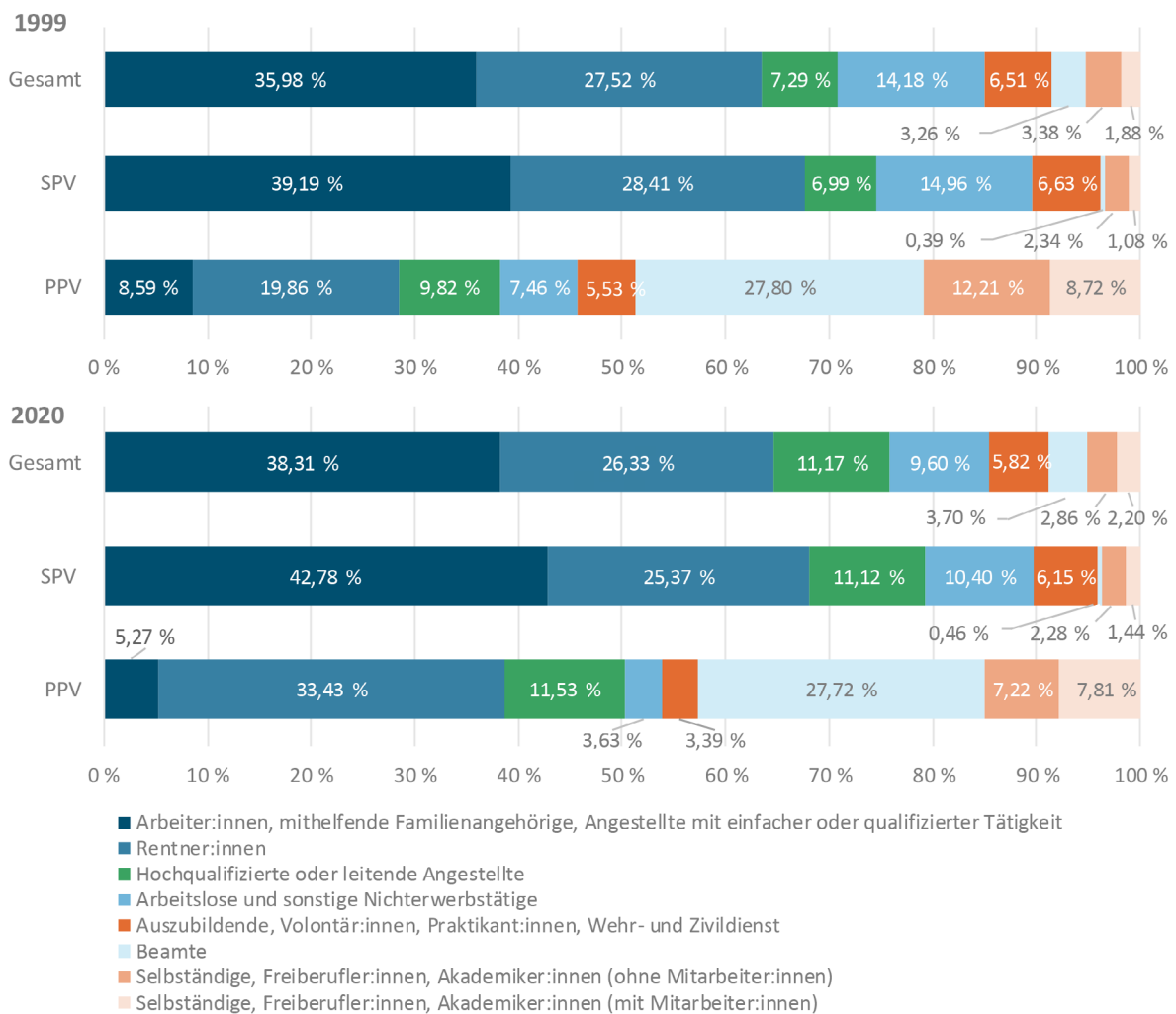
<sup>98</sup> Diese Erwerbsstatusgruppe wird im Folgenden als „Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit“ bezeichnet.

<sup>99</sup> Diese Erwerbsstatusgruppe wird im Folgenden als „Auszubildende“ bezeichnet.

Da grundsätzlich nur Arbeitnehmer:innen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Beamte, Selbständige und Freiberufler:innen eine private Krankheitsvollversicherung und somit eine PPV abschließen können (Kapitel 2.2.2), sind diese Gruppen anteilig stärker in der PPV vertreten. Insbesondere durch das Beihilferecht waren im Jahr 2020 mehr als ein Viertel aller PPV-Versicherten Beamte. Dieser Anteil lag in der SPV bei unter 1 % und in der Gesamtpopulation bei unter 4 %. Selbständige, Freiberufler:innen, Akademiker:innen mit oder ohne Mitarbeiter:innen bildeten einen überdurchschnittlichen Anteil von rund 15,03 % in der PPV, während sich der Anteil dieser Gruppe in der SPV auf ca. 3,72 % belief. Außerdem war in der PPV mit rund 33,43 % ein größerer Anteil Rentner:innen als in der SPV mit ca. 25,37 % zu finden. Dagegen war der Anteil der hochqualifizierten oder leitenden Angestellten in beiden Zweigen der Pflegeversicherung fast gleich.

Von 1999 bis 2020 nahmen zwar unter den PKV-Versicherten die Anteile der Selbständigen, Freiberufler:innen, Akademiker:innen gering ab, allerdings sank auch der Anteil der Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit. Demgegenüber war bei den SPV-Versicherten ein steigender Anteil von Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit zu erkennen. Des Weiteren war im Vergleich zum Jahr 1999 der Anstieg des Anteils der Rentner:innen unter den PKV-Versicherten um fast 14 Prozentpunkte auffällig, während der Anteil dieser Gruppe bei den SPV-Versicherten und in der Gesamtpopulation sogar sank. Der starke Anstieg des Anteils der Rentner:innen in der PPV zwischen 1999 und 2020 kann u. a. auf das GRG aus dem Jahr 1988 zurückgeführt werden, durch das die Wechselmöglichkeit für Rentner:innen in die GKV eingeschränkt wurde. Davor waren Beziehende einer gesetzlichen Rente automatisch in der GKV versicherungspflichtig (Kapitel 3.3.2).

Entwicklung der  
Erwerbsstruktur in  
SPV und PPV von  
1999 bis 2020



**Abbildung 10: Berufliche Stellung von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in den Jahren 1999 und 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 12.520), PPV (n = 1.217), Gesamt (n = 13.737).

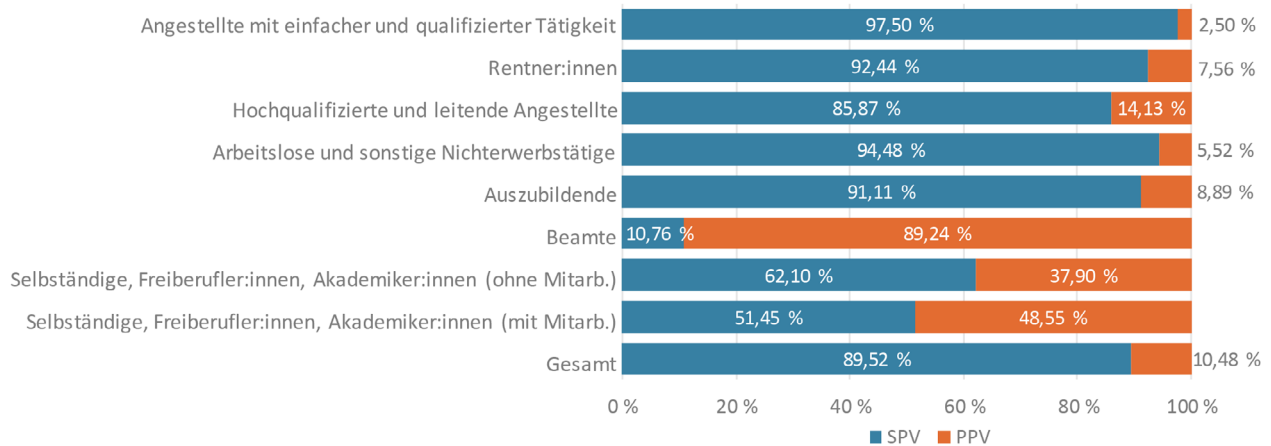
Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.358), PPV (n = 3.539), Gesamt (n = 28.897)<sup>100</sup>.

Abbildung 11 gibt für jede Erwerbsstatusgruppe die prozentualen Anteile der in der SPV oder PPV versicherten Personen im Jahr 1999 und 2020 auf Basis der SOEP-Daten wieder. So waren im Jahr 2020 rund 98,36 % der Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit und ca. 95,49 % der Arbeitslosen und sonstigen Nichterwerbstätigen in der SPV versichert. Zusätzlich waren Auszubildende mit 93,08 % im Vergleich zum Gesamtmarktanteil der SPV von rund 88,09 % überproportional in der SPV versichert. Dagegen gehörten ca. 89,12 % der Beamten einer PPV an. Im Vergleich zu dem Gesamtmarktanteil der PPV von rund 11,91 % waren auch Selbständige, Freiberufler:innen und Akademiker:innen mit oder ohne Mitarbeiter:innen, hochqualifizierte oder leitende Angestellte und Rentner:innen überproportional privat versichert.

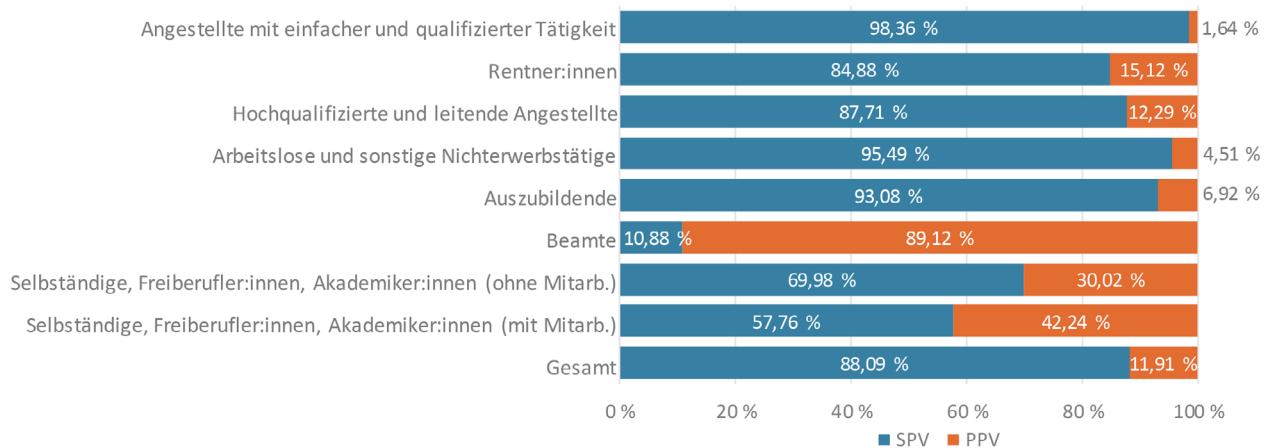
<sup>100</sup> Die Stichprobenanzahl der Versicherten weicht in allen Diagrammen in Kapitel 3.4 von der in Tabelle 6 aufgrund von nicht validen Angaben zur beruflichen Stellung oder zum Einkommen ab.



1999



2020



**Abbildung 11: Anteile von SPV- und PPV-Versicherten in den Erwerbsstatusgruppen in den Jahren 1999 und 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 12.520), PPV (n = 1.217), Gesamt (n = 13.737).

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 25.358), PPV (n = 3.539), Gesamt (n = 28.897).

Gegenüber 1999 war im Jahr 2020 der Anteil der SPV-Versicherten unter den Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen mit oder ohne Mitarbeiter:innen um über 6 Prozentpunkte höher. Zudem war bei den Rentner:innen ein Anstieg des Anteils der PPV-Versicherten um über 7 Prozentpunkte zu erkennen. Die anderen Erwerbsstatusgruppen wiesen beim Vergleich der Ergebnisse des Jahres 2020 mit denen des Jahres 1999 ähnliche Versichertenanteile auf.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine hohe Segregation der Versichertenpopulationen von SPV und PPV hinsichtlich der beruflichen Stellung. Insbesondere infolge der selektiven Zugangsmodalitäten waren die PPV-Versicherten im Jahr 2020 zu einem deutlich höheren Anteil nicht arbeitslos gemeldet und anteilig stärker in gehobenen Positionen im Erwerbssystem vertreten (Greß et al., 2019, S. 248). Vor allem Beamte als auch Selbständige, Freiberufler:innen und Akademiker:innen waren überproportional häufig privat pflegeversichert. Beamte haben aufgrund der Beihilfe einen starken finanziellen Anreiz sich in der PKV und damit der PPV zu versichern (Kapitel 2.2.2). Für Selbständige besteht meist ein Anreiz

Die berufliche Stellung der Versicherten unterschied sich deutlich zwischen SPV und PPV.

zur PKV, auf deren Prämienhöhe sie Einfluss nehmen können, und damit zur PPV (Kapitel 2.5.2.1). Demgegenüber waren Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit, Auszubildende sowie Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige in der PPV selten versichert.

Im Vergleich zum Jahr 1999 war zwar der Anteil der PPV-Versicherten unter den Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen im Jahr 2020 gesunken, jedoch war insgesamt keine Nivellierung der Segmentierung zu erkennen. Der Anteil der Personen in Erwerbsstatusgruppen, die im Jahr 2020 überproportional häufig in der SPV versichert waren (Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit, Auszubildende sowie Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige), nahm unter allen SPV-Versicherten im Vergleich zum Jahr 1999 um weniger als 1,5 Prozentpunkte ab. Der Anteil der Beamten, Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen an allen PPV-Versicherten sank gegenüber 1999 um etwa 5,9 Prozentpunkte. Aufgrund dieser geringen Veränderung der Erwerbsstruktur deutet der Zeitvergleich eher auf eine Verfestigung der Strukturunterschiede hinsichtlich der beruflichen Stellung<sup>101</sup>.

Von 1999 bis 2020 haben sich die Unterschiede in der Erwerbsstruktur zwischen SPV und PPV nur wenig geändert.

### 3.4.2 Einkommensstruktur

Die Unterschiede in der beruflichen Stellung tragen zu den unterschiedlichen Einkommensstrukturen der SPV- und PPV-Versicherten bei. Wie in Kapitel 3.2.1.1 beschrieben, erfasst die Einkommensvariable *pglabgro*, die das monatliche Bruttoerwerbseinkommen angibt, nur Personen, die eine Erwerbstätigkeit ausüben<sup>102</sup>.

Tabelle 11 zeigt den Durchschnitt des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 nach beruflicher Stellung auf Basis der SOEP-Daten. Im Jahr 2020 verdienten die erwerbstätigen SPV-Versicherten ab 18 Jahren ein monatliches Bruttoerwerbseinkommen von durchschnittlich ca. 2.768,97 €, was unter dem Gesamtdurchschnitt lag. Das monatliche Einkommen der PPV-Versicherten fiel mit durchschnittlich rund 5.293,47 € fast doppelt so hoch aus. Dabei verfügten die hochqualifizierten oder leitenden Angestellten, Selbständigen, Freiberufler:innen sowie Akademiker:innen und Beamten insgesamt über die höchsten monatlichen Durchschnittseinkommen unter allen Versicherten. Diese Erwerbsstatusgruppen wiesen im Jahr 2020, wie Abbildung 10 zeigt, in der PPV einen Anteil von über 54 % der Versichertenpopulation auf. Dagegen erreichte das Einkommen sowohl von der Erwerbsstatusgruppe der Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit als auch der Auszubildenden, die fast 50 % des Versichertenbestandes der SPV bildeten, insgesamt ein unterdurchschnittliches Niveau.

**Durchschnitt des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von erwerbstätigen SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

<sup>101</sup> Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Erwerbsstruktur und deren Entwicklung konnte auch Haun (2013) feststellen. Die Untersuchung basiert auf SOEP-Daten der Erhebungswellen 2000 und 2010. Dabei wird sich auf die Versichertenstruktur der GKV und PKV bezogen (Haun, 2013, S. 82–86). Zudem zeigte die Analyse von Greß et al. (2019) ähnliche Ergebnisse bezüglich der Erwerbsstruktur (S. 248).

<sup>102</sup> Dementsprechend wird die Gruppe der Arbeitslosen und der sonstigen Nichterwerbstätigen in den Analysen zur Einkommensstruktur nicht betrachtet. Zudem ist zu beachten, dass in der Gruppe der Auszubildenden, Volontäre:/Volontärinnen sowie Praktikant:innen und der Rentner:innen Personen aus der Betrachtung ausgeschlossen werden, die keine zusätzliche Erwerbstätigkeit ausüben. Personen im Wehr- und Zivildienst gelten als nicht erwerbstätig. Die Variable umfasst für das Jahr 2020 insgesamt 29.087 Beobachtungen, wovon 10.723 fehlende Werte sind.

**Tabelle 11: Durchschnitt (Ø) des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in € im Jahr 2020 nach beruflicher Stellung und prozentuale Veränderung gegenüber 1999**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Erwerbstätige Personen ab 18 Jahren. Die monatlichen Bruttoerwerbseinkommen der Gruppe der Rentner:innen wurde im Erhebungsjahr 1999 nicht erfasst.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 7.273), PPV (n = 880), Gesamt (n = 8.153).

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 15.988), PPV (n = 2.376), Gesamt (n = 18.364).

	SPV		PPV		Gesamt	
	Ø	Änderung	Ø	Änderung	Ø	Änderung
Arbeiter:innen, mithelfende Familienangehörige, Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit	2.364,07	34,60 %	2.512,05	22,62 %	2.366,50	34,18 %
Rentner:innen	3.095,89	-	3.417,36	-	3.184,24	-
Hochqualifizierte oder leitende Angestellte	4.655,34	38,00 %	7.767,23	55,79 %	5.037,84	39,90 %
Auszubildende, Volontäre:/Volontärinnen, Praktikant:innen, Wehr- und Zivildienst	943,88	43,41 %	1.347,66	-1,96 %	948,59	41,77 %
Beamte	3.942,29	68,97 %	4.275,44	52,46 %	4.239,19	53,95 %
Selbständige, Freiberufler:innen, Akademiker:innen (ohne Mitarbeiter:innen)	2.446,84	23,25 %	5.355,08	45,86 %	3.319,75	26,50 %
Selbständige, Freiberufler:innen, Akademiker:innen (mit Mitarbeiter:innen)	4.279,57	50,49 %	7.583,99	118,30 %	5.675,28	80,18 %
Alle Erwerbsstatusgruppen	2.768,97	42,59 %	5.293,47	62,37 %	3.067,21	45,18 %

Zudem wiesen im Jahr 2020 PPV-Versicherte im Durchschnitt für jede Erwerbsstatusgruppe ein höheres monatliches Bruttoerwerbseinkommen als SPV-Versicherte auf. Der größte Unterschied ist bei den durchschnittlichen Einkommen der Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen mit Mitarbeiter:innen zu finden, wobei das Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten um rund 3.300 € über dem der sozial Pflegeversicherten lag. Die Einkommensunterschiede können z. B. durch Unterschiede in der Arbeitsmarktpartizipation, der Arbeitszeit und der Vergütung im Erwerbssystem von SPV- und PPV-Versicherten begründet werden (Haun, 2013, S. 88). Der Unterschied bei den Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit und bei den hochqualifizierten oder leitenden Angestellten kann u. a. auf die Versicherungspflichtgrenze zurückgeführt werden. Vor dem Hintergrund der im Durchschnitt deutlich höheren Erwerbseinkünfte von Männern gegenüber Frauen (gender pay gap) kann der höhere Frauenanteil in der SPV im Vergleich zur PPV (Kapitel 3.3.3) zur Erklärung der durchschnittlich höheren Erwerbseinkommen von PPV-Versicherten je Erwerbsstatusgruppe beitragen (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17).

Jede Erwerbsstatusgruppe wies im Jahr 2020 in der PPV ein höheres durchschnittliches Bruttoerwerbseinkommen als in der SPV auf.

Bei der Betrachtung des Zeitraumes von 1999 bis 2020 stieg das durchschnittliche monatliche Bruttoerwerbseinkommen je SPV-Versicherten um rund 42,59 %. Der Anstieg der monatlichen Durchschnittseinkommen in der PPV war mit ca. 62,37 % fast 1,5-fach so hoch. Damit vergrößerte sich der Abstand der Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten zu denen der SPV-Versicherten von rund 67,88 % im Jahr 1999 auf 91,17 % im Jahr 2020. Die insgesamt höchsten durchschnittlichen Einkommenszuwächse in der Zeitperiode wiesen die Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen mit Mitarbeiter:innen mit über 80 % und die Beamten mit fast 54 % auf. Die Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten stiegen in der Gruppe der Selbständigen, Freiberufler:innen und Akademiker:innen und der hochqualifizierten oder leitenden Angestellten deutlich stärker als die Durchschnittseinkommen der SPV-Versicherten, sodass sich die Abstände der Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten zu denen der SPV-Versicherten in diesen Erwerbsstatusgruppen ausweiteten. Dagegen verringerte sich bei der Gruppe der Angestellten mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit, der Auszubildenden und der Beamten die durchschnittlichen Einkommensdifferenzen zwischen PPV- und SPV-Versicherten.

**Entwicklung des durchschnittlichen monatlichen Bruttoerwerbseinkommens zwischen 1999 und 2020**

Tabelle 12 verdeutlicht auf Basis der SOEP-Daten, dass der Median der monatlichen Bruttoerwerbseinkommen im Jahr 2020 in beiden Versichertenkollektiven niedriger als der jeweilige Durchschnitt war. Dabei lag der Median des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von PPV-Versicherten mit 4.600 € um über 2.000 € höher als der von SPV-Versicherten mit 2.530 €. Damit war das Medianeinkommen der Versicherten der SPV niedriger als in der Gesamtpopulation. Von 1999 bis 2020 nahm das Medianeinkommen der SPV-Versicherten um rund 40,56 % zu, während bei den PPV-Versicherten ein Anstieg um ca. 60,67 % zu verzeichnen war. Somit erhöhte sich der Abstand des Medianeinkommens der privat Versicherten zu dem der SPV-Versicherten von rund 59,06 % im Jahr 1999 auf 81,82 % im Jahr 2020.

**Der Median des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von SPV- und PPV-Versicherten**

**Tabelle 12: Median des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten in € in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Erwerbstätige Personen ab 18 Jahren mit monatlichem Bruttoerwerbseinkommen unter 40.000 €.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 1999: SPV (n = 7.273), PPV (n = 880), Gesamt (n = 8.153).

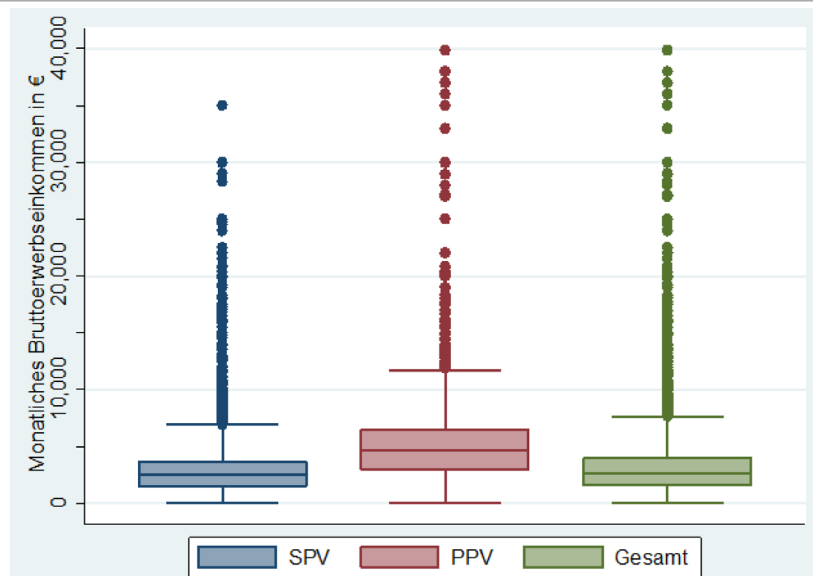
Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 15.988), PPV (n = 2.357), Gesamt (n = 18.345).

	SPV			PPV			Gesamt		
	Median	Erstes Quartil	Drittes Quartil	Median	Erstes Quartil	Drittes Quartil	Median	Erstes Quartil	Drittes Quartil
1999	1.800	1.176	2.491	2.863	1.943	3.988	1.917	1.237	2.659
2020	2.530	1.500	3.662	4.600	3.000	6.500	2.700	1.564	4.000
Änderung	40,56	27,55	47,01	60,67	54,40	62,99	40,85	26,43	50,43

Um die gesamte Einkommensverteilung zwischen den erwerbstätigen SPV- und PPV-Versicherten zu vergleichen, wird der Box-Plot in Abbildung 12 genutzt. Hierbei werden Angaben ab 40.000 € ausgeschlossen, wodurch 19 Beobachtungen von PPV-Versicherten im Jahr 2020 außerhalb der Betrachtung bleiben. Ebenso wie beim Medianeinkommen wiesen PPV-Versicherte sowohl ein höheres erstes als auch drittes Quartil des Einkommens im Vergleich zu den SPV-Versicherten auf. Damit verdienten im Jahr 2020 25 % der SPV-Versicherten ein maximales Einkommen in Höhe von 1.500 €, während das erste Quartil bei den PPV-Versicherten 3.000 € betrug. Zudem zeigt das dritte Quartil, dass 25 % der Versicherten in der SPV mehr als 3.662 € und in der PPV mehr als 6.500 € verdienen. Aus dem Interquartilsabstand geht hervor, dass 50 % der Versicherten der SPV über ein Einkommen zwischen 1.500 € und 3.662 € verfügten. Demgegenüber erzielte die Hälfte der PPV-Versicherten ein Einkommen zwischen 3.000 € und 6.500 €. Im Vergleich dazu verdienten die Hälfte aller Versicherten ein Einkommen zwischen 1.564 € und 4.000 €. Die Einkommen der PPV-Versicherten wiesen im Jahr 2020 eine größere Streuung und damit größere Unterschiede im Vergleich zu den Einkommen der SPV-Versicherten auf. Zudem waren rechtsschiefe<sup>103</sup> Einkommensverteilungen zu beobachten. Im Zeitraum von 1999 bis 2020 stiegen das erste und dritte Quartileinkommen der PPV-Versicherten stärker als das der SPV-Versicherten. Dementsprechend weitete sich in diesem Zeitraum der Abstand der PPV-Versicherten zu den SPV-Versicherten sowohl hinsichtlich des ersten als auch dritten Quartils aus. In beiden Versicherungszweigen ist ein höherer Anstieg des dritten Quartils im Vergleich zum ersten Quartil zu erkennen.

Der Boxplot wird als Vergleichsmöglichkeit für die gesamte Einkommensverteilung erwerbstätiger SPV- und PPV-Versicherter verwendet.

<sup>103</sup> Eine rechtsschiefe Verteilung liegt vor, da der arithmetische Mittelwert der betrachteten Versichertengruppe höher als der jeweilige Median ist. Zusätzlich ist die jeweilige Box nach unten verlagert und der obere Whisker im Vergleich zum unteren länger (Kohler & Kreuter, 2017, S. 190–191).



**Abbildung 12: Monatliches Bruttoerwerbseinkommen von allen Versicherten, SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung mit Stata auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind gewichtet. Population: Erwerbstätige Personen ab 18 Jahren mit monatlichem Bruttoerwerbseinkommen unter 40.000 €.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 15.988), PPV (n = 2.357), Gesamt (n = 18.345).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse für das Jahr 2020, dass die Personengruppen, die von der Versicherungspflicht in der GKV und somit der SPV befreit sind, sich größtenteils in der PPV versichern und die höchsten Durchschnittseinkommen aufweisen. Dagegen waren die zwei Erwerbsstatusgruppen, Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit und Auszubildende, mit einem unterdurchschnittlichen monatlichen Bruttoerwerbseinkommen in der SPV anteilig stärker vertreten. Des Weiteren verdienen PPV-Versicherte in jeder Erwerbsstatusgruppe durchschnittlich mehr als SPV-Versicherte. Zudem ist ein Auseinanderdriften der Einkommen und in dieser Hinsicht der ökonomischen Leistungsfähigkeit zwischen SPV- und PPV-Versicherten festzustellen<sup>104</sup>.

Von der GKV-Versicherungspflicht befreite Personen streben eher eine Versicherung in der PPV an und zeigen die höchsten Durchschnittseinkommen.

### 3.4.3 Signifikanz der Einkommensunterschiede

Im Folgenden wird untersucht, ob der beobachtete Unterschied der durchschnittlichen monatlichen Bruttoerwerbseinkommen zwischen SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020 eine Folge der Stichprobenschwankungen darstellt oder ob der Unterschied auch in der Grundgesamtheit ersichtlich wäre (Kohler & Kreuter, 2017, S. 244).

Um zu überprüfen, ob sich die Durchschnittseinkommen der beiden Stichproben signifikant voneinander unterscheiden, kann der Gauß-Test angewendet werden, wenn die Varianzen in den zwei Grundgesamtheiten bekannt sind. Falls die Varianzen nicht vorliegen, kann der t-Test bei unbekanntem, aber gleich großen

**Tests zur Überprüfung der Signifikanz der Einkommensunterschiede**

<sup>104</sup> Diese Ergebnisse zeigen eine Parallelität zu Leinert (2006, S. 31–33) und Haun (2013, S. 88–91). Beide Analysen beziehen sich auf die Versichertenstrukturen der GKV und PKV.

Varianzen oder der Welch-Test bei unbekanntem, ungleichen Varianzen in den beiden Grundgesamtheiten genutzt werden (Kosfeld et al., 2019, S. 316). Die Varianzen der Grundgesamtheiten sind in den vorliegenden Daten unbekannt. Der t-Test und Welch-Test für zwei unabhängige Stichproben setzen mindestens intervallskalierte Variablen und eine Normalverteilung des zu untersuchenden Merkmals je Stichprobe voraus. Da die Stichproben jeweils einen Umfang von  $n > 30$  aufweisen, kann aufgrund des Zentralen Grenzwertsatzes von einer approximativen Normalverteilung ausgegangen werden. Die Varianzhomogenität kann mit dem F-Test überprüft werden (Kosfeld et al., 2019, S. 317–319; Meier, 2020, S. 116; Universität Zürich, 2022c).

Die Voraussetzungen des F-Tests, dass die Variablen mindestens intervallskaliert und die zu vergleichenden Gruppen voneinander unabhängig sind, können bestätigt werden. Zudem setzt der F-Test normalverteilte Merkmale in den Stichproben voraus, die aufgrund des Zentralen Grenzwertsatzes angenommen werden können (Kosfeld et al., 2019, S. 326; Universität Zürich, 2022b). Da der p-Wert für den beidseitigen Test deutlich unter 0,01 liegt, wird die Nullhypothese, dass die Varianzen der Einkommen von beiden Stichproben gleich sind, mit einem Signifikanzniveau von 1 % verworfen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich die Varianz der Bruttoerwerbseinkommen von SPV-Versicherten signifikant von der der PPV-Versicherten unterscheidet. Zudem ist die Varianz der Einkommen der PPV-Versicherten zu einem Signifikanzniveau von 1 % signifikant größer als die Varianz der Einkommen der SPV-Versicherten<sup>105</sup>.

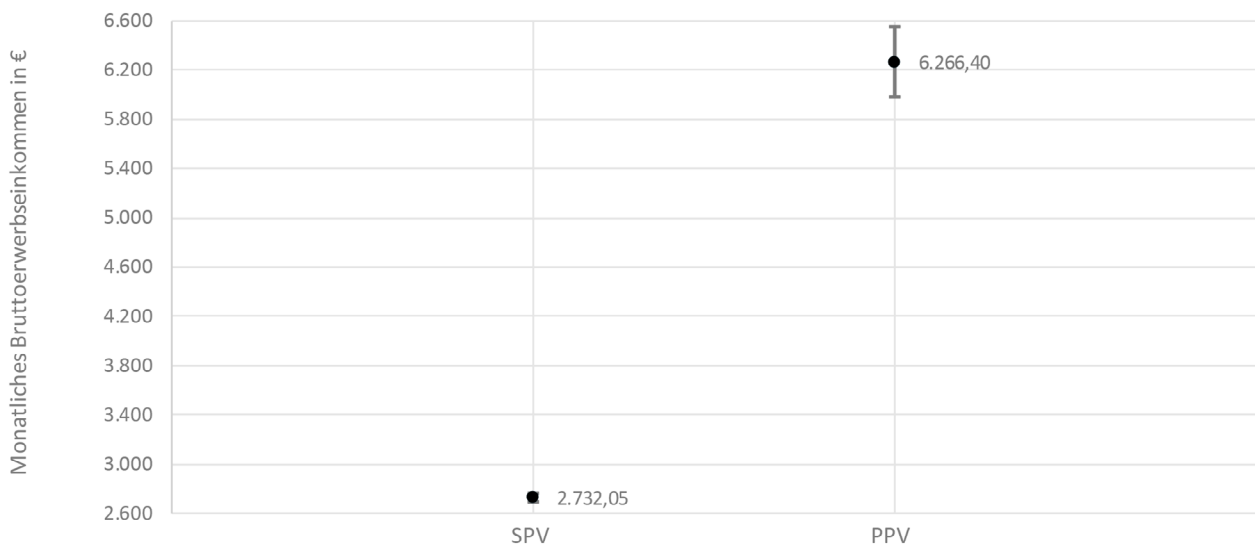
Da die Varianzen der beiden Stichproben nicht gleich groß sind, kann der t-Test nicht angewendet werden. Stattdessen wird der Welch-Test durchgeführt, bei dem die Voraussetzung der Varianzhomogenität fallen gelassen werden kann<sup>106</sup> (Kosfeld et al., 2019, S. 316, 321). Da der p-Wert für den beidseitigen Test deutlich unter 0,01 liegt, kann die Nullhypothese, dass die Durchschnittseinkommen der Versicherten der SPV und PPV gleich sind, zu einem Signifikanzniveau von 1 % abgelehnt werden. Daher kann von signifikanten Unterschieden im Durchschnittseinkommen zwischen den beiden Gruppen ausgegangen werden. Der durchschnittliche Einkommensunterschied zwischen SPV- und PPV-Versicherten beträgt rund 3.534,34 €. Zudem weist die Alternativhypothese, dass das Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten größer als das durchschnittliche Einkommen der SPV-Versicherten ist, einen p-Wert von unter 0,01 auf. Somit war das monatliche Durchschnittseinkommen der PPV-Versicherten im Jahr 2020 zu einem Signifikanzniveau von 1 % signifikant höher als das der SPV-Versicherten. Dabei fiel, wie in Abbildung 13 zu erkennen ist, die untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls der Einkommen der PPV-Versicherten [5.977,67 €; 6.555,12 €] mehr als doppelt so hoch wie die obere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls der Einkommen der SPV-Versicherten [2.698,12 €; 2.765,99 €] aus. Zudem war das Konfidenzintervall der Einkommen der PPV-Versicherten deutlich breiter als das der SPV-Versicherten.

### F-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität

Die untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls des Durchschnittseinkommens der PPV-Versicherten war 2020 mehr als doppelt so hoch wie die obere Grenze des Intervalls der SPV-Versicherten.

<sup>105</sup> Weitere Informationen zur Methodik des F-Tests bietet StataCorp LLC (o. J.c).

<sup>106</sup> Auch Kubinger, Rasch und Moder (2009) weisen darauf hin, dass der Welch-Test bei heterogenen Varianzen bezüglich seiner Macht dem t-Test deutlich überlegen ist (S. 27). Für weitere Informationen zur Methodik des t-Tests und Welch-Tests siehe StataCorp LLC (o. J.f).



**Abbildung 13: Mittelwert und 95 %-Konfidenzintervall des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens der SPV- und PPV-Versicherten im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des SOEP-Core v37.

Anmerkungen: Werte sind nicht gewichtet. Population: Erwerbstätige Personen ab 18 Jahren.

Folgende Stichproben liegen der Analyse zugrunde:

Für das Erhebungsjahr 2020: SPV (n = 15.988), PPV (n = 2.376), Gesamt (n = 18.364).

Wie bereits beschrieben weist der Boxplot in Abbildung 12 auf eine rechtsschiefe Einkommensverteilung in beiden Versicherungszweigen hin. Daher wird die bisher unterstellte Normalverteilung der Einkommensvariable in den Stichproben geprüft. Um die vorliegenden Daten analytisch auf Normalverteilung zu testen, stellt STATA den Shapiro-Wilk-Test, den Shapiro-Francia-Test sowie den Skewness- und Kurtosis-Test zu Verfügung. Es wird der Skewness- und Kurtosis-Test genutzt, da die Variable *pglabgro* für die SPV-Versicherten mit 15.988 gültigen Beobachtungen im Jahr 2020 die Höchstzahl der zulässigen Beobachtungen der anderen beiden Tests überschreitet<sup>107</sup> (StataCorp LLC, o. J.e). Die Nullhypothese für diesen Test ist, dass die Variable eine Normalverteilung aufweist. Da für die Einkommensvariable der SPV-Versicherten der p-Wert kleiner als 0,01 ist, kann die Nullhypothese des Tests mit einem Signifikanzniveau von 1 % abgelehnt werden. Ebenso weist die Einkommensvariable der PPV-Versicherten einen p-Wert von unter 0,01 auf, sodass die Nullhypothese zu einem Signifikanzniveau von 1 % verworfen werden kann. Damit ist die Einkommensvariable sowohl der SPV-Versicherten als auch der PPV-Versicherten im Jahr 2020 nicht normalverteilt.

**Test auf Normalverteilung**

Zwar empfehlen Kubinger et al. (2009) ab einer Stichprobengröße von 30 auf die Prüfung der Normalverteilung der Variablen zu verzichten und den Welch-Test anzuwenden, da sich ab einer Stichprobengröße von 30 der Welch-Test gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme als robust erweise. Dagegen sei der Mann-Whitney-U-Test für metrische Variablen generell nicht zu empfehlen, da dieser ein höheres Risiko eines Fehlers 1. Art und eine niedrigere Macht als der Welch-Test aufweise (Kubinger et al., 2009, S. 26–27). Allerdings zeigen Ahad und Syed Yahaya (2014), dass der Welch-Test bei der Verletzung

<sup>107</sup> Für weiterführende Informationen zur Methodik des Skewness- und Kurtosis-Tests siehe StataCorp LLC (o. J.d).



der Normalverteilungsannahme nur unter der Bedingung homogener Varianzen robust ist. Bei negativer Paarung der Varianzen mit den Stichprobengrößen und bei schiefen Verteilungen könne der Welch-Test die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers 1. Art nicht auf dem nominalen Signifikanzniveau kontrollieren<sup>108</sup> (Ahad & Syed Yahaya, 2014, S. 888, 893). Daher wird zusätzlich ein nichtparametrischer Test, der Mann-Whitney-U-Test, durchgeführt.

Der Mann-Whitney-U-Test, auch Wilcoxon-Rangsummentest genannt, wird angewendet, wenn die Voraussetzungen für ein parametrisches Verfahren nicht gegeben sind. Der Test setzt mindestens ordinalskalierte Variablen voraus (Universität Zürich, 2022a). Die Nullhypothese des Tests ist, dass sich die zwei Stichproben in ihrer zentralen Tendenz nicht voneinander unterscheiden (Kosfeld et al., 2019, S. 346). Der p-Wert des Tests ist kleiner als 0,01, sodass die Nullhypothese zu einem Signifikanzniveau von 1 % verworfen werden kann. Somit unterscheiden sich im Jahr 2020 die Einkommen der SPV-Versicherten von denen der PPV-Versicherten signifikant voneinander<sup>109</sup>. Da der Welch-Test das gleiche Ergebnis wie der Mann-Whitney-U-Test aufweist, kann der Welch-Test in dieser Analyse gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung als robust angesehen werden. Insgesamt besteht im Jahr 2020 ein signifikanter Unterschied in den monatlichen Bruttoerwerbseinkommen zwischen den SPV-Versicherten und den PPV-Versicherten. Dabei weisen die PPV-Versicherten einen signifikant höheren Durchschnitt des monatlichen Bruttoerwerbseinkommen und in diesem Sinne eine signifikant höhere ökonomische Leistungsfähigkeit als die SPV-Versicherten auf.

**Mann-Whitney-U-Test als nichtparametrischer Test**

### 3.5 Unterschiede in der Finanzstruktur der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung

Die Unterschiede zwischen SPV- und PPV-Versicherten hinsichtlich der Risikostruktur sowie der ökonomischen Leistungsfähigkeit wirken sich auf die Finanzstruktur der beiden Versicherungszweige aus. Während die Risikostruktur der Versicherten vor allem die Ausgabenseite der gesetzlichen Pflegeversicherung beeinflusst, wird die Einnahmenseite von der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten geprägt.

#### 3.5.1 Ausgaben

##### 3.5.1.1 Leistungsempfänger:innen nach Pflgetyp und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, werden die Ausgaben der SPV und PPV sowohl von der Risikostruktur als auch von den durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsempfänger:in beeinflusst. Die Durchschnittsausgaben je Leistungsempfänger:in werden von dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, dem Typ der Pflege sowie

**Leistungsempfänger:innen in SPV und PPV nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit**

<sup>108</sup> Eine negative Paarung liegt vor, da die PPV-Versicherten eine größere Varianz der Einkommen und einen kleineren Stichprobenumfang als die SPV-Versicherten aufweisen.

<sup>109</sup> Mehr Informationen zur Methodik des Mann-Whitney-U-Tests gibt StataCorp LLC (o. J.b).

von den gesetzlichen Leistungshöhen bestimmt. Um den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und den Pfllegetyp der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI zu untersuchen, werden in Abbildung 14 die Anteile der Leistungsempfänger:innen in den verschiedenen Gruppen der Leistungsbereiche jeweils an allen Leistungsempfänger:innen, den Leistungsempfänger:innen in der SPV und in der PPV dargestellt. Im Jahr 2020 war insgesamt unter allen Leistungsempfänger:innen der größte Anteil der Leistungsempfänger:innen im Pflegegrad 2 und der geringste Anteil im Pflegegrad 5 verortet. Dabei fiel der Anteil der Pflegebedürftigen, die Leistungen des Pflegegrades 1 oder 2 erhielten, in der SPV höher als in der PPV aus. Dagegen waren in der PPV die Anteile der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3, 4 und 5 höher als in der SPV. Während in der PPV rund 18,04 % der Leistungsempfänger:innen in den Pflegegrad 4 und ca. 7,27 % in den Pflegegrad 5 eingestuft waren, betrug in der SPV der Anteil rund 13,06 % in Pflegegrad 4 und ca. 5,50 % in Pflegegrad 5<sup>110</sup>.

Der Anteil der Leistungsempfänger:innen, die ambulante Leistungen in Anspruch nahmen, lag sowohl in der SPV als auch in der PPV bei rund 80 %. Allerdings unterschieden sich die Pflegegrade der Pflegebedürftigen im ambulanten Leistungsbereich zwischen Pflegebedürftigen in der SPV und denen in der PPV. Während im ambulanten Bereich die Anteile der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 und 2 in der SPV höher als in der PPV waren, fielen die Anteile der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, 4 und 5 in der PPV überdurchschnittlich aus. Im stationären Leistungsbereich waren die Pflegegrade 3, 4 und 5 insgesamt stärker als im ambulanten Bereich besetzt. Beide Versicherungszweige wiesen einen Anteil der Pflegebedürftigen im stationären Pflegebereich von rund 20 % auf. Jedoch waren in der PPV im stationären Bereich die Pflegegrade 1, 4 und 5 anteilig stärker als in der SPV besetzt. Die SPV wies im stationären Leistungsbereich einen höheren Anteil der Leistungsempfänger:innen in Pflegegrad 2 und 3 im Vergleich zur PPV auf.

Leistungsempfänger:innen in SPV und PPV im ambulanten und stationären Bereich

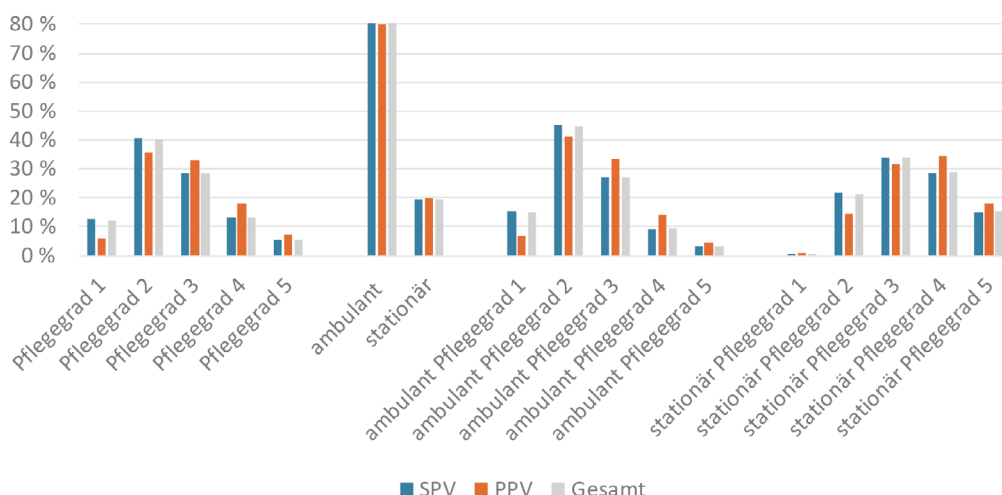


Abbildung 14: Leistungsempfänger:innen nach Leistungsbereichen im Jahr 2020

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2022h) und PKV-Verband (2022b).

<sup>110</sup> Ähnliche Ergebnisse zeigen PKV-Verband (2020, S. 56) sowie Bahnsen und Wild (2021, S. 5).

Tabelle 13 zeigt die Anzahl der Leistungsempfänger:innen jeweils für die SPV und PPV im Jahr 2004 und 2020. Zudem ist der Anteil der Leistungsempfänger:innen an allen Leistungsempfänger:innen in der SPV bzw. PPV angegeben<sup>111</sup>. Insgesamt hatte sich die Anzahl der Leistungsempfänger:innen jeweils in der SPV und PPV zwischen 2004 und 2020 mehr als verdoppelt. Dabei nahm in beiden Versicherungszweigen die Anzahl der Leistungsempfänger:innen im ambulanten Bereich stärker als im stationären Bereich zu. Dadurch sank in der SPV und PPV der Anteil der Leistungsempfänger:innen, die stationäre Pflege in Anspruch nahmen. Diese Entwicklung kann u. a. auf die Pflegereformen seit 2008 zurückgeführt werden, die die ambulante Versorgung gemäß dem Grundsatz „ambulante vor stationäre Pflege“ stärken sollten (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 5). Die beiden Versicherungszweige wiesen einen ähnlichen Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger:innen im ambulanten Bereich auf, während der Anstieg der Leistungsempfänger:innenanzahl im stationären Bereich für die PPV um fast 10 Prozentpunkte höher als der für die SPV ausfiel.

**Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger:innen in SPV und PPV**

**Tabelle 13: Anzahl der Leistungsempfänger:innen und deren Anteil an allen Leistungsempfänger:innen, den Leistungsempfänger:innen in der SPV und in der PPV in den Jahren 2004 sowie 2020 und prozentuale Veränderung**  
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2022h) und PKV-Verband (2022b).

		SPV		PPV		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2004	ambulant	1.296.811	67,34 %	81.093	68,29 %	1.377.904	67,40 %
	stationär	628.892	32,66 %	37.649	31,71 %	666.541	32,60 %
2020	ambulant	3.478.535	80,47 %	218.330	80,06 %	3.696.865	80,45 %
	stationär	844.237	19,53 %	54.370	19,94 %	898.607	19,55 %
Änderung	ambulant	168,24 %	19,49 %	169,23 %	17,23 %	168,30 %	19,36 %
	stationär	34,24 %	-40,20 %	44,41 %	-37,12 %	34,82 %	-40,02 %

Zudem kann die Entwicklung auf ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Pflegeversicherungsleistungen von Pflegebedürftigen zurückgeführt werden. Für den Zeitraum von 1995 bis 2006 beobachteten Häcker und Raffelhüschen aufgrund des Rückganges der potenziellen familialen Pflegepersonen einerseits einen Trend von Geld- hin zu Sachleistungen und damit von informeller zu professioneller ambulanter Pflege. Dies führe bei gleichem Pflegegrad zu Steigerungen der durchschnittlichen Ausgaben je Leistungsempfänger:in und je Versicherten, da im ambulanten Bereich Geldleistungen eine geringere Leistungshöhe als Sachleistungen aufweisen (Kapitel 2.4) (Häcker & Raffelhüschen, 2006, S. 1–3). Da in der Analyse keine Aufgliederung des ambulanten Bereiches in Geld- und Sachleistungen möglich ist, kann diese Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens von Pflegeleistungen für den Betrachtungszeitraum nicht beurteilt werden<sup>112</sup>. Andererseits verwiesen Häcker und Raffelhüschen (2006) auf einen Trend der zunehmenden Substitution von ambulanter durch stationäre Pflege<sup>113</sup>. Der Heim-

**Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens von Pflegeversicherungsleistungen**

<sup>111</sup> Da die drei Pflegestufen im Jahr 2017 in fünf Pflegegrade überführt wurden, wird auf eine Analyse der Veränderungen des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf verzichtet. Als Vergleichsjahr wurde das Jahr 2004 gewählt, da für die Leistungsempfänger:innen der PPV in den Jahren davor keine Aufgliederung nach Pflgetyp vorliegt.

<sup>112</sup> Für die PPV liegen keine öffentlichen Daten zur Unterteilung der Leistungsempfänger:innen nach detaillierten Leistungsarten vor.

<sup>113</sup> Der Trend von der ambulanten hin zur stationären Pflege wird auch als „Heimsog-Effekt“ oder „Hospitalisierungstrend“ bezeichnet (Häcker & Raffelhüschen, 2006, S. 1–2).

sog-Effekt kann im Zeitraum von 2004 bis 2020 in der vorliegenden Analyse nicht beobachtet werden. Zwar nahm die Anzahl der Leistungsempfänger:innen im stationären Bereich zu, allerdings nahm deren Anteil an allen Leistungsempfänger:innen in beiden Versicherungszweigen ab.

Insgesamt war zwischen 2004 und 2020 für die PPV ein stärkerer Anstieg der Leistungsempfänger:innenzahl im stationären Bereich als für die SPV zu beobachten. Im Jahr 2020 unterschieden sich die Leistungsempfänger:innen der SPV und PPV nicht hinsichtlich des Typs der Pflege (ambulante oder stationäre Pflege). Dagegen fiel der Anteil der Leistungsempfänger:innen mit mindestens schweren Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 3, § 15 Abs. 3 SGB XI) in der PPV höher als in der SPV aus. Somit war die Pflegeprävalenz in der PPV zwar niedriger als in der SPV (Kapitel 3.3.4.2), jedoch wiesen die Leistungsempfänger:innen der PPV eine anteilig stärkere Besetzung höherer Schweregrade der Pflegebedürftigkeit als Leistungsempfänger:innen der SPV auf. Da in der Regel die Höhe der Pflegeleistungen mit zunehmendem Pflegegrad steigt (Kapitel 2.4), deutet diese Verteilung darauf hin, dass privatversicherte Leistungsempfänger:innen im Durchschnitt höhere Ausgaben als sozialversicherte Leistungsempfänger:innen aufwiesen.

Zwar fiel im Jahr 2020 die Pflegeprävalenz in der PPV niedriger als in der SPV aus, allerdings war der Anteil der Leistungsempfänger:innen mit mindestens Pflegegrad 3 in der PPV höher als in der SPV.

### 3.5.1.2 Leistungsausgaben

Der kombinierte Effekt aus den aufgezeigten Unterschieden hinsichtlich der Risikostruktur der Versicherten, dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und des Pfl egetyps der Leistungsempfänger:innen spiegeln sich in den in Tabelle 14 dargestellten Kennzahlen zu den Leistungsausgaben der SPV und PPV wider. Da ein Teil der Ausgaben für die Pflegerversicherungsleistungen der PPV-Versicherten von der Beihilfe getragen wird und damit die Leistungsausgaben für privat Pflegeversicherte deutlich höher als die Ausgaben der PPV sind (Kapitel 2.2.2), müssen für einen validen Vergleich der beiden Versicherungszweige auch die Beihilfeausgaben einbezogen werden (Neusius, 2019, S. 423). Im Jahr 2020 zählten ca. 51,75 % der privat Krankenversicherten und damit privat Pflegeversicherten zu den beihilfeberechtigten Personen (PKV-Verband, 2022b). Die Anspruchshöhe der steuerfinanzierten Beihilfe variiert zwischen den Bundesländern und dem Bund sowie zwischen aktiven Beamten und Familienangehörigen, jedoch beträgt der Anteil an den Ausgaben für Pflegeleistungen in der Regel nicht unter 50 % (Greß et al., 2019, S. 246, 250). Da keine Statistiken zu den Pflegeausgaben der Beihilfestellen mit öffentlichem Zugang vorliegen, werden die Beihilfeausgaben geschätzt. Dabei wird von einer Verdoppelung der hälftigen Pflegeausgaben der PPV ausgegangen. Demnach sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben je PPV-Versicherten bzw. je Leistungsempfänger:in in der PPV inklusive Beihilfeausgaben um die Hälfte höher als jene ohne Beihilfeausgaben ausgewiesen<sup>114</sup>.

Für den Vergleich der Leistungsausgaben von SPV und PPV erfolgt eine Schätzung der Beihilfeausgaben.

<sup>114</sup> Das Vorgehen orientiert sich an Greß et al. (2019, S. 250). Im Vergleich dazu geht Neusius (2021a) von etwas höheren Beihilfeausgaben aus (S. 5). Zudem weist Rothgang (2010a) die Ausgaben inklusive Beihilfe ungefähr doppelt so hoch wie die Ausgaben ohne Beihilfe aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schätzung berücksichtigt, dass die beihilfeberechtigten PPV-Versicherten einen höheren Altersdurchschnitt als die sonstigen PPV-Versicherten aufweisen (Rothgang, 2010a, S. 157).

**Tabelle 14: Leistungsausgaben der SPV und PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräther et al. (2009, S. 76) und auf Basis von BMG (2022b) sowie PKV-Verband (2022b).

	SPV			PPV		
	1999	2020	Änderung	1999	2020	Änderung
Leistungsausgaben in Mrd. €	15,55	45,60	193,25 %	0,46	1,76	279,48 %
Anzahl Versicherte	71.424.000	73.347.000	2,69 %	8.226.000	9.238.900	12,31 %
Leistungsausgaben je Versicherten in € ohne Beihilfeausgaben	217,71	621,70	185,56 %	56,27	190,13	237,87 %
Leistungsausgaben je Versicherten in € inkl. Beihilfeausgaben	217,71	621,70	185,56 %	84,41	285,20	237,87 %
Anzahl Leistungsempfänger:innen	1.826.362	4.322.772	136,69 %	102.947	272.700	164,89 %
Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in in € ohne Beihilfeausgaben	8.514,19	10.548,79	23,90 %	4.496,49	6.441,51	43,26 %
Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in in € inkl. Beihilfeausgaben	8.514,19	10.548,79	23,90 %	6.744,73	9.662,27	43,26 %

Die SPV wies im Jahr 2020 einen fast doppelt so hohen Anteil an Pflegebedürftigen wie die PPV auf. Während die SPV rund 88,81 % der Versicherten umfasste und deren Leistungsausgaben insgesamt rund 45,60 Mrd. € betrug, bezifferten sich die Leistungsausgaben in der PPV auf ca. 1,76 Mrd. €<sup>115</sup>. Bei gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachungskriterien waren die Leistungsausgaben je Versicherten in der SPV mit durchschnittlich rund 621,70 € mehr als dreifach so hoch wie die in der PPV ohne Beihilfeausgaben mit ca. 190,13 €. Auch inklusive der durch die Beihilfe zusätzlich getragenen Leistungsausgaben lagen die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro versicherte Person in der SPV um den Faktor 2,18 höher als in der PPV<sup>116</sup>.

**Leistungsausgaben je Versicherten**

Hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in wies die SPV im Jahr 2020 mit rund 10.548,79 € einen um über 60 % höheren Wert als die PPV ohne Beihilfeausgaben mit ca. 6.441,51 € auf. Unter Berücksichtigung der Beihilfezahlungen waren die Durchschnittsausgaben für Leistungsempfänger:innen in der SPV rund 887,00 € bzw. weniger als 10 % höher als in der PPV. Damit lagen die Ausgaben für die Leistungsempfänger:innen der PPV unter denen

**Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in**

<sup>115</sup> Neben den Leistungsausgaben fallen in der SPV auch die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes, Verwaltungsausgaben, die Zuführung zum Pflegevorsorgefonds und sonstige Ausgaben an. Dieser Anteil betrug im Jahr 2020 rund 7,09 % an den Gesamtausgaben, sodass die Leistungsausgaben rund 92,91 % der Gesamtausgaben abbildeten (BMG, 2022b). Für die PPV liegen keine entsprechenden Daten vor.

<sup>116</sup> Rothgang und Domhoff (2019) bezifferten unter gleichen Annahmen den Unterschied für das Jahr 2017 mit einem Faktor von 2,4 (S. 20). Neusius (2021a) berechnete für das Jahr 2018 einen Faktor von 1,9 unter der Annahme eines höheren Anteils Beihilfeberechtigter für die höheren Altersklassen und eines höheren Beihilfeanspruches (S. 5).

der SPV, obwohl bei privatversicherten Leistungsempfänger:innen die Pflegegrade 3, 4 und 5 anteilig stärker als in der SPV besetzt waren. Dies kann jedoch auch auf die Annahmen zur Schätzung der Beihilfeausgaben zurückgeführt werden. Bahnsen und Wild (2021) wiesen für das Jahr 2019 unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben sogar höhere Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in in der PPV als in der SPV aus<sup>117</sup>.

Insgesamt waren im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben sehr geringe Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in der SPV und PPV zu erkennen, während die durchschnittlichen Leistungsausgaben je SPV-Versicherten mehr als doppelt so hoch wie die der PPV-Versicherten ausfielen. Daher kann der Unterschied in den Durchschnittsausgaben je Versicherten vor allem auf den Unterschied im Anteil der Pflegebedürftigen und damit auf die unterschiedliche Risikostruktur zwischen SPV und PPV zurückgeführt werden (Neusius, 2021a, S. 5; Rothgang & Jacobs, 2011, S. 15).

Im Zeitraum zwischen 1999 und 2020 waren deutliche Steigerungen der Leistungsausgaben zu erkennen. Dies kann insbesondere durch die auf Reformen basierenden Leistungsausweitungen erklärt werden, die stärker als die demografischen Effekte wirken (Neusius, 2021b, S. 898). Dabei nahm die Anzahl der Leistungsempfänger:innen in der PPV stärker als in der SPV zu. Insgesamt wiesen die Leistungsausgaben in der PPV einen höheren Anstieg als die in der SPV auf. Da sich die durchschnittlichen Leistungsausgaben je versicherte Person in der PPV stärker erhöhten als in der SPV, nahm der Unterschied in den Durchschnittsausgaben je Versicherten zwischen SPV und PPV ab. Ebenso war bei den durchschnittlichen Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in eine Abnahme des Unterschieds zwischen SPV und PPV zu erkennen.

Unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben waren die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in der SPV doppelt so hoch.

#### Entwicklung der Leistungsausgaben zwischen 1999 und 2020

### 3.5.2 Einnahmen

Wie unter Kapitel 3.1.4 beschrieben, werden die Einnahmen der SPV von der Erwerbs- und Einkommensstruktur der SPV-Versicherten beeinflusst. Dagegen hat in der PPV der Erwerbsstatus und die Einkommenshöhe lediglich einen Einfluss auf die Anzahl der PPV-Versicherten, da die Prämien der PPV einkommensunabhängig kalkuliert werden. Da in der PPV Alterungsrückstellungen gebildet werden und beihilfeberechtigte PPV-Versicherte nur einen Kostenanteil der Pflegeversicherungsleistung absichern, während die SPV im Umlageverfahren finanziert wird, ist ein direkter Vergleich der Höhe der Beiträge der SPV-Versicherten mit der Prämienhöhe der PPV-Versicherten nicht möglich.

Aufgrund der unterschiedlichen Verfahren ist ein direkter Vergleich der Einnahmen zwischen SPV und PPV nicht möglich.

<sup>117</sup> Dabei wird nicht auf die Berechnung der Beihilfeausgaben und den zugrundeliegenden Annahmen eingegangen (Bahnsen & Wild, 2021, S. 5).

Tabelle 15 zeigt, dass im Jahr 2020 insgesamt rund 47,89 Mrd. € Beitragseinnahmen zur Deckung der Leistungsausgaben der SPV erhoben wurden<sup>118</sup>. In der PPV bezifferten sich die Prämieinnahmen auf ca. 4,20 Mrd. €<sup>119</sup>. Je SPV-Versicherten waren im Jahr 2020 im Durchschnitt Beitragseinnahmen von rund 652,92 € erforderlich. Demgegenüber war die durchschnittliche Prämie je PPV-Versicherten mit ca. 454,11 € deutlich niedriger. Damit wies die SPV um rund 43,78 % höhere durchschnittliche Beitragseinnahmen je Versicherten als die PPV auf. Im Jahr 1999 waren dagegen in der SPV niedrigere Beiträge je Versicherten von durchschnittlich rund 225,83 € als in der PPV mit 240,03 € vorzufinden<sup>120</sup>.

**Beitragseinnahmen der SPV & Prämieinnahmen der PPV**

**Tabelle 15: Beitragseinnahmen der SPV und Prämieinnahmen der PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräther et al. (2009, S. 76) und auf Basis von BMG (2022b) sowie PKV-Verband (2022b).

	SPV			PPV		
	1999	2020	Änderung	1999	2020	Änderung
Beitrags- bzw. Prämieinnahmen in Mrd. €	16,13	47,89	196,90 %	1,97	4,20	112,48 %
Beitrag bzw. Prämie je Versicherten in €	225,83	652,92	189,12 %	240,03	454,11	89,19 %

Zwischen 1999 und 2020 hat sich in der SPV der durchschnittliche Beitrag je Versicherten fast verdreifacht, obwohl die beitragspflichtigen Einnahmen je SPV-Mitglied zwischen 1995 und 2021 lediglich um 55,5 % stiegen und damit deutlich unter der Zuwachsrate des BIP von rund 89,6 % lagen (Destatis, 2022b; IAQ, 2022, S. 2). Der geringe Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen kann vor allem auf den zunehmenden Anteil von Rentner:innen im Versichertenbestand, das Absinken der Lohnquote<sup>121</sup> und die schwachen Erhöhungen der Renten zurückgeführt werden (IAQ, 2022, S. 2; Kochskämper, 2017, S. 20; Niehaus, 2010, S. 27–30). Der trotzdem resultierende Einnahmestieg der SPV kann primär auf die Beitragssatzanhebungen zurückgeführt werden, die zur Finanzierung der Ausgabenanstiege erforderlich waren. Zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde der Beitragssatz auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt (Rothgang et al., 2020, S. 115). Der Beitragssatz zur SPV wurde seit 2013 fast alle zwei Jahre angepasst und liegt seit dem 01.01.2022 bei 3,05 % für Versicherte mit Kindern bzw. bei 3,40 % für Kinderlose<sup>122</sup> (PKV-Verband, 2022a, S. 5). Zusätzlich ist die Beitragsbemessungsgrenze seit der Einführung der Pflegeversicherung aufgrund der Anpassungen an die wirtschaftliche Entwicklung gestiegen (BMG, 2017a; GBE, 2022a). Daneben hat die gute Beschäftigungsentwicklung zu einem Einnahmestieg beigetragen (IAQ, 2021, S. 2).

**Beitragssatzentwicklung in der SPV**

<sup>118</sup> In der SPV bestehen neben den Beitragseinnahmen auch sonstige Einnahmen, zu denen z. B. die Bundeszuschüsse zählen. Der Anteil der sonstigen Einnahmen an den Gesamteinnahmen bezifferte sich im Jahr 2020 auf rund 5,4 % (BMG, 2022b).

<sup>119</sup> Den privaten Versicherungsunternehmen stehen allgemein vier Finanzierungsquellen zur Verfügung: Prämieinnahmen, Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrück-erstattung, Kapitalerträge und Entnahmen aus den Alterungsrückstellungen. Für die Anteile der verschiedenen Einnahmequellen der PPV liegen keine Daten vor (PKV-Verband, 2020, S. 35).

<sup>120</sup> Diese Entwicklung zeigt auch der PKV-Verband (2022a, S. 12).

<sup>121</sup> Die Lohnquote bezeichnet den Anteil der Löhne sowie Gehälter am Volkseinkommen (IAQ, 2022, S. 2).

<sup>122</sup> Für einen Überblick zu den bereits unter Kapitel 2.1.4 aufgeführten sowie weiteren Beitragssatzanhebungen siehe vdek (2022a).

## Prämienentwicklung in der PPV

Die durchschnittliche Prämie je PPV-Versicherten stieg zwischen 1990 und 2020 um fast 90 % und damit im Vergleich zur SPV deutlich geringer an. Zwischen 2000 und 2005 konnte die PPV sogar Prämienenkungen durchführen (Gasche, 2007, S. 22; PKV-Verband, 2022a, S. 12). Der geringere Anstieg der Durchschnittsprämie zwischen 1990 und 2020 kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Prämien in der PPV bei Alterung des Versichertenkollektivs aufgrund der Alterungsrückstellungen im Gegensatz zu den Beiträgen der umlagefinanzierten SPV stabil bleiben (PKV-Verband, 2022a, S. 12). Der Anstieg der durchschnittlichen Prämienhöhe je Versicherten ist in den pflegereformbedingten Leistungsausweitungen begründet (PKV-Verband, 2022a, S. 12). Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen mussten die Prämien angehoben werden (Gasche, 2007, S. 24; Neusius, 2021b, S. 898). Zudem sank die Verzinsung der Alterungsrückstellungen aufgrund des in den letzten Jahren niedrigen Leitzinses, sodass zum Ausgleich Prämien erhöhungen erfolgten (Neusius, 2021b, S. 897; PKV-Verband, 2021).

Wenn bei den durchschnittlichen Prämien je PPV-Versicherten die Beihilfe berücksichtigt wird, können die Prämien so interpretiert werden, als hätten die Beihilfeberechtigten die gesamten Pflegeversicherungsleistungen über die PPV versichern und damit eine vollständige Prämie zahlen müssen (Neusius, 2021b, S. 898). Unter den Annahmen in Kapitel 3.5.1.2 ergibt sich für das Jahr 2020 eine durchschnittliche Prämienhöhe je Versicherten in Höhe von rund 681,17 €. Diese würde über dem durchschnittlichen Beitrag je SPV-Versicherten liegen<sup>123</sup>. Damit kann der im Durchschnitt höhere Beitrag der SPV-Versicherten im Vergleich zu den Prämien der PPV-Versicherten auch auf die anteilige Absicherung durch die Beihilfeleistungen zurückgeführt werden. Eine höhere durchschnittliche Prämie der PPV-Versicherten gegenüber den Beiträgen der SPV-Versicherten kann u. a. aus den Alterungsrückstellungen resultieren.

Im Jahr 1999 lagen die durchschnittlichen Prämien je PPV-Versicherten unter Berücksichtigung der Beihilfe bei rund 360,05 € und damit über dem Beitrag der SPV-Versicherten. Zudem deutet dies auf eine Verringerung der Unterschiede zwischen der Beitragshöhe in der SPV und der Prämienhöhe der PPV unter Berücksichtigung der Beihilfeleistungen zwischen 1999 und 2020 hin. Wenn die Beihilfeleistungen aus der Betrachtung ausgeschlossen werden, ist dagegen eine Vergrößerung des Unterschiedes zwischen 1999 und 2020 und im Jahr 2020 eine höhere durchschnittliche Beitragsbelastung der SPV-Versicherten im Vergleich zu den PPV-Versicherten zu vermuten.

Neben den Beitragseinnahmen erhält die SPV ab dem Jahr 2022 vom Bund zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der SPV einen Bundeszuschuss in Höhe von 1. Mrd. € pro Jahr an den Ausgleichsfonds (§ 61a SGB XI). Dies soll

## Weitere Einnahmequellen

<sup>123</sup> Neusius (2021b) weist sogar eine noch höhere durchschnittliche Prämie je PPV-Versicherten unter Berücksichtigung der Beihilfe aus, da die Übernahme eines höheren Anteils der Leistungsausgaben von der Beihilfe angenommen wird (S. 898).



u. a. den Anstieg des Beitragssatzes entgegenwirken<sup>124</sup>. Auch die PPV weist, wie unter 3.1.4 beschrieben, neben den Prämieinnahmen weitere Einnahmequellen auf. Zu diesen sind allerdings keine Daten verfügbar.

### 3.5.3 Mittelbestand und Alterungsrückstellungen

Im Jahr 2020 überstiegen die Gesamteinnahmen in der SPV von ca. 50,62 Mrd. € die Gesamtausgaben von 49,08 Mrd. €, sodass der Mittelbestand, wie Tabelle 16 zeigt, durch den Überschuss von 1,54 Mrd. € auf rund 8,20 Mrd. € zunahm. Auch in der PPV lagen die Prämieinnahmen, wie bereits gezeigt, deutlich über den Leistungsausgaben der PPV: Während im Jahr 2020 die Prämieinnahmen in der PPV rund 4,20 Mrd. € und die durchschnittlichen Prämien je PPV-Versicherten ca. 454,11 € betragen, bezifferten sich die Leistungsausgaben auf rund 1,76 Mrd. € und die durchschnittlichen Leistungsausgaben auf ca. 190,13 € je PPV-Versicherten ohne Berücksichtigung der Beihilfeausgaben. Damit konnten fast 60 % der Prämieinnahmen für die Bildung von Alterungsrückstellungen und andere Aufgaben, wie Verwaltungskosten, genutzt werden (Dräther et al., 2009, S. 77). Im Jahr 1999 betrug der Anteil der Prämieinnahmen, der nicht für die Leistungsausgaben genutzt wurde, sogar über 76 %. Am Jahresende 2020 belief sich die Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen in der PPV auf mehr als 43,00 Mrd. €.

#### Mittelbestand der SPV und Alterungsrückstellungen der PPV im Jahr 2020

**Tabelle 16: Mittelbestand der SPV und Alterungsrückstellungen der PPV in den Jahren 1999 sowie 2020 und deren prozentuale Veränderung**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dräther et al. (2009, S. 76) und auf Basis von BMG (2022b) sowie PKV-Verband (2022b).

	SPV			PPV		
	1999	2020	Änderung	1999	2020	Änderung
Mittelbestand bzw. Altersrückstellungen in Mrd. €	4,95	8,20	65,66 %	5,32	43,66	721,28 %
Zuführung/Entnahme in Mrd. €	-0,03	1,54	5.233,33 %	1,83	2,97	62,07 %

Im Jahr 1999 lag der Kapitalbestand der beiden Versicherungszweige mit rund 5 Mrd. € etwa gleich hoch. Während sich der gesamte Mittelbestand der SPV zwischen 1999 und 2020 relativ stabil zwischen rund 3 und 10 Mrd. € bewegte, stiegen die Alterungsrückstellungen der PPV kontinuierlich um rund 1 bis 3 Mrd. €

#### Entwicklung des Kapitalbestandes in SPV und PPV von 1999 bis 2020

<sup>124</sup> Im Jahr 2020 erhielt die SPV erstmalig einen Steuerzuschuss von 1,8 Mrd. € im Kontext der durch die COVID-19-Pandemie beschlossenen Sondermaßnahmen (Neusius, 2021b, S. 895, 897). Aufgrund der pandemiebedingten Mehrausgaben erhielt die SPV auch im Jahr 2021 einen Bundeszuschuss von 1,0 Mrd. € und im Jahr 2022 1,2 Mrd. €, um das Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen zu vermeiden (§ 1 PKEV, § 1 PKEV 2022). Dagegen wurde die PPV nicht von den corona-bedingten Sonderlasten befreit. Für den Zeitraum vom 01.07.2021 bis 31.12.2022 kann die PPV für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben, um die pandemiebedingten Mehrausgaben zu finanzieren (§ 110a SGB XI). Zusätzlich zu diesem Zuschlag tragen die PPV-Versicherten auch über die Steuer die Bundeszuschüsse zur SPV mit (Neusius, 2021b, S. 895).

pro Jahr an<sup>125</sup>. Damit hatten sich die gesamten Alterungsrückstellungen der PPV im Jahr 2020 gegenüber 1999 mehr als verachtfacht. Dagegen nahm der Mittelbestand der SPV im Betrachtungszeitraum um rund 65,66 % zu. Dieser Unterschied kann durch die unterschiedlichen Finanzierungsverfahren der beiden Versicherungszweige begründet werden. Zudem kann die unterschiedliche Entwicklung darauf zurückgeführt werden, dass die Leistungsausgaben pro Versicherten in der PPV deutlich niedrigerer waren und die durchschnittliche Prämienhöhe der PPV gegebenenfalls über dem Durchschnittsbeitrag der SPV-Versicherten lag.

In den ersten Jahren nach der Einführung der SPV im Jahr 1995 erzielte die SPV Überschüsse, die zum Aufbau von Rücklagen genutzt wurden. Allerdings wurde seit 1999 eine strukturelle Unterfinanzierung der SPV aufgrund stark steigender Pflegefallzahlen deutlich, sodass bis 2005 durch die Defizite die Rücklagen abgebaut wurden (Gasche, 2007, S. 15–16). Die Daten des BMG für die Jahre von 2003 bis 2020 zeigen, dass in diesem Zeitraum der jeweilige Mittelbestand am Jahresende über dem gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesoll lag (Kapitel 2.5.1.3) (BMG, 2022q, S. 5). Im Jahr 2021 entstand der SPV hauptsächlich aufgrund der pandemiebedingten Mehrausgaben ein Defizit von 1,35 Mrd. €, sodass der Mittelbestand auf 6,85 Mrd. € sank. In den ersten sieben Monaten des Jahres 2022 belief sich das Defizit bereits auf 1,95 Mrd. €, wodurch der Mittelbestand auf 4,90 Mrd. € abnahm<sup>126</sup>. Um das Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen zu verhindern, erhielt die SPV einen Bundeszuschuss für die Jahre 2021 und 2022 (§ 153 SGB XI, § 1 PKEV, § 1 PKEV 2022).

Zusätzlich fließt seit dem Jahr 2015 ein Anteil von 0,1 Beitragssatzpunkten der Beitragseinnahmen pro Jahr in den Pflegevorsorgefonds der SPV (BMG, 2021c, S. 82). Der Kapitalstock des Pflegevorsorgefonds betrug im Jahr 2020 rund 9,01 Mrd. €.

**Entwicklung des Mittelbestandes in der SPV von 1999 bis 2022**

## 3.6 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

### 3.6.1 Strukturelle Unterschiede zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung und deren Entwicklung

Die zweite Forschungsfrage befasst sich mit den strukturellen Unterschieden zwischen SPV und PPV im Jahr 2020 und deren Veränderungen gegenüber 1999. Tabelle 17 fasst die Analyseergebnisse hinsichtlich der strukturellen Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen zusammen. Die SPV und PPV unterscheiden sich bereits hinsichtlich ihrer Versichertenanzahl beträchtlich. Im Jahr 2020 waren rund 88,10 % der Bevölkerung sozial pflegeversichert, während ca. 11,90 % der Bevölkerung in der PPV waren. Im Vergleich zum Jahr 1999 konnte die PPV ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung steigern.

**Zweite Forschungsfrage: Strukturelle Unterschiede zwischen SPV und PPV im Jahr 2020 und Veränderungen gegenüber 1999**

<sup>125</sup> Für einen Überblick zu der gesamten Entwicklung der Einnahmen, Ausgaben und des Mittelbestandes der SPV zwischen 1998 und 2020 siehe IAQ (2021, S. 1).

<sup>126</sup> Die pandemiebedingten Ausgaben umfassen z. B. die Ausgaben für den Pflegeschutzschirm und die Erstattungen der Testkosten im Rahmen der Testverordnung (BMG, 2022f).

**Unterschiede in  
 der Risikostruktur  
 der Versicherten  
 der SPV und PPV**

Der Anteil der Versicherten im Alter von 60 bis 84 Jahren fiel im Jahr 2020 in der PPV deutlich höher als in der SPV aus, während in der SPV die Altersgruppe ab 85 Jahren anteilig stärker besetzt war. Da auf Basis des SOEP die PPV-Versicherten in fast allen Altersklassen eine niedrigere und in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen eine deutlich höhere Pflegeprävalenz als SPV-Versicherte aufwiesen, kann nicht direkt auf eine günstigere Altersstruktur in einer der beiden Versicherungszweige im Jahr 2020 geschlossen werden. Seit 1999 gleichen sich die Unterschiede in der Altersstruktur zwischen SPV und PPV an. Hinsichtlich der Geschlechtsstruktur waren im Jahr 2020 in der PPV unterdurchschnittlich viele Frauen versichert. Dabei fiel in der SPV in den Altersgruppen von 18 bis 19 Jahren, von 25 bis 29 Jahren sowie ab 40 Jahren der Frauenanteil höher als in der PPV aus. Da Frauen ab ca. 75 Jahren eine deutlich höhere Pflegequote als Männer aufweisen, zeigt die SPV hinsichtlich der Geschlechtsstruktur ein höheres Pflegerisiko auf. Allerdings ist zwischen 1999 und 2020 eine Verringerung der Unterschiede in der Geschlechtsstruktur zwischen SPV- und PPV-Versicherten zu erkennen. Beim Vergleich der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten von SPV- und PPV-Versicherten zeigten Versicherte der SPV in jeder Altersgruppe, außer bei den männlichen Versicherten im Alter von 85 bis 89 Jahren und bei weiblichen Versicherten im Alter von 65 bis 69 Jahren, höhere Pflegeprävalenzen als die PPV-Versicherten. Damit wies die SPV im Jahr 2020 hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen ein höheres Pflegerisiko als die PPV auf. Im Vergleich zum Jahr 2015 blieben die Unterschiede in der Pflegeprävalenz zwischen SPV- und PPV-Versicherten in den meisten Altersgruppen im Jahr 2020 relativ konstant.

**Tabelle 17: Übersicht der strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV im Jahr 2020**

Quelle: Eigene Darstellung.

Anmerkungen: Die strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV werden wie folgt gekennzeichnet: Vorteilhaftige Struktur (x) des Versicherungszweiges, ausgeglichenes Verhältnis (-).

Da die Anzahl der Versicherten sowie eine Erwerbsstruktur nicht vorteilhaft sein und die Einnahmen sowie der Kapitalbestand beider Systeme nicht direkt verglichen werden können, werden diese Strukturmerkmale nicht in der Tabelle aufgeführt.

	SPV	PPV
Altersstruktur	-	-
Geschlechtsstruktur		x
Pflegeprävalenz nach Alter und Geschlecht		x
Pflegeprävalenz insgesamt (Risikostruktur)		x
Einkommensstruktur (Ökonomische Leistungsfähigkeit)		x
Leistungsempfänger:in nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit	x	
Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in inkl. Beihilfeausgaben	-	-
Leistungsausgaben je Versicherten inkl. Beihilfeausgaben		x

Insgesamt fiel im Jahr 2020 die Pflegeprävalenz der SPV in den ausgewählte Datenquellen fast doppelt so hoch wie die der PPV aus. Dies weist auf eine Risikomischung zwischen SPV- und PPV-Versicherten sowie auf ein im Durchschnitt niedrigeres Pflegerisiko der PPV-Versicherten hin. Der z-Test zeigt, dass die PPV-Versicherten im Jahr 2020 einen signifikant niedrigeren Anteil von Pflegebedürftigen als die SPV-Versicherten aufwiesen. Im Zeitraum von 1999 bis 2020 war eine geringe Abnahme der Unterschiede zu erkennen, während die Datenquellen für

Insgesamt wiesen 2020 Versicherte in der PPV im Durchschnitt eine bessere Risikostruktur als in der SPV auf.

den Zeitraum von 2015 bis 2020 allerdings einen Anstieg des Unterschieds in der Pflegeprävalenz zwischen SPV- und PPV-Versicherten zeigten. Insgesamt wiesen die PPV-Versicherten im Jahr 2020 im Durchschnitt ein signifikant niedrigeres Pflegerisiko und damit eine bessere Risikostruktur als die SPV-Versicherten auf.

Zudem zeigten die beiden Versichertenkollektive im Jahr 2020 deutliche Unterschiede in der Erwerbs- und Einkommensstruktur auf. Hinsichtlich der beruflichen Stellung weisen die Analysen auf eine hohe Segregation der Versichertenpopulationen von SPV und PPV, die sich im Vergleich zum Jahr 1999 nicht nivelliert, sondern eher verfestigt hat. Insbesondere Beamte als auch Selbständige, Freiberufler:innen und Akademiker:innen waren im Jahr 2020 überproportional häufig privat pflegeversichert. Demgegenüber waren Angestellte mit einfacher oder qualifizierter Tätigkeit, Auszubildende sowie Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige überproportional häufig in der SPV vorzufinden. Die Durchschnittseinkommen und Quartilseinkommen der SPV-Versicherten unterschieden sich von denen der PPV-Versicherten im Jahr 2020 deutlich. Das monatliche Bruttoerwerbseinkommen der PPV-Versicherten fiel im Durchschnitt fast doppelt so hoch wie das der SPV-Versicherten aus. Der Welch-Test und der Mann-Whitney-U-Test zeigten, dass sich die monatlichen Durchschnittseinkommen der SPV-Versicherten von denen der PPV-Versicherten signifikant unterschieden. Zusätzlich gab es von 1999 bis 2020 Unterschiede bei den Einkommenszuwächsen der SPV- und PPV-Versicherten, wodurch ein Auseinanderdriften der Einkommen zwischen SPV- und PPV-Versicherten festzustellen ist. Im Jahr 2020 wiesen die PPV-Versicherten einen signifikant höheren Durchschnitt des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens und in diesem Sinne eine signifikant höhere ökonomische Leistungsfähigkeit als die SPV-Versicherten auf.

**Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten der SPV und PPV**

Im Jahr 2020 unterschieden sich die Leistungsempfänger:innen der SPV und PPV nicht hinsichtlich des Typs der Pflege: Die Anteile der Leistungsempfänger:innen im ambulanten bzw. stationären Bereich in der SPV und PPV fielen gleich hoch aus. Dagegen waren in der PPV insgesamt die Pflegegrade 3, 4 und 5 anteilig stärker als in der SPV besetzt. Damit war die Pflegeprävalenz in der PPV zwar signifikant niedriger als in der SPV, jedoch wiesen Leistungsempfänger:innen der PPV eine anteilig stärkere Besetzung höherer Schweregrade der Pflegebedürftigkeit als Leistungsempfänger:innen der SPV auf. Zwischen 2004 und 2020 wiesen die beiden Versicherungszweige einen ähnlichen Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger:innen im ambulanten Bereich auf, während der Anstieg der Leistungsempfänger:innenanzahl im stationären Bereich für die PPV deutlich höher als der für die SPV ausfiel.

**Vergleich der Leistungsempfänger:innen nach Pflgetyp und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit**

Hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Leistungsempfänger:in bestanden im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben sehr geringe Unterschiede zwischen der SPV und PPV. Dagegen fielen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je SPV-Versicherten mehr als doppelt so hoch wie die der PPV-Versicherten aus. Dieser Unterschied kann somit vor allem auf den fast doppelt so hohen Anteil der Pflegebedürftigen in der SPV im Vergleich zur PPV und damit der unterschiedlichen Risikostruktur zurückgeführt werden. Zwischen 1999 und 2020 nahmen die Unterschiede in den durchschnittlichen Leistungsausgaben sowohl je Versicherten als auch je Leistungsempfänger:in zwischen SPV und PPV ab. Bei der Analyse der Einnahmen ist die eingeschränkte Vergleichbarkeit

**Unterschiede in der Finanzstruktur der SPV und PPV**

zwischen SPV und PPV zu beachten. Im Jahr 2020 fielen die durchschnittlichen Beiträge je SPV-Versicherten deutlich höher als die durchschnittlichen Prämien der PPV-Versicherten aus. Dabei stiegen die Durchschnittsbeiträge in der SPV zwischen 1999 und 2020 stärker als die Durchschnittsprämie der PPV-Versicherten, was auf eine Vergrößerung des Unterschiedes hindeutet. Unter Berücksichtigung der Beihilfeleistungen waren im Jahr 2020 die durchschnittlichen Prämien der PPV-Versicherten höher als die Durchschnittsbeiträge der SPV-Versicherten und die Unterschiede geringer als im Jahr 1999. Ebenso kann der Mittelbestand der SPV nicht direkt mit den Alterungsrückstellungen der PPV verglichen werden. Während der Kapitalbestand in den beiden Versicherungszweigen im Jahr 1999 mit rund 5,00 Mrd. € etwa gleich hoch war, wiesen die SPV und PPV bis 2020 deutliche Unterschiede in der Entwicklung der Kapitalbestände auf: Im Jahr 2020 betrug der Mittelbestand der SPV ca. 8,20 Mrd. €. Demgegenüber bezifferten sich die Alterungsrückstellungen der PPV auf rund 43,66 Mrd. €.

### 3.6.2 Gesamte Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung

Die dritte Forschungsfrage ergründet, inwiefern die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV im Jahr 2020 ausgewogen ist. Wie die Analysen zeigten, stehen die PPV-Versicherten mit einem signifikant niedrigeren Anteil von Pflegebedürftigen und gleichzeitig mit einem im Durchschnitt fast doppelt so hohem monatlichen Bruttoerwerbseinkommen den SPV-Versicherten gegenüber. Im Ergebnis dieser gravierenden Strukturunterschiede betragen bei gleichem Leistungsrecht die Leistungsausgaben je PPV-Versicherten bereits bei Hinzurechnung der Beihilfeausgaben durchschnittlich nur etwas weniger als die Hälfte des entsprechenden SPV-Wertes.

Zudem fiel der absolute Durchschnittsbeitrag der SPV-Versicherten um rund 43,78 % höher als die Durchschnittsprämie aus, die PPV-Versicherte zu entrichten haben. Dabei werden aufgrund der Beihilfeleistungen nur ein Kostenanteil der Pflegeversicherungsleistungen abgesichert und aus den Prämienzahlungen nicht nur die laufenden Leistungsausgaben der PPV finanziert, sondern zusätzlich Alterungsrückstellungen gebildet. Wenn die PPV nach den Regeln der SPV finanziert und die im Durchschnitt höheren beitragspflichtigen Einnahmen sowie niedrigeren Ausgaben der PPV-Versicherten im Vergleich zu den SPV-Versicherten berücksichtigt würden, hätte im Jahr 2017 der resultierende ausgabenbedeckende Beitragssatz weniger als ein Viertel des Beitragssatzes in der SPV betragen (Gieß et al., 2019, S. 251; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 21). Dabei wurde bereits angenommen, dass die Beihilfeberechtigten keine Beihilfeleistungen erhalten. Dies deutet auch darauf hin, dass in der SPV deutlich höhere Beitragssätze als die derzeitigen erforderlich wären, um Alterungsrückstellungen in einer der PPV ähnlichen Größenordnung aufzubauen (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 15–16).

**Dritte Forschungsfrage: Lastenverteilung zwischen SPV und PPV im Jahr 2020**

**Vergleich des absoluten Durchschnittsbeitrages und des ausgabenbedeckenden Beitragssatzes**

Insgesamt weist die SPV einerseits eine unvorteilhaftere Risikostruktur und damit höhere Ausgaben und andererseits niedrigere beitragspflichtige Einkommen als die PPV auf, sodass in der SPV ein höherer ausgabendeckender Beitragssatz als in der PPV notwendig ist. Zudem konnte die PPV kontinuierlich Alterungsrückstellungen aufbauen, obwohl der ausgabendeckende Beitragssatz deutlich niedriger als der der SPV ist. Somit ist das Versichertenkollektiv der SPV im Vergleich zu dem der PPV sowohl auf der Ausgabenseite teurer als auch auf der Einnahmenseite leistungsschwächer (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 15). Aufgrund der ungleichen Finanzlage auf der Ausgabenseite kann keine ausgewogene Lastenverteilung zwischen SPV und PPV beobachtet werden, die vom Bundesverfassungsgericht im Urteil zur Verfassungskonformität der obligatorischen PPV postuliert wurde (Blatt & Meyers-Middendorf, 2020, S. 3; Bundesverfassungsgericht, 2001b; Greß et al., 2019, S. 252; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 10). Auch unter Berücksichtigung der signifikant höheren ökonomischen Leistungsfähigkeit der PPV-Versicherten gegenüber den SPV-Versicherten kann keine nur annähernd ausgewogene Lastenverteilung in relativer Sicht vorgefunden werden (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 15).

Es stellt sich die Frage, inwiefern systembedingte Selektionsprozesse zu diesen Unterschieden und der unausgewogenen Lastenverteilung beigetragen haben. Im Jahr 2019 waren ca. 83,71 % der Bevölkerung in der SPV pflichtversichert, sodass nur ein geringer Teil der Bevölkerung die Möglichkeit hat, zwischen PKV und GKV und damit zwischen PPV und SPV zu wählen (Destatis, 2020b, S. 37). Zudem ist eine direkte Risikoselektion in der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht zulässig, da Kontrahierungszwang besteht. Insgesamt ist der Gestaltungsspielraum für eine aktive bzw. direkte Risikoselektion der PPV gering, sodass es nicht naheliegend ist, dass die Unterschiede in der Risiko- und Einkommensstruktur zwischen SPV und PPV Folge davon sind (Neusius, 2021a, S. 8–9).

Allerdings kann im Gegensatz zur PPV die PKV Anträge ablehnen und die Prämien entsprechend der medizinischen Risikoprüfung differenzieren. Da die Pflegeversicherungsart grundsätzlich von der Wahl des Krankenversicherungszweiges abhängt, können sich Selektionseffekte auf die Pflegeversicherung auswirken, sodass eine indirekte Selektion resultieren kann (Neusius, 2021a, S. 9–10). Die Entscheidung zwischen GKV und PKV und damit zwischen SPV und PPV ist von mehreren Unterschieden in den Rahmenbedingungen zwischen den beiden Systemen abhängig, die zu bestimmten Wechselanreizen führen (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 27; Greß, 2022, S. 2).

Zum einen richten sich die Beiträge zur GKV und SPV ausschließlich nach dem Einkommen, während die Prämien in der PKV von Risikofaktoren abhängig sind. Daher ist die PKV und PPV besonders für einkommensstarke Beschäftigte aufgrund der einkommensunabhängigen Prämien interessant (Greß, 2022, S. 2). Allerdings können die Prämien für schlechte Risiken relativ hoch im Vergleich zu den Beiträgen zur GKV und SPV sein (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 6; Greß et al., 2019, S. 247). Bünnings und Tauchmann (2015) zeigten, dass von den Personen, die Zugang zu beiden Systemen haben, diejenigen in besserem Gesundheitszustand mit höherer Wahrscheinlichkeit in das private System wechseln als diejenigen mit schlechtem Gesundheitszustand (S. 17). Personen unter 40 Jahren neigen am stärksten dazu, in die PKV und damit die PPV zu wechseln (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 18–19). Die Selektionswirkung der medizi-

Zwischen SPV und PPV kann keine ausgewogene Lastenverteilung, wie vom Bundesverfassungsgericht postuliert, beobachtet werden.

#### Hintergrund der ungleichen Lastenverteilung zwischen SPV und PPV

Die Unterschiede in den Rahmenbedingungen der GKV und PKV führen zu Wechselanreizen.

Die einkommensunabhängige sowie risikoabhängige Prämien differenzierung hat einen Effekt auf die Alters- und Einkommensstruktur, den Gesundheitszustand und damit möglicherweise auf die Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten.

nischen Risikoprüfung ist im Altersbereich zwischen 20 und 50 Jahren durch deutlich geringere altersspezifische Pflegeprävalenzen der PPV im Vergleich zur SPV bemerkbar. Allerdings können die Unterschiede in den Pflegeprävalenzen zwischen SPV und PPV in den hohen Altersgruppen nicht allein mit der oft lang zurückliegenden Risikoprüfung erklärt werden, sodass auch sozioökonomische Effekte vorzuliegen scheinen (Deutschen Aktuarvereinigung e. V., 2020, S. 12; Neusius, 2021a, S. 9–10). Somit hat die einkommensunabhängige sowie risikoabhängige Prämiendifferenzierung insgesamt einen Effekt auf die Alters- sowie Einkommensstruktur, den Gesundheitszustand und damit möglicherweise auf die Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten.

Zum anderen existieren selektive Zugangsmodalitäten und spezifische Anreize auf die Wahl des Versicherungszweiges aufgrund der beruflichen Stellung (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 27; Greß et al., 2019, S. 248). Für Beamte besteht aufgrund der Beihilfe ein starker finanzieller Anreiz sich in der PKV und damit in der PPV zu versichern (Kapitel 2.2.2). Ebenso haben Selbständige, durch die Möglichkeit die Prämienhöhe zu beeinflussen, eine höhere Neigung zur PKV und somit zur PPV zu wechseln als Angestellte (Kapitel 2.5.2.1) (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 20). Die Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2022 64.350 €) liegt knapp über der Beitragsbemessungsgrenze (im Jahr 2022 58.050 €). Dadurch sind die Beiträge zur GKV und SPV unter der Versicherungspflichtgrenze gedeckelt, sodass alle freiwilligen Mitglieder der GKV und SPV den gleichen Höchstbeitragsatz zahlen. Allerdings beobachteten Bünnings und Tauchmann (2015) in der Gruppe der freiwilligen Mitglieder, dass die Wechselbereitschaft in die PKV und damit in die PPV mit zunehmenden Einkommen steigt. Dies könnte damit erklärt werden, dass mit der PKV eine bessere medizinische Versorgung erwartet wird und die Möglichkeit besteht, zusätzliche Behandlungen zu versichern. Damit würde die Qualität der Gesundheitsversorgung ein normales Gut darstellen und daher einen positiven Einkommenseffekt haben (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 21). Zudem können durch die Versicherungspflichtgrenze neben dieser Einkommenselektion auch Selektionseffekte bezüglich des Geschlechts resultieren, da Männer durchschnittlich höhere Einkommen als Frauen erzielen (Neusius, 2021a, S. 10). Allerdings weisen Frauen unter den Personen, die Zugang zur GKV und PKV haben, eine geringere Wechselneigung zur PKV und damit zur PPV als Männer auf (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 20–21). Daneben unterscheiden sich die Personengruppen, die sich privat versichern lassen können, in verschiedenen Merkmalen von der Durchschnittsbevölkerung, die mit dem Pflegerisiko korrelieren können (Neusius, 2021a, S. 10). Damit können die selektiven Zugangsbedingungen, die Modalitäten für Beihilfeberechtigte sowie die höhere Flexibilität in der PKV zur Segmentierung hinsichtlich der Erwerbs-, Einkommens-, Geschlechtsstruktur und der Pflegeprävalenzen beitragen.

Die Zugangsmodalitäten und Anreize aufgrund der beruflichen Stellung können zur Segmentierung hinsichtlich der Erwerbs-, Einkommens-, Geschlechtsstruktur und der Pflegeprävalenzen beitragen.

Insgesamt führen die systematischen Unterschiede zu Wechselanreizen, die zu einem Prozess der adversen Selektion zu Lasten der SPV-Versicherten beitragen (Greß, 2022, S. 2–3). Dadurch besteht eine vorteilhafte Marktsegmentierung hinsichtlich der Risikostruktur und der ökonomischen Leistungsfähigkeit zugunsten der PKV und damit der PPV: Junge und gesunde Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen verlassen mit höherer Wahrscheinlichkeit die GKV mit der SPV, da das private Versicherungssystem für diese Personen besonders attraktiv ist (Bundesverfassungsgericht, 2004; Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 28; Grunow & Nuscheler, 2014, S. 670). Damit können die niedrigeren durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in der PPV im Vergleich zur SPV sowohl auf Einflüsse der Risikostruktur als auch einer indirekten Selektion zurückgeführt werden (Neusius, 2021a, S. 5–6, 2021b, S. 898).

Die aus den systematischen Unterschieden resultierenden Wechselanreize tragen zu einem Prozess der adversen Selektion zu Lasten der SPV-Versicherten und damit zu den strukturellen Unterschieden zwischen SPV und PPV bei.

### 3.6.3 Limitation der Analysen

Da Ergebnisse aus verschiedenen Datenquellen mit unterschiedlichen Populationen dargestellt werden, variieren der jeweils einbezogene Personenkreis und die betrachteten Jahre, was eine direkte Vergleichbarkeit einschränkt (Nowossadeck et al., 2016, S. 4). Während die SOEP-Daten Personen ab 18 Jahren berücksichtigen, umfassen die Daten des BMG alle Versicherten der SPV und die Daten des PKV-Verbandes alle PPV-Versicherten. Die Pflegestatistik erfasst alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Zudem stehen in den Analysen höhere Altersgruppen im Fokus. Jedoch sind auch Kinder und Jugendliche vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen. Der Anteil von Personen im Alter von unter 20 Jahren an allen Pflegebedürftigen belief sich im Jahr 2019 auf rund 5,10 %<sup>127</sup>.

Die Verwendung unterschiedlicher Datengrundlagen sorgt für Einschränkungen in der Vergleichbarkeit.

Die Analysen zeigen, dass im SOEP Menschen mit Pflegebedürftigkeit unterrepräsentiert sind und damit die Analysen die Pflegeprävalenzen unterschätzen. Dies kann auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt werden: Die Teilnahme an der SOEP-Befragung ist freiwillig. Ein schlechter Gesundheitszustand bzw. die Belastungen durch Pflegebedürftigkeit könnten die Teilnahmewahrscheinlichkeit beeinflussen, sodass die Stichprobe potenziell verzerrt sein könnte (Schnell & Trappmann, 2006, S. 2). Dies betrifft sowohl die Selektivität der Erstbefragung als auch das längsschnittliche Teilnahmeverhalten von Personen (Geyer et al., 2021, S. 730). Vor allem auf Einpersonenhaushalte könnten die gesundheitsbezogenen Selektionsprozesse besonders stark zutreffen (Unger et al., 2015, S. 204). Zudem sind Bewohner von Pflegeheimen nicht in den SOEP-Daten erfasst (Ochmann et al., 2020, S. 22). Neben dem Gesundheitszustand erhöhen niedrigere sozioökonomische Merkmale die Wahrscheinlichkeit nicht weiter am SOEP teilzunehmen (Geyer et al., 2021, S. 730). Die Pflege von Personen mit hohem sozioökonomischem Hintergrund erfolgt häufiger zu Hause, während Personen mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund öfter in ein Pflegeheim ziehen und damit nicht mehr in den SOEP-Daten erfasst sind (Geyer et al., 2021, S. 730). Inwieweit die Untererfassung von Pflegebedürftigen in den SOEP-Daten systematisch erfolgt und damit die Analysen verzerrt sein können, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden (Unger et al., 2015, S. 204).

Die Untererfassung von Pflegebedürftigen in den SOEP-Daten wirkt sich auf die Analyse der Pflegeprävalenzen aus.

<sup>127</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von GovData. (2022a).



**Schwierigkeit bei Erfassung der Gesamtzahl hilfebedürftiger Personen**

Die Gesamtzahl der tatsächlich hilfebedürftigen Personen ist schwierig zu erfassen, da einerseits Daten über den Umfang der Personen mit Pflegebedarf fehlen und andererseits nicht alle Personen, die gesundheitliche oder funktionelle Einschränkungen aufweisen, auf Hilfe angewiesen sind (Greyer & Schulz, 2014, S. 295). Zudem beziehen nicht alle pflegebedürftigen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung (Nowossadeck et al., 2016, S. 6). Bspw. werden Hilfebedürftige meist bereits vor der amtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit von Angehörigen unterstützt (Nowossadeck et al., 2016, S. 4). So könnte mit der Beantragung der Leistungen nach SGB XI so lang abgewartet werden, wie die Angehörigen den Pflegeaufwand als geringere Last im Vergleich zu der Beantragung empfinden. Zusätzlich könnten Schamgefühle von Betroffenen und Angehörigen hinauszögern, sich durch das Antragsverfahren die Pflegebedürftigkeit einzugestehen und dadurch Dritten mitzuteilen (Unger et al., 2015, S. 198). Eine Studie auf Grundlage von SOEP-Daten der Erhebungswellen von 2001 bis 2012 verdeutlicht, dass die Pflege oft vom familialen Umfeld ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht wird. Dies betrifft besonders Männer, da sie von ihren (Ehe-)Partner:innen auch ohne Pflegeleistung versorgt werden und dadurch seltener in die damals geltende Pflegestufe 1 als Frauen eingruppiert werden (Unger et al., 2015, S. 212). Somit wird vor allem bei männlichen Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI durch das Vorhandensein naher Angehöriger reduziert und in der häuslichen Pflege durch die familialen Netzwerke substituiert<sup>128</sup> (Unger et al., 2015, S. 212). Daneben geht eine Schätzung von Greyer und Schulz (2014) für das Jahr 2011 zusätzlich zu den ca. 2,5 Mio. Leistungsempfänger:innen von rund 5,4 Mio. Personen mit Pflege- und Hilfebedarf aus, die nicht die Kriterien der gesetzlichen Pflegeversicherung erfüllen (S. 295). Allerdings wurde insbesondere durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und Begutachtungsinstruments im Jahr 2017 der leistungsberechtigte Personenkreis erweitert (Kapitel 2.1.4 und 2.3). Somit kann die Gesamtzahl der tatsächlich hilfsbedürftigen Personen vor allem bei den Männern deutlich über der in den Analysen ausgewiesenen Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI liegen.

**Einfluss der Einkommenshöhe auf die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Des Weiteren hat die Einkommenshöhe einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI. Durch den Teilkostencharakter der gesetzlichen Pflegeversicherung können z. B. Personen mit geringen ökonomischen Ressourcen eine größere Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslichem Pflegeeintritt haben, insbesondere wenn diese die Versorgungssituation nachhaltig verbessern. Personen mit hohen ökonomischen Reserven können dagegen eher in private Haushaltshilfen investieren (Unger et al., 2015, S. 199-200, 209-210). Dies könnte zur Erklärung der geringeren Pflegeprävalenz der PPV-Versicherten gegenüber den SPV-Versicherten beitragen.

<sup>128</sup> Der Anteil der leistungsberechtigten Personen, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, ist nicht bekannt (Geyer et al., 2021, S. 729).

Bei den Analysen zur ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten bleiben die Ehegatten, Lebenspartner:innen und Kinder, die in der Familienversicherung beitrags- bzw. prämienfrei mitversichert sind, weitgehend außerhalb der Betrachtung<sup>129</sup>. Durch Unterschiede in den Anteilen der familienversicherten Mitglieder zwischen SPV und PPV könnte ein erhöhter Finanzierungsbedarf für Umverteilungen bestehen, die sich auf die Finanzstruktur auswirken. Zudem wurden sowohl die Gruppe der Auszubildenden, Volontäre/://Volontärinnen, Praktikant:innen und der Rentner:innen ohne zusätzliche Erwerbstätigkeit als auch Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige in den Analysen zur Einkommensstruktur nicht betrachtet. Wenn diese Gruppen in die Betrachtung einbezogen würden, könnten aufgrund deren höheren Anteils in der SPV im Vergleich zur PPV die Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit zwischen SPV- und PPV-Versicherten noch stärker ausfallen. Darüber hinaus sind sehr hohe Einkommen im SOEP tendenziell untererfasst, wodurch die Einkommen der PPV-Versicherten noch höher als die der SPV-Versicherten liegen könnten (Rothgang, 2015, S. 11).

**Ausschluss von Personengruppen und Untererfassung von hohen Einkommen im SOEP**

<sup>129</sup> In den Analysen werden erwerbstätige Personen ab 18 Jahren betrachtet. Erwerbstätige familienversicherte Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen unter der Einkommensgrenze von 470 € sind in den Einkommensanalysen enthalten (BMG, 2022p).

## 4 Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die vierte Forschungsfrage beleuchtet, welche Probleme sich hinsichtlich der Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung aus den systematischen und strukturellen Unterschieden ergeben.

**Vierte Forschungsfrage: Finanzierungsprobleme**

### 4.1 Nachhaltigkeit der Finanzierung

Das Ziel einer tragfähigen Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht darin, Einnahmen sowie Ausgaben langfristig anzugleichen und somit strukturelle Defizite zu beheben. Dabei soll gleichzeitig eine leistungsgerechte und effektive Absicherung der finanziellen Risiken garantiert werden, die mit Pflegebedürftigkeit verbunden sind (Hillesheim et al., 2021, S. 57). Allein aufgrund des demografischen Wandels und der Lohnsteigerungen für Pflegekräfte ist ein Anstieg der Ausgaben und ein Rückgang der Einnahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Zukunft zu erwarten (Kapitel 3.1.4). Im Tragfähigkeitsbericht wird ausgehend von einer Ausgabenquote der SPV von 1,2 % am BIP im Jahr 2018 ein Anstieg auf 1,9 % bzw. 2,6 % des BIP bis zum Jahr 2060 prognostiziert<sup>130</sup>. Lorenz, Ihle und Breyer (2020) schätzen, dass nur aus demografischen Gründen, wenn die Ausgabenprofile für SPV-Versicherte über die Zeit konstant angenommen und auf die Altersstruktur von 2050 übertragen werden, die SPV-Ausgaben pro Versicherten von 2015 bis 2050 um 54,3 % steigen. Wenn hierzu der reine Zeittrend, d. h. das Ausgabenwachstum bei konstanter Altersstruktur, hinzuge-rechnet wird, würden sich die Ausgaben der SPV bis 2050 gegenüber 2015 mehr als verdreifachen (Breyer & Lorenz, 2020, S. 593; Lorenz et al., 2020, S. 16–17). Zusätzlich wird prognostiziert, dass zwischen 2015 und 2050 die Zahl der Erwerbstätigen um 6,3 % sinkt, wodurch die Bemessungsgrundlage und damit die Beitragseinnahmen abnehmen (Breyer & Lorenz, 2020, S. 593–594; Werding, Gründler, Läßle, Lehmann, Mosler & Potrafke, 2020, S. 175).

**Prognostizierte Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV**

Die Tragfähigkeitslücke kann als ein Nachhaltigkeitsmaß dienen und misst den finanzpolitischen Handlungsbedarf, der zur Einhaltung der intertemporalen staatlichen Budgetrestriktion notwendig ist<sup>131</sup>. In der Regel wird die Tragfähigkeitslücke für den gesamtstaatlichen Haushalt unter Berücksichtigung der Sozialversicherungen berechnet (BMF – Bundesministerium der Finanzen, 2019, S. 36–42; Gasche, 2007, S. 21). Gasche (2007) berechnete vom Basisjahr 2005 bis zum Jahr 2050 eine Tragfähigkeitslücke für die SPV von 5,7 % des BIP unter der Annahme einer mittleren Bevölkerungsvariante und einer gleichbleibenden Einnahmen- sowie Ausgabenpolitik. Um die Tragfähigkeitslücke zu schließen, müssen jährliche

**Tragfähigkeitslücke**

<sup>130</sup> Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass die gegenwärtige Politik fortgeführt wird, die Leistungen mit der Wachstumsrate der Bruttolöhne angepasst werden und somit das Leistungsniveau der Pflegeversicherung gemessen an den vollen Pflegekosten in etwa konstant bleibt (BMF, 2019, S. 20, 23, 27–28; Werding et al., 2020, S. 51).

<sup>131</sup> Die Bedingung der intertemporalen Budgetbeschränkung wird eingehalten, wenn der Schuldenstand und alle zukünftigen Ausgaben durch zukünftige Einnahmen gedeckt werden. Daher muss die Summe des Barwertes aller zukünftigen Primärsalden höher als der derzeitige Schuldenstand sein (BMF, 2019, S. 7, 36).

Ausgabensparnisse oder Einnahmeerhöhungen von 0,17 % des BIP erzielt werden, was im Jahr 2021 ca. 6,11 Mrd. € entsprach (Destatis, 2022b; Gasche, 2007, S. 21). Dagegen besteht nach den Berechnungen von Werding für die SPV keine Tragfähigkeitslücke ab dem Jahr 2021. Allerdings wurde angenommen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung inflationsorientiert angepasst werden, sodass das Sicherungsniveau der SPV im Zeitablauf deutlich sinkt und die Eigenanteile der Pflegebedürftigen sowie die Ausgaben der Hilfe zur Pflege steigen<sup>132</sup>. Die impliziten Schulden in der SPV, d. h. die Summe aller zukünftigen Defizite bzw. Überschüsse, betragen im Jahr 2022 48,8 % des BIP und damit ca. 1,74 Billionen €. Die positive Nachhaltigkeitslücke impliziert, dass die SPV auf Dauer nicht tragfähig ist und somit Einnahmeerhöhungen oder Ausgabenreduktionen zukünftig unumgänglich sind<sup>133</sup>.

Insgesamt deutet dies darauf hin, dass die SPV nicht nachhaltig finanziert ist. Analysen verweisen darauf, dass die SPV selbst zu Beginn aufgrund des zu erwartenden demografischen Wandels nicht nachhaltig finanziert war (Bahnsen, Fetzer, Franke & Hagist, 2018, S. 1, 23; Rothgang, 2010b, S. 449). Hinsichtlich der PPV liegt keine Tragfähigkeitslücke vor, wenn die Prämien und Alterungsrückstellungen so kalkuliert sind, dass sie die Kosten decken, die ein durchschnittlicher Versicherter in seinem Leben verursacht (Gasche, 2007, S. 24).

Die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV können den bereits hohen finanziellen Druck auf die SPV weiter verstärken (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 28). Die adverse Selektion wirkt in doppelter Art auf die Finanzierung der SPV ein: Einerseits entzieht sich der einkommensstarke Personenkreis, der in der Regel den Höchstbeitrag zur SPV zahlt, der SPV und schwächt damit deren Einnahmehasis. Andererseits entziehen sich risikoarme Personen dem Risikopool der SPV, sodass sich die Relation zwischen gesunden und pflegebedürftigen Versicherten verschlechtert und die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in der SPV höher als in der PPV ausfallen (Kapitel 3.6.2) (Bünnings & Tauchmann, 2015, S. 28; Greß, 2022, S. 2–3). Die adverse Selektion ist dadurch dysfunktional für die Nachhaltigkeit der SPV und trägt zur strukturellen Einnahmeschwäche und damit dem steigenden Druck auf die Beitragssätze der SPV bei (Greß, 2022, S. 2–3; Haun, 2013, S. 103; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 24).

Die Finanzierung der SPV erfolgt nicht nachhaltig. Hingegen weist die Finanzierung der PPV keine Tragfähigkeitslücke auf.

Die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV wirken sich negativ auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung der SPV aus.

#### 4.1.1 Strukturelle Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung

Wie in Kapitel 3.5.2 verdeutlicht, erhöhten sich in der SPV die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zwischen 1995 und 2021 um ca. 55,5 %, während das BIP um rund 89,6 % stieg (Destatis, 2022b; IAQ, 2022, S. 2). Die Leistungsausgaben der SPV haben sich zwischen 1999 und 2021 mehr als verdreifacht, sodass sich der Anteil der Leistungsausgaben am BIP von rund 0,76 % im Jahr 1999 auf

**Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen in der SPV**

<sup>132</sup> Die Leistungsanpassung überstieg in den letzten Jahren den Orientierungswert einer reinen Inflationsanpassung der Pflegeleistungen bei weitem (Werding, 2020, S. 27, 32–33).

<sup>133</sup> Die Nachhaltigkeitslücke entspricht der Summe der expliziten und impliziten Schulden im Verhältnis zum BIP (Raffelhüschen, Brinkschmidt, Kohlstruck, Seuffert & Wimmesberger, 2022, S. 8, 25).

ca. 1,40 % im Jahr 2021 fast verdoppelt hat<sup>134</sup> (Kapitel 3.5.1.2). Damit hat neben dem Ausgabenanstieg, der hauptsächlich auf reformbedingte Leistungsausweitungen zurückzuführen ist, die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen zu dem Nachhaltigkeitsproblem der SPV bedeutend beigetragen<sup>135</sup>.

Da das Wachstum der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV hinter dem Anstieg des BIP zurückblieb, besteht eine strukturelle Einnahmeschwäche in der SPV<sup>136</sup> (IAQ, 2022, S. 2; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 11). Dadurch können sogar Ausgabenzuwächse, die entsprechend des BIP steigen, nicht beitragsneutral finanziert werden (Dräther et al., 2009, S. 74). Die Einnahmeschwäche kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass sich aufgrund der adversen Selektion die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen reduzieren, da die Abwanderer aus der SPV überdurchschnittlich verdienen (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 17). Zusätzlich weist das Einkommen der PPV-Versicherten, das den beitragspflichtigen Einnahmen der SPV entzogen wird, im Durchschnitt höhere Einkommenszuwächse als das der SPV-Versicherten auf (Kapitel 3.4.2). Auch die Reduktion der Zahl der Beitragszahler:innen würde zur strukturellen Einnahmeschwäche beitragen. Allerdings ist die Zahl der Beitragszahler:innen in der SPV nur von 2000 bis 2005 gesunken, obwohl bis 2011 und von 2019 bis 2020 mehr Personen von der GKV und damit der SPV in die PKV mit der PPV als umgekehrt wechselten (BMG, 2022o; Rothgang & Jacobs, 2011, S. 17; vdek, 2022b). Die strukturelle Einnahmeschwäche wird dadurch verstärkt, dass der Anteil von Rentner:innen im Versichertenbestand steigt, nur Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und Gehälter, Löhne sowie Lohnersatzleistungen zur Finanzierung herangezogen werden (Dräther et al., 2009, S. 86; Greß, 2018, S. 12; Kochskämper, 2017, S. 20). Diese beitragspflichtigen Einkommensanteile sind geringer als andere Anteile des Volkseinkommens gestiegen (Rothgang et al., 2011, S. 10).

Die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV kann sowohl auf die adverse Selektion als auch auf den steigenden Anteil von Rentner:innen im Versichertenbestand zurückgeführt werden.

#### 4.1.2 Anstieg der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung

Zusätzlich zu der strukturellen Einnahmeschwäche führen die Unterschiede in der Risikostruktur sowie Selektionseffekte dazu, dass die SPV-Versicherten einen höheren ausgabendeckenden Beitragssatz als die PPV-Versicherten tragen, wenn die PPV nach den Regeln der SPV finanziert würde (Kapitel 3.6.2) (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 25). Um die Ausgabenanstiege und den niedrigen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV auszugleichen, wurden bisher primär kurz-

**Prognose des Beitragssatzes der SPV**

<sup>134</sup> Eigene Berechnung auf Basis von BMG (2022b) und Destatis (2022b). Es wird das Jahr 1999 betrachtet, da in den ersten Jahren nach der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung deutliche Anstiege und ab 1999 eine Stabilisierung der Leistungsausgaben vorzufinden sind.

<sup>135</sup> Zwischen 1999 und 2007 war in der SPV ein moderater Ausgabenanstieg von rund 12,22 % bei einer Zunahme des BIP um 21,80 % zu verzeichnen. Daher geht in diesem Zeitraum das Finanzierungsproblem primär auf die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen zurück (Dräther et al., 2009, S. 45; Igel, 2008, S. 235; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 25).

<sup>136</sup> Eine strukturelle Einnahmeschwäche besteht, wenn der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV am BIP über die Zeit sinkt (Dräther et al., 2009, S. 64).

fristig orientierte Beitragssatzerhöhungen verwendet<sup>137</sup> (Ehrentraut et al., 2019, S. 63). Allerdings würde die alleinige Finanzierung der künftigen Defizite über Beitragssteigerungen zu deutlichen Zusatzlasten führen, da zukünftig der Anteil erwerbstätiger Personen und damit die durchschnittlichen Beitragseinnahmen abnehmen (Bahnsen & Raffelhüschen, 2019, S. 34). Wenn die zukünftigen Defizite der SPV durch den vorhandenen Mittelbestand und danach durch Beitragssatzanpassungen gedeckt werden, wird prognostiziert, dass der Beitragssatz zur SPV bis zum Jahr 2040 auf zwischen 4,0 % und 5,3 % ansteigt (Bahnsen, Kohlstruck, Manthei, Raffelhüschen & Seuffert, 2019, S. 15). Eine Prognose von Bahnsen et al. (2018) zeigt, dass der Pflegevorsorgefonds die Beitragssätze lediglich für ein paar Jahre stabilisieren kann. Bis 2060 ist ein Beitragssatz von 5,88 % zu erwarten<sup>138</sup> (Bahnsen et al., 2018, S. 16–17, 23). Wenn dagegen z. B. eine Abnahme der realen Pflegeversicherungsleistungen vorgesehen wird, würde dies dem Ziel widersprechen, eine Grundversorgung sicherzustellen und die Sozialhilfeträger zu entlasten<sup>139</sup> (Kapitel 2.1.3) (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22). Demnach ist fraglich, wie lang sich das System der SPV zu tragbaren Beitragssätzen behaupten kann, wenn ökonomisch leistungsstarke Personen für die Solidarität mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger und nichterwerbstätiger Versicherter fehlen (Haun, 2013, S. 101).

Durch die einkommensbezogene Beitragsbemessung der SPV und der paritätischen Finanzierung führen Beitragssatzerhöhungen zu einem Anstieg der Lohnnebenkosten. Dies kann die Arbeitsnachfrage der Unternehmen, das Arbeitsangebot der Individuen und damit die Beschäftigung beeinträchtigen, wodurch negative gesamtwirtschaftliche Auswirkungen resultieren können (Arentz & Wild, 2019, S. 3; Gasche, 2007, S. 29; PKV-Verband, 2022a, S. 9). Mit der Sozialgarantie 2021 wurde die Summe der Beiträge aus Pflege-, Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung vom Sommer 2020 bis Ende 2021 bei maximal 40 % des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts begrenzt, indem die Deckung der darüber hinausgehenden Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt erfolgte. Dazu wurden dem Ausgleichsfonds der SPV im Jahr 2021 1,8 Mrd. € zugewiesen<sup>140</sup>. Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung fehlt dagegen dieses Ziel (SPD, Bündnis 90/Die Grünen & FDP, 2021). Im Jahr 2022 besteht für die Sozialversicherungsabgaben ein Spielraum von 0,05 Prozentpunkten zur Zielmarke. Dies würde für die SPV ceteris paribus im Jahr 2022 rund 845 Mio. € entsprechen. Bei kinderlosen Beitragszahler:innen ist das Ziel mit einer Sozialabgabenquo-

**Auswirkungen der  
Beitragssatzerhö-  
hungen in der SPV**

<sup>137</sup> Alternativ können auch weitere Einkommensarten zur Beitragsbemessung einbezogen oder die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden, um die Einnahmen zu steigern (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23).

<sup>138</sup> Der Pflegevorsorgefonds steht u. a. hinsichtlich seines Volumens in Kritik, da dieses viel zu gering sei, um die Beitragssatzsteigerungen wesentlich zu beeinflussen. Zudem erscheine der Auszahlungsbeginn ab dem Jahr 2035 zufällig gewählt und nicht zweckmäßig, da das Verhältnis der über 75-Jährigen zu den 15- bis 64-Jährigen bis mindestens 2060 stetig ansteige (Bahnsen et al., 2018, S. 23–24; Bowles & Greiner, 2015, S. 218–219).

<sup>139</sup> Es besteht damit u. a. ein Trade-off zwischen einem konstanten Realwert der Leistungen und einem konstanten Beitragssatz im Zeitablauf (Fachinger et al., 1995, S. 307).

<sup>140</sup> Dabei sollten Steigerungen der Lohnnebenkosten verhindert werden, die durch die Ausgabenanstiege in den Sozialversicherungen aufgrund der COVID-19-Pandemie resultieren (BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, 2021, S. 67; Hillesheim et al., 2021, S. 53).

te von 40,3 % des Bruttoeinkommens bereits überschritten<sup>141</sup>. Aufgrund von anstehenden Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Rentenversicherung überschreiten alle Versicherte voraussichtlich im Jahr 2023 die 40 %-Grenze (Hillesheim et al., 2021, S. 56).

Um einer weiteren Destabilisierung und dem Anstieg der Beitragssätze der SPV entgegenzuwirken, erfolgt seit 2022 eine dauerhaft angelegte Bezuschussung aus Steuermitteln in Höhe von 1,0 Mrd. € pro Jahr (§ 61a SGB XI) (Greß, 2022, S. 3; Neusius, 2021b, S. 897). Wenn der Bundeszuschuss anhaltend zur Stabilisierung der Finanzierung der SPV notwendig ist, kann dies ein zusätzlicher Indikator dafür sein, dass durch die Struktur der SPV ein dauerhaftes Defizit angelegt ist (Neusius, 2021b, S. 897–899). Der PKV-Verband prognostiziert, dass im Jahr 2030 ein Steuerzuschuss in Höhe von 7,3 bis 26,8 Mrd. € nötig ist, um den Beitragssatz der SPV auf dem Niveau von 2022 stabil zu halten (PKV-Verband, 2022a, S. 10). Demzufolge ist die Finanzierung der Ausgabenanstiege weder durch weitere Beitragssatzerhöhungen noch durch die Deckung mit weiteren Bundeszuschüssen ausreichend für eine nachhaltige Finanzierung der SPV. Dies spricht dafür, dass weitere Maßnahmen ergriffen werden müssen (Hillesheim et al., 2021, S. 57).

**Bundeszuschuss zur Stabilisierung der Finanzierung der SPV**

## 4.2 Generationengerechtigkeit

Es existiert keine allgemein akzeptierte sowie präzise Definition des Begriffes der Generationengerechtigkeit (Fuest, 2007, S. 1; Raffelhüschen, 2003, S. 71). Nach Raffelhüschen kann die gesetzliche Pflegeversicherung als generationengerecht angesehen werden, wenn künftige Generationen bei gleicher Abgabenglast dieselben Leistungen wie die gegenwärtig lebenden Generationen erhalten (Raffelhüschen, 2003, S. 71). Danach ist es z. B. problematisch, wenn jüngere Generationen aufgrund der Verschiebung der Größenverhältnisse zwischen den Generationen stärker belastet werden, ohne selbst eine Garantie zu besitzen, im Pflegefall höhere Leistungen in Anspruch nehmen zu können (Arentz et al., 2011, S. 14; Arentz et al., 2019, S. 13–14; Eisen, 1992, S. 240). Zu den quantitativen Indikatoren für die Umverteilung zwischen Generationen zählen die Generationenkonto, die impliziten Schulden und die Entwicklung des Beitragssatzes (Fuest, 2007, S. 4–5).

**Wesen der Generationengerechtigkeit**

Das Generationenkonto eines Durchschnittsindividuums jedes Jahrganges berechnet sich in der SPV aus der Summe der Barwerte der künftigen Beitragzahlungen über den restlichen Lebenszyklus abzüglich des Barwertes aller zu erwartenden Leistungsansprüche. Nach Bahnsen und Raffelhüschen (2019) waren im Basisjahr 2016 alle lebenden Generationen Nettoleistungsempfänger:innen. Das heißt, dass kein Durchschnittsindividuum mit seinen Beiträgen über die verbleibende Lebenszeit seine statistisch zu erwartenden Leistungen der SPV deckt. Damit wird die langfristige Finanzierung der SPV ausschließlich an zukünftige Generationen weitergegeben (Bahnsen & Raffelhüschen, 2019, S. 31–32).

**Generationenkonto als Indikator für die Umverteilung zwischen Generationen**

<sup>141</sup> Beitragssätze im Jahr 2022: 18,60 % Gesetzliche Rentenversicherung, 15,90 % GKV (inklusive mitgliederbezogenem Zusatzbeitrag), 2,40 % Arbeitslosenversicherung, 3,05 % SPV bei Beitragszahler:innen mit Kindern, 3,40 % bei kinderlosen Beitragszahler:innen (BMG, 2022q, S. 19; BMWi, 2021, S. 68; PKV-Verband, 2022a, S. 9). Faustformel: Ein Beitragssatzpunkt der SPV entspricht im Jahr 2022 rund 16,9 Mrd. € (BMG, 2022q, S. 20).

Wenn die Generationenkonten aller lebenden und künftigen Generationen mit der Kohortenstärke gewichtet und summiert werden, resultiert die Nachhaltigkeitslücke. Sie beziffert das Ausmaß der Belastungen, die auf künftige Generationen übertragen werden (Bahnsen & Raffelhüschen, 2019, S. 32). Die in Kapitel 4.1 aufgeführten impliziten Schulden der SPV von ca. 1,74 Billionen € zeigen, dass die künftigen Leistungsansprüche nicht durch die Beibehaltung des aktuellen Beitragssatzes und durch die Rückstellungen der SPV gedeckt sind (Arentz et al., 2019, S. 8; Bahnsen & Raffelhüschen, 2019, S. 30; Fuest, 2007, S. 14). Um die Leistungsversprechen zu erfüllen und Defizite zu verhindern, sind zukünftige Generationen erheblichen Mehrbelastungen in der SPV ausgesetzt (Bahnsen & Raffelhüschen, 2019, S. 31; Fuest, 2007, S. 15–16).

#### Implizite Schulden

Wie in Kapitel 4.1.2 gezeigt, wird ein deutlicher Anstieg der Beitragssätze der SPV prognostiziert. Die Beitragssatzsteigerungen führen zu einer zunehmenden intergenerativen Lastverschiebung auf zukünftige Generationen (Gasche, 2007, S. 3). Dabei werden insbesondere zukünftige junge Generationen von Beitragszahler:innen in der SPV belastet, da diese über höhere Beitragssätze die Pflegeversicherungsleistungen der älteren Generationen finanzieren müssten (Arentz et al., 2011, S. 14; Fuest, 2007, S. 6–7). Daneben würden auch durch Bundeszuschüsse resultierende höhere Steuern die künftige Generation stärker belasten (Hillesheim et al., 2021, S. 57).

#### Bedeutung der Beitragssatzsteigerungen für zukünftige Generationen

Alle betrachteten Indikatoren zeigen, dass aktuell und bei einer Fortführung des Status quo die jüngeren und zukünftigen Generationen über ihr Leben aufgrund der umlagefinanzierten SPV stärker als die älteren Generationen belastet werden (Bahnsen & Wild, 2021, S. 6; Fuest, 2007, S. 17, 21). Damit kann die SPV nicht als generationengerecht bezeichnet werden. Dagegen gibt es im Anwartschaftsdeckungsverfahren der PPV grundsätzlich keine Lastverschiebung auf zukünftige Generationen: Da jede Kohorte zumindest teilweise für sich selbst vorsorgt und Alterungsrückstellungen für zukünftig steigende Ausgaben der Versicherten gebildet werden, wird die Finanzierung des eigenen Pflegerisikos nicht auf zukünftige Generationen verlagert (Bahnsen & Wild, 2021, S. 7; Gasche, 2007, S. 3; Hagist, 2019, S. 3). Damit trägt die PPV ihren Teil zur generationengerechten Pflegefinanzierung bei (Deutscher Bundestag, 2019b, S. 3).

Die Finanzierung der SPV kann nicht als generationengerecht angesehen werden. Dagegen weist die PPV grundsätzlich eine generationengerechte Finanzierung auf.

### 4.3 Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität

Die vom Bundesverfassungsgericht aufgeführte ausgewogene Lastenverteilung kann als normativer Maßstab für die Finanzierungsgerechtigkeit angesehen werden (Bundesverfassungsgericht, 2001b; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 15). Wie in Kapitel 2.2.2 gezeigt, besteht ein Zuweisungssystem, bei dem 95,43 % der Krankenversicherten ohne Wahlmöglichkeit der SPV oder PPV zugewiesen werden. Die Zuweisung ist hinsichtlich von Gerechtigkeitsaspekten nur unproblematisch, wenn sich die Leistungen sowie Finanzierungsbeiträge in SPV und PPV entsprechen oder wenn die Ungleichbehandlung der Versicherten durch spezielle Begründungen gerechtfertigt werden kann. Eine Benachteiligung entsteht allgemein, wenn ein Versicherter einem System zugewiesen wird, in dem bei gleichen Finanzierungsbeiträgen geringere Leistungsansprüche bestehen oder bei gleichen

#### Ausgewogene Lastenverteilung als Maßstab für die Finanzierungsgerechtigkeit



Leistungsansprüchen höhere Finanzierungsbeiträge verlangt werden (Rothgang, 2010a, S. 156). Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, ist grundsätzlich von gleichwertigen Leistungen sowie Leistungszugangskriterien der SPV und PPV auszugehen. Allerdings erfolgt die Zuweisung in einer Art, dass zwischen SPV und PPV deutliche Unterschiede in der Einkommens- und Risikostruktur bestehen (Rothgang, 2011b, S. 85). Dementsprechend ist in der SPV ein deutlich höherer Beitragssatz als in der PPV notwendig, wenn die PPV nach den Regeln der SPV finanziert würde (Kapitel 3.6.2). Der Bevölkerungsteil, der der SPV und damit einem System mit einer schlechteren Risikostruktur als in der PPV zugewiesen wird, scheint gegenüber dem anderen Bevölkerungsteil systematisch benachteiligt zu werden. Es ist fraglich, ob sich entsprechend des Gleichheitsgrundsatzes, dass Gleiches gleich, aber Ungleiches ungleich behandelt wird, Gründe für eine systematische Schlechterstellung der SPV-Versicherten finden lassen. Die Pflichtversicherung in der Sozialversicherung wird u. a. darin begründet, dass diese Versicherten besonders schutzbedürftig sind. Dies könnte eventuell eine Besserstellung, aber keine Schlechterstellung der SPV-Versicherten rechtfertigen. Nach Rothgang (2010a) lässt sich keine befriedigende normative Begründung dafür finden, dass die SPV-Versicherten aufgrund der Zuweisung in ein Versichertenkollektiv mit schlechterer Risikostruktur im Vergleich zu den PPV-Versicherten schlechter gestellt werden (Rothgang, 2010a, S. 158–159, 2011b, S. 85). Die Risikostruktur ist allerdings nur eine Momentaufnahme (Neusius, 2021b, S. 897). In den nächsten Jahren könnte der Anteil der Altersgruppen mit hohen Pflegeprävalenzen in der PPV deutlich höher und damit auch die Risikostruktur schlechter als in der SPV ausfallen (Kapitel 3.3.2) (Neusius, 2019, S. 424).

Darüber hinaus impliziert nach Rothgang (2010a) eine Pflegevolksversicherung, dass sich die Solidarität auf die gesamte Volksversicherung erstrecken soll. Beide Zweige sind dem Solidaritätsprinzip verpflichtet, jedoch weist die PPV sowohl hinsichtlich der Risiko- als auch der Einkommensstruktur gegenüber der SPV Vorteile auf. Da kein Ausgleich der Unterschiede erfolgt, ist die Solidarität jeweils auf das Teilkollektiv beschränkt. Dies sei mit einer die gesamte Bevölkerung umfassenden Volksversicherung schwer vereinbar. Dabei ist eine systemübergreifende Risiko- und Einkommenssolidarität zwischen den Systemen insbesondere deswegen notwendig, da ein Großteil der Versicherten einem der beiden Systeme zugewiesen wird (Rothgang, 2010a, S. 158, 2011b, S. 81, 82, 85, 2015, S. 10, 12). Zudem wird das vertikale Leistungsfähigkeitsprinzip verletzt, da sich ökonomisch leistungsstarke Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen und geringen Gesundheitsrisiken durch einen Wechsel in die PPV der Umverteilung zu einkommenschwächeren Personen mit höherem Pflegerisiko entziehen können (Rothgang, 2011a, S. 662; Rothgang & Jacobs, 2011, S. 17).

**Systemübergreifende Solidarität in der gesetzlichen Pflegeversicherung**

## 4.4 Sonstige Probleme

Neben den bisher aufgeführten Finanzierungsproblemen, die sich aus den strukturellen und systematischen Unterschieden zwischen SPV und PPV ergeben, bestehen auch weitere Probleme unabhängig von diesen Unterschieden. Dazu zählen die horizontale sowie vertikale Gerechtigkeit in der SPV und der hohe bzw. steigende Eigenanteil für Pflegebedürftige.

Der Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit wird in der SPV derzeit durchbrochen: Individuen mit gleichem Einkommen und somit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit zahlen unterschiedliche Beiträge. Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass die Beitragshöhe nicht nur von der Einkommenshöhe, sondern auch von der Einkommensquelle abhängig ist<sup>142</sup>. Dadurch werden vor allem jüngere Generationen belastet, die mehr Erwerbs- als Kapitaleinkommen erzielen (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 3). Zum anderen wird die Beitragshöhe von der Verteilung des Haushaltseinkommens auf die Haushaltsmitglieder mitbestimmt, wenn das Haushaltseinkommen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt<sup>143</sup>. Zudem liegt in der SPV ein Verstoß gegen die vertikale Gerechtigkeit vor: Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht beitragspflichtig, sodass aus höherem Einkommen keine höhere Beitragslast resultiert. Damit besteht oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eine Grenzbelastung von Null (Rothgang et al., 2011, S. 11; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 23).

**Horizontale und vertikale Gerechtigkeit in der SPV**

Daneben wird die Höhe der Eigenanteile als problematisch angesehen. Aufgrund des Teilleistungsprinzips wird ein Teil der Pflegekosten von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als Eigenanteil selbst gezahlt (Kapitel 2.4). Wenn die Pflegeversicherungsleistungen nicht entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung dynamisiert werden, erfolgt die Finanzierung der Kostenanstiege über höhere Eigenanteile (Ehrentraut et al., 2019, S. 65). Zwischen 1999 und 2019 ist der durchschnittliche Betrag des Eigenanteils fast kontinuierlich gestiegen<sup>144</sup> (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 9, 27). Auch zukünftig ist u. a. durch die geplante Verbesserung der Entlohnung des Pflegepersonals mit zunehmenden Eigenanteilen zu rechnen (Ehrentraut et al., 2019, S. 63; Techniker Krankenkasse, 2022). Weiter steigende Eigenanteile können die Pflegebedürftigen zunehmend finanziell überfordern, sodass sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger:innen erhöhen könnte. Allerdings würde dies einem zentralen Ziel der Pflegeversicherung widersprechen, dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen nicht auf Sozialhilfe angewiesen ist und eine Entlastung der Sozialhilfeträger von den Kosten der Hilfe zur Pflege erfolgt (Kapitel 2.1.3) (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 9). Nach Rothgang und Domhoff (2019) ist die derzeitige Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht geeignet, das Ziel der Lebensstandardsicherung zu garantieren (S. 33).

**Höhe der Eigenanteile**

<sup>142</sup> Von den sieben Einkunftsarten, die in § 2 Einkommensteuergesetz (EStG) unterschieden werden, sind lediglich Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit und Lohnersatzleistungen wie Renten, die zu sonstigen Einkünften zählen, beitragspflichtig (Rothgang et al., 2011, S. 10-11, 140; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 22).

<sup>143</sup> Dabei ist bei identischem Haushaltseinkommen die gesamte Beitragslast bei Doppelverdienern umso größer, je geringer der Einkommensunterschied der beiden Partner ausfällt (Rothgang et al., 2011, S. 10-11, 140; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 22-23).

<sup>144</sup> Die privaten Gesamtkosten eines Pflegebedürftigen für vollstationäre Pflege beliefen sich zum 01.07.2022 im Durchschnitt auf rund 2.248 € pro Monat ohne Berücksichtigung des Vergütungszuschlages nach § 43c SGB XI (vdek, 2022a).

Der PKV-Verband (2022a) entgegnet in der Debatte über die steigenden Eigenanteile, die ein existenzielles finanzielles Risiko darstellen können, dass die Sozialhilfequote im Jahr 1995 sank und seitdem konstant ist bzw. weiter abnimmt (S. 7–8). Der Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege unter allen Pflegebedürftigen schwankte von 1999 bis 2015 zwischen rund 11,65 % und 13,21 % und nahm bis zum Jahr 2019 auf ca. 7,31 % ab<sup>145</sup>. Die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege wiesen im Jahr 2021 eine Reduktion von rund 24,38 % im Vergleich zum Jahr 1995 auf (Destatis, 2022a; Rothgang & Müller, 2021, S. 129). Demnach erfülle die gesetzliche Pflegeversicherung ihren Gründungsauftrag. Zudem deute dies darauf hin, dass ein konstanter Anteil der Pflegebedürftigen den hohen Eigenanteil aus eigenen Mitteln finanzieren kann (PKV-Verband, 2022a, S. 9). Nach Fetzer und Hagist (2021) sind nominal steigende Eigenanteile volkswirtschaftlich effizient, da es insbesondere bei einer Vollversicherung zu Moral Hazard und zu Crowding Out effizienter Selbstversicherung durch eigene Ersparnisse oder der Hilfe der Familie kommen kann (S. 136–137).

Seit dem 01.01.2022 haben Pflegebedürftige durch das GVWG Anspruch auf einen anteiligen Leistungszuschlag ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege<sup>146</sup> (§ 43c SGB XI). Dadurch soll eine Begrenzung des Eigenanteils erzielt werden (Kapitel 2.1.4) (Raffelhüsch et al., 2022, S. 11).

Das GVWG zielt auf eine Begrenzung des Eigenanteils.

## 4.5 Zwischenfazit

Im Zuge der ersten Hauptforschungsfrage wird analysiert, inwieweit systematische und strukturelle Unterschiede zwischen SPV und PPV bestehen, die zu Problemen hinsichtlich der Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung führen. Die risikoabhängige Prämienberechnung ohne Einkommensbezug der PKV und PPV gegenüber der einkommensabhängigen Beitragsberechnung der GKV und SPV verursacht Anreize, in das private System zu wechseln, wodurch Effekte sowohl auf den Gesundheitszustand und damit möglicherweise auf die Pflegeprävalenz als auch auf die Alters- sowie Einkommensstruktur des Versichertenkreises der PPV resultieren. Die selektiven Zugangsmodalitäten und die berufsspezifischen Anreize zur PKV mit der PPV tragen zur Segmentierung im Hinblick auf die Erwerbs-, Einkommens-, Geschlechtsstruktur und der Pflegeprävalenzen bei. Insgesamt ergeben sich damit aus den systematischen Unterschieden zwischen SPV und PPV (Kapitel 2.6) Wechselanreize, die zu einem Prozess der adversen Selektion zu Lasten der SPV-Versicherten und damit den strukturellen Unterschieden beitragen. Im Jahr 2020 wiesen PPV-Versicherte im Durchschnitt eine höhere ökonomische Leistungsfähigkeit und eine günstigere Risikostruktur als SPV-Versicherte auf. Da die durchschnittlichen Leistungsausgaben je SPV-Versicherten deutlich höher als die der PPV-Versicherten ausfielen, weist das duale Pflegeversicherungssystem keine ausgewogene Lastenverteilung auf, die vom Bundesverfassungsgericht postuliert wurde (Kapitel 3.6.1 und 3.6.2) (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 92).

**Erste Hauptforschungsfrage**

<sup>145</sup> Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis (2022c) und GBE (2022b). Die Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege lag zwischen 1996 und 2020 unter dem Ausgangsniveau von 1995.

<sup>146</sup> Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag 5 % des Eigenanteils an den Pflegekosten im ersten Jahr. Nach zwölf Monaten beträgt der Leistungszuschlag 25 %, nach 24 Monaten 45 % und nach 36 Monaten 70 % (§ 43c SGB XI).

Die systematischen und strukturellen Unterschiede führen zu folgenden Finanzierungsproblemen: Erstens entzieht sich durch die adverse Selektion einerseits der einkommensstarke Personenkreis der SPV, sodass deren Einnahmenbasis geschwächt wird. Andererseits entziehen sich risikoarme Personen dem Risikopool der SPV, wodurch sich die Relation zwischen gesunden und pflegebedürftigen Versicherten verschlechtert und die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in der SPV höher als in der PPV ausfallen. Dies wirkt dysfunktional auf die Nachhaltigkeit der SPV und trägt zur strukturellen Einnahmeschwäche sowie dem steigenden Druck auf die Beitragssätze der SPV und damit der Lohnnebenkosten bei. Da die aufgezeigten Indikatoren verdeutlichen, dass die SPV nicht nachhaltig finanziert und der demografische Wandel für die Zukunft eine Verstärkung dieser Probleme erwarten lässt, erscheint die Relevanz hoch (Kapitel 4.1).

Zweitens kann die SPV aufgrund des Nachhaltigkeitsdefizits und des Umlageverfahrens nicht als generationengerecht angesehen werden, da die jüngeren und zukünftigen Generationen über ihr Leben stärker als die älteren Generationen belastet werden. Auch dieses Problem deutet aufgrund der zunehmenden Verschiebung der Größenverhältnisse zwischen den Generationen auf eine hohe Relevanz (Kapitel 4.2).

Als Drittes weist die gesetzliche Pflegeversicherung eine systematische Benachteiligung der SPV-Versicherten durch die Zuweisung in ein Versichertenkollektiv mit schlechterer Risikostruktur gegenüber den PPV-Versicherten auf. Zudem ist die Solidarität jeweils nur auf das Teilkollektiv beschränkt. Da zukünftig die Risikostruktur in der PPV schlechter als in der SPV ausfallen könnte, ist eine tendenziell abnehmende Relevanz des Defizits der Finanzierungsgerechtigkeit zu vermuten (Kapitel 4.3).

Daneben existieren weitere Probleme, wie horizontale sowie vertikale Ungerechtigkeiten in der SPV und hohe bzw. steigende Eigenanteile für Pflegebedürftige, die grundsätzlich nicht durch die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV verursacht werden. Die Bedeutung des Verstoßes gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip der SPV kann weiterhin als wichtig angesehen werden. Hinsichtlich des Problems der Höhe der Eigenanteile deuten die Gegenargumente insbesondere vonseiten des PKV-Verbandes auf eine eher geringe Relevanz (Kapitel 4.4).

Die systematischen und strukturellen Unterschiede wirken dysfunktional auf die Nachhaltigkeit der SPV und verstärken die strukturelle Einnahmeschwäche sowie das Problem der steigenden Beitragssätze in der SPV.

**Defizite hinsichtlich der Generationengerechtigkeit in der SPV**

**Probleme bezüglich der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität**

**Horizontale sowie vertikale Ungerechtigkeiten in der SPV, steigende Eigenanteile**

## 5 Die Pflegebürgerversicherung als Reformoption

Die identifizierten Probleme begründen die Notwendigkeit einer Reform der dualen Pflegeversicherung. Eine mögliche Reformoption ist der Umstieg zu einer PBV, die direkt an den Strukturunterschieden zwischen SPV sowie PPV ansetzt und diese behebt.

### 5.1 Ausgestaltung der Pflegebürgerversicherung

Der Begriff der Bürgerversicherung bezeichnet kein fest umrissenes Konzept, sondern verschiedene Reformelemente, die unterschiedlich ausgestaltet und miteinander kombiniert sein können (Dräther et al., 2009, S. 73). Das konstitutive Element einer Bürgerversicherung ist die Integration der SPV sowie PPV und damit die Erweiterung des Versichertenkreises durch Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die PBV (Dräther et al., 2009, S. 80; Greß, 2022, S. 5; WD, 2010, S. 4). Damit strebt die Bürgerversicherung insbesondere eine Stärkung der Einnahmenseite an (Ehrentraut et al., 2019, S. 64). Für die weitere Ausgestaltung der PBV ist z. B. zusätzlich eine Einbindung von kapitalfundierte Elementen, eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragspflicht sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze denkbar (Dräther et al., 2009, S. 79; Gasche, 2007, S. 28; Rothgang, 2011b, S. 85).

#### Definition der Bürgerversicherung

In dieser Arbeit wird eine Ausgestaltung der PBV gewählt, durch die untersucht werden kann, welche Auswirkungen sich ausschließlich aus der Aufhebung der dualen Pflegeversicherungsstruktur und damit einem System ohne systematische sowie strukturelle Unterschiede im Vergleich zum Status quo ergeben (Strukturreffekt). Dazu wird das Modell der Bürgerversicherung betrachtet, bei dem die gesamte Wohnbevölkerung durch eine umfassende Versicherungs- und eine einheitliche Beitragspflicht in ein Pflegeversicherungssystem nach dem Muster der SPV einbezogen wird (Dräther et al., 2009, S. 80; Greß et al., 2019, S. 250). Dabei bleibt die Leistungsseite, die Regelungen zur Bemessungsgrundlage und die Beitragsbemessungsgrenze unverändert (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 3). Die Einkommen der derzeit PPV-Versicherten werden nach den Beitragsregeln der SPV verbeitragt, sodass die Einnahmenseite und das Umlagesystem im Vergleich zur derzeitigen SPV ausgeweitet wird (Gasche, 2007, S. 4, 18; Greß, 2018, S. 13). Für Beamte wird die Beihilfe durch einen hälftigen Arbeitgeber:innenbeitrag zur Pflegeversicherung, der auch für alle anderen Arbeitnehmer:innen gilt, ersetzt (Greß et al., 2019, S. 250; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 75). Damit sind auf der Einnahmenseite alle Bürger:innen an der Finanzierung der PBV nach denselben Maßstäben und am Solidarausgleich beteiligt. Auf der Ausgabenseite werden die Unterschiede hinsichtlich der Pflegerisiken und damit der Leistungsausgaben je Versicherten zwischen SPV und PPV ausgeglichen (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 3). Da kein Wechsel mehr in einen anderen Pflegeversicherungszweig möglich ist, können die adverse Selektion zu Lasten der SPV vermieden und die Marktsegmentierung überwunden werden (Gasche, 2007, S. 28; Greß, 2022, S. 5). Damit geht einher, dass die vom Bundesverfassungsgericht aufgeführte ausgewogene

#### Ausgestaltung der PBV

Lastenverteilung berücksichtigt wird (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 92; Greß et al., 2019, S. 253; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 14). Die bislang PPV-Versicherten werden in die SPV integriert. Die privaten Versicherungsunternehmen würden dann im Rahmen der Pflegeversicherung ausschließlich freiwillige private Zusatzpflegeversicherungen anbieten (Greß, 2022, S. 5).

## 5.2 Umsetzung der Pflegebürgerversicherung

Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und die SPD fordern seit Langem eine Systemänderung zu einer allgemeinen PBV (Deutscher Bundestag, 2019e). Aufgrund der Risikoselektion, der Schiefelage der Finanzierung zwischen SPV und PPV, den erwarteten weiteren Beitragssatzerhöhungen in der SPV und der eingeschränkten Solidarität fordert Die Linke das „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung“ (Deutscher Bundestag, 2019a, S. 1) zu beenden. Nach Ansicht von Bündnis 90/Die Grünen würde die PBV eine gerechte, stabile und nachhaltige Basis der Pflegefinanzierung bieten, um den demografischen Wandel zu bewältigen (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 1).

**Anklang der PBV  
in den politischen  
Reihen**

Allerdings stößt die PBV auch auf politischen Widerstand und verschiedene rechtliche Probleme (Dräther et al., 2009, S. 79). Nach der Meinung der FDP könne die SPV die Folgen des demografischen Wandels nicht allein bewältigen. Vor diesem Hintergrund hält die FDP die PBV für das falsche Konzept und fordert eine verstärkte private Vorsorge sowie den Aufbau einer kapitalgedeckten Säule der Pflegeversicherung, da die PPV aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens mit den Alterungsrückstellungen eine generationengerechtere Finanzierung als die SPV aufweise (Deutscher Bundestag, 2019b, S. 1–2, 2019e). Auch nach dem PKV-Verband verschärfe die PBV das Finanzierungsproblem, da die Kapitaldeckung dem Umlageverfahren und somit der PBV u. a. hinsichtlich der Generationengerechtigkeit überlegen sei (Deutscher Bundestag, 2019d).

**Widerstand gegen-  
über der PBV in  
den politischen  
Reihen**

In der rechtswissenschaftlichen Literatur ist die Verfassungsmäßigkeit der Bürgerversicherung umstritten<sup>147</sup> (Deutscher Bundestag, 2019e). Dabei ist vor allem zu diskutieren, wie mit den bereits akkumulierten Alterungsrückstellungen der PPV umgegangen werden soll. In der PBV entfällt die Notwendigkeit der Alterungsrückstellungen, da die Finanzierung im Umlageverfahren erfolgt. Die rechtliche Bewertung der Alterungsrückstellungen ist umstritten und wird nach Rothgang und Domhoff (2019) ausschließlich durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu klären sein (Rothgang, 2011b, S. 85; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 37; WD, 2010, S. 15–19, 32). Allerdings sind andere administrative und rechtliche Hindernisse für eine Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung geringer als in der Krankenversicherung, da in der Pflegeversicherung die Voraussetzung für die Einführung einer Bürgerversicherung günstiger und damit die Umsetzung leichter als in der Krankenversicherung wäre: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, das Leistungsrecht, die Leistungszugangskriterien und die Vergütung der Leistungsbezieher:innen sind in SPV und PPV identisch (Dräther et al., 2009, S. 82; Rothgang, 2015, S. 12; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 11, 36). Somit besteht auf der

**Mögliche Hinder-  
nisse für eine Ein-  
führung der Bür-  
gerversicherung**

<sup>147</sup> Für eine Zusammenfassung der juristischen Diskussion über die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung siehe WD (2010).

Leistungsseite bereits eine PBV (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 2). Zudem war die PPV im Gegensatz zur PKV schon immer eine Pflichtversicherung, wodurch seit der Einführung eine annähernd vollständige Erfassung der Gesamtbevölkerung auf der Basis einer einheitlichen Normierung im SGB XI erreicht wurde. Da das Bundesverfassungsgericht ausführte, dass es sich um eine „Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige“ (Bundesverfassungsgericht, 2001b, Rn. 92) handelt, dürfte deren Zusammenführung verfassungsrechtlich vergleichsweise unproblematisch sein (Dräther et al., 2009, S. 82).

Zudem stellt sich die Frage, wie die PBV eingeführt werden kann: Bei einem sofortigen Umstieg bestehen starke Zweifel, ob der Gesetzgeber PPV-Versicherte mit bestehenden Leistungsansprüchen in der PPV zur Versicherung in der PBV verpflichten könnte (Greß, 2018, S. 13, 2022, S. 5–6). Für bestehende PPV-Verträge kann z. B. Vertrauensschutz reklamiert werden (Dräther et al., 2009, S. 82–83; Rothgang, 2011b, S. 85). Bei einem „Auslaufmodell“ könnte zu einem Stichtag den privaten Krankenversicherungsunternehmen das Neugeschäft für PPV verschlossen werden. Es dürfte verfassungsrechtlich unumstritten sein, dass für zukünftige Generationen kein Anspruch auf eine PPV besteht (Greß, 2022, S. 5). Wenn allerdings alle nachwachsenden Kohorten in eine PBV einbezogen werden, würde den Umlageelementen der PPV die Basis entzogen, sodass die PPV kaum überlebensfähig wäre. Daher erscheint es zweifelhaft, dass die Existenz der PPV dauerhaft allein über den Vertrauensschutz sichergestellt werden kann (Dräther et al., 2009, S. 82–83; Rothgang, 2011b, S. 85). Eine andere Variante für den Umstieg zur PBV ist, dass bereits vor dem Stichtag den PPV-Versicherten ein zeitlich befristetes Wahlrecht gestattet würde, um unter Mitnahme zumindest eines Teils der Alterungsrückstellungen in die PBV zu wechseln (Greß, 2018, S. 13, 2022, S. 5–6).

#### Möglichkeiten der Einführung der PBV

Nach Rothgang und Domhoff (2019) ist es für die langfristige Betrachtung der Auswirkungen der PBV unerheblich, ob die Einführung der PBV durch eine sofortige Umstellung oder über eine längere Übergangszeit erfolgt. In den „Auslaufmodellen“ würden sich die Auswirkungen im Vergleich zum sofortigen Umstieg zunächst abschwächen und verzögern, jedoch würde das gleiche langfristige Ergebnis wie bei der sofortigen Umstellung resultieren (Greß, 2018, S. 13, 2022, S. 5–6; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 69–70). Bei einem „Auslaufmodell“ mit einem Wahlrecht zum Wechsel in die PBV wären die Auswirkungen unklar, da das Wechselverhalten der PPV-Versicherten nicht prognostizierbar ist und von der konkreten Ausgestaltung der Mitnahme der Alterungsrückstellungen abhängt (Greß & Lungen, 2017, S. 71). Wenn nur schlechte Risiken von der PPV zur PBV wechseln, wäre in der Übergangszeit auch eine Belastung der bislang SPV-Versicherten möglich (Lungen, 2020, S. 217).

### 5.3 Finanzielle Auswirkungen der Pflegebürgerversicherung im Umstellungsjahr

Die finanziellen Auswirkungen einer PBV wurden im Vergleich zur Bürgerversicherung in der Krankenversicherung selten untersucht (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 37–38). Tabelle 18 fasst die Ergebnisse der ab 2010 vorliegenden quantitativen Studien zu einem sofortigen Umstieg zu einer PBV zusammen, bei der der Versichertenkreis auf alle Personen erweitert und die Regelungen zur Bemessungsgrundlage sowie Beitragsbemessungsgrenze unverändert bleiben.

Nach Rothgang et al. (2011) hätte die PBV im Jahr 2010 zu einem Beitragssatzrückgang von 0,30 Beitragssatzpunkten im Vergleich zur SPV geführt (S. 56). Rothgang und Domhoff (2017) berechneten für das Jahr 2013 ein Beitragssatz von 1,77 %. Dies hätte einer Reduktion des im Jahr 2013 gültigen Beitragssatzes von 2,05 % um 0,28 Prozentpunkte entsprochen (Rothgang & Domhoff, 2017, S. 21, 52). Allerdings erfolgten beide Modellrechnungen auf Basis von Daten vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017, sodass die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die aktuellen Auswirkungen übertragen werden können (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 38).

Albrecht (2019) schätzt für die SPV aufgrund der Risikoselektion einen Risikostrukturnachteil von rund 0,3 Beitragssatzpunkten im Jahr 2017 (S. 3). Die Simulation von Greß et al. (2019) zeigt, dass die PBV nach dem Muster der SPV im Jahr 2017 insgesamt zu Beitragseinnahmen von 42,40 Mrd. € geführt hätte. Nach den Beitragsregeln der SPV hätten die derzeitigen PPV-Versicherten insgesamt Beiträge in Höhe von ca. 7,67 Mrd. € gezahlt, was die tatsächlichen Prämieinnahmen der PPV im Jahr 2017 von rund 2,6 Mrd. € deutlich überstiegen hätte. Dadurch hätten sich im Durchschnitt Beitragszahlungen von rund 943,00 € je bislang PPV-Versicherten im Jahr ergeben, während die Simulation je derzeitigen SPV-Versicherten einen Wert von ca. 570,00 € pro Jahr ausweist. Unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben wären die Leistungsausgaben in der PBV um rund 1,84 Mrd. € höher als in der SPV ausgefallen. Insgesamt hätte sich im Jahr 2017 durch die Einbeziehung der PPV-Versicherten in ein einheitliches Pflegeversicherungssystem ein Nettoeffekt von rund 5,83 Mrd. € ergeben. Dieser Nettoeffekt resultiert aus dem Saldo zwischen den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben der bislang PPV-Versicherten unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben. Der Betrag des Nettoeffekts hätte 0,40 Beitragssatzpunkten entsprochen (Greß et al., 2019, S. 251–252).

#### Ergebnisse der ab 2010 vorliegenden quantitativen Studien

Nach Rothgang et al. (2011) sowie Rothgang und Domhoff (2017) hätte die PBV das Potenzial, einen Beitragssatzrückgang zu bewirken.

Albrecht (2019) schätzte den Risikostrukturnachteil für die SPV. Greß et al. (2019) zeigten einen positiven Nettoeffekt für die PBV.



**Tabelle 18: Übersicht der Studien mit quantitativen Abschätzungen zur finanziellen Auswirkung der PBV**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lungen (2020, S. 217).

Anmerkungen: Die Abkürzung n. a. steht für nicht angegebene Werte.

Quelle	Ergebnisse für das Jahr		Derzeitig		Gesamt
			SPV	PPV	PBV
Rothgang et al. (2011)	2010	Beitragssatz	2,17 %	n. a.	1,87 %
Rothgang und Domhoff (2017)	2013	Beitragssatz	2,05 %	n. a.	1,77 %
Albrecht (2019)	2017	Risikostrukturnachteil in Beitragssatzpunkten	0,3	n. a.	n. a.
Greß et al. (2019)	2017	Beitragseinnahmen in Mrd. €	34,67	7,67	42,40
		Durchschnittliche Beiträge je Versicherte:r in € pro Jahr	570	943	614
		Leistungsausgaben inkl. Beihilfeausgaben in Mrd. €	35,54	1,84	37,38
		Saldo (Beitragseinnahmen – Leistungsausgaben) in Mrd. €	-0,87	5,83	5,02
Rothgang und Domhoff (2019)	2017	Pflegebedürftige in Tsd.	3.261	216	3.477
		Ausgaben in Mrd. €	38,6	2,8	41,4
		Kostendeckender Beitragssatz	2,72 %	n. a.	2,43 %

Nach einer weiteren Analyse von Rothgang und Domhoff (2019) wäre für eine Kostendeckung der SPV im Jahr 2017 ein um 0,17 Prozentpunkte höherer Beitragssatz von 2,72 % notwendig gewesen, da die SPV mit einem Beitragssatz von 2,55 % für Versicherte mit Kindern ein Ausgabenüberschuss von ca. 2,4 Mrd. € realisierte. Wenn im Jahr 2017 alle Bürger:innen in eine PBV eingeschlossen gewesen wären, hätte die Anzahl der Leistungsempfänger:innen um rund 216.000 höher als in der SPV gelegen. Dadurch wären die Ausgaben der PBV mit rund 41,4 Mrd. € um ca. 7,25 % höher als in der SPV ausgefallen. Zudem wäre die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen gestiegen, sodass bei der Umstellung auf eine PBV im Jahr 2017 ein kostendeckender Beitragssatz von 2,43 % resultieren würde. Damit hätte sich der kostendeckende Beitragssatz insgesamt um 0,29 Beitragssatzpunkte im Vergleich zu dem der SPV reduziert (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 65, 102).

Insgesamt zeigen alle vorliegenden Studien für die PBV eine Beitragssenkung oder bei identischen Beitragssätzen eine verbesserte Finanzausstattung gegenüber der SPV. Dabei liegen die geschätzten Beitragssatzreduktionen bei einer Umstellung auf die PBV zwischen 0,28 und 0,40 Beitragssatzpunkten im Vergleich zum Beitragssatz der SPV<sup>148</sup>. Dies kann einerseits auf die durchschnittlich höheren Beitragseinnahmen je Versicherten in der PBV im Vergleich zur SPV zurückge-

Nach Rothgang und Domhoff (2019) hätte die PBV im Jahr 2017 den kostendeckenden Beitragssatz um 0,29 Beitragssatzpunkte im Vergleich zu dem der SPV senken können.

In jedem Fall zeigen Studien, dass die PBV im Vergleich zur SPV eine Beitragssenkung bzw. eine verbesserte Finanzausstattung erzielen könnte.

<sup>148</sup> Die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien sind auf Unterschiede in den Simulationsmethoden und den Datengrundlagen zurückzuführen. Während die Analysen von Rothgang et al. (2011), Greß et al. (2019) und Rothgang und Domhoff (2019) primär auf SOEP-Daten basieren, haben Rothgang und Domhoff (2017) auf die Einkommens- und Verbraucherstichprobe zurückgegriffen.

führt werden. Diese resultieren vor allem daraus, dass zum einen die bislang von der Beihilfe geleisteten Pflegeaufwendungen über Beiträge finanziert und zum anderen die derzeitigen PPV-Versicherten entsprechend ihrem überdurchschnittlichen Einkommen zur Finanzierung der PBV beitragen würden<sup>149</sup>. Andererseits werden in der PBV aufgrund der derzeitig vorteilhaften Risikostruktur der bislang PPV-Versicherten die Relation zwischen gesunden und pflegebedürftigen Versicherten verbessert. Obwohl sich aufgrund des Wegfalles der Beihilfeleistungen höhere Leistungsausgaben für die PBV im Vergleich zu den Gesamtausgaben der SPV und PPV im Status quo ergeben, reduzieren sich die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten gegenüber der SPV (Dräther et al., 2009, S. 81).

## 5.4 Verteilungswirkungen der Pflegebürgerversicherung im Umstellungsjahr

Der Umstieg zur PBV würde für die derzeit in der PPV versicherten Personen tendenziell zu Mehrbelastungen gegenüber dem Status quo führen, da bislang PPV-Versicherte überdurchschnittliche Einkommen und eine niedrigere durchschnittliche Pflegeprävalenz im Vergleich zur PBV aufweisen (Rothgang & Domhoff, 2017, S. 32). Die durchschnittlichen Belastungen der bislang PPV-Versicherten steigen tendenziell mit der Einkommenshöhe unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Dies spiegelt die gegenwärtige Begünstigung der PPV-Versicherten durch die Risikoselektion nach Einkommen und Pflegerisiko wider (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 79–80, 82). Durch eine Beitragssatzreduktion würden alle derzeitigen Beitragszahler:innen in der SPV tendenziell einkommensproportional im Vergleich zum Status quo entlastet (Rothgang et al., 2011, S. 120). Insgesamt würde daher durch die PBV mit einer Verringerung des Beitragssatzes eine finanzielle Entlastung für einen Großteil der Bevölkerung resultieren (Rothgang & Domhoff, 2017, S. 43). Dabei würden tendenziell die bislang SPV-Versicherten mit einem insgesamt unterdurchschnittlichen Einkommen entlastet, während derzeit PPV-Versicherte, die insgesamt ein überdurchschnittliches Einkommen aufweisen, höhere Beiträge in der PBV als in der PPV in Form von Prämien zu zahlen hätten (Kapitel 3.4.2).

Aufgrund der paritätischen Finanzierung würden sich durch die Beitragssatzreduktion auch für die Arbeitgeber:innen der bislang SPV-Versicherten Entlastungen hinsichtlich der Lohnnebenkosten ergeben. Dagegen seien aufgrund der durchschnittlichen Mehrbelastungen der bislang PPV-Versicherten für deren Arbeitgeber:innen Mehrausgaben zu erwarten. Allerdings würde die durchschnittliche Mehrbelastung der Arbeitgeber:innen deutlich niedriger als die der bislang PPV-Versicherten ausfallen, da nur ein Teil der derzeit PPV-Versicherten einen Arbeitgeber:innenzuschuss erhält (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 77–81). Zusätzlich entfielen in der PBV die Beihilfeleistungen, da diese durch einen hälftigen Arbeitgeber:innenbeitrag zur Pflegeversicherung ersetzt würden. Dadurch entstünden Mehrbelastungen für bislang Beihilfeberechtigte im Vergleich zum Status quo, da diese derzeit nur Versicherungsprämien für den nicht durch die Beihilfe abgedeckten Anteil der Pflegeversicherungsleistungen zahlen müssen. Jedoch

Die PBV würde tendenziell zu Mehrbelastungen der derzeitigen PPV-Versicherten und Entlastungen der bislang SPV-Versicherten im Vergleich zum Status quo führen.

### Auswirkungen der PBV auf die Arbeitgeber:innen

<sup>149</sup> Die zusätzlichen Beiträge, die aus den bislang von der Beihilfe geleisteten Pflegeaufwendungen resultieren, werden auf 0,61 Mrd. € geschätzt (Greß et al., 2019, S. 251).

würden für den Dienstherrn bei einer paritätischen Beteiligung die Mehrbelastungen durch Beitragszuschüsse geringer als die Einsparungen ausfallen, die sich durch den Wegfall der Beihilfe ergäben (Ochmann, Albrecht & Schiffhorst, 2017, S. 41–42; Rothgang & Domhoff, 2017, S. 38–39). Dadurch würden die Beihilfesysteme von Bund und Länder insgesamt gegenüber dem Status quo entlastet. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass der durch die Beihilfe abgedeckte Anteil der Pflegeversicherungsleistungen derzeit im Durchschnitt höher als 50 % ausfällt (Greß et al., 2019, S. 252; Ochmann et al., 2017, S. 41–42; Rothgang & Domhoff, 2017, S. 38–39).

Durch die Beitragssatzreduktion sind auch Auswirkungen auf andere Akteure wie z. B. die Krankenkassen, die bei Bezieher:innen von Krankengeld die Beiträge anteilig tragen, und die Bundesagentur für Arbeit zu erwarten (Kapitel 2.5.1.1). Da die Bundesagentur für Arbeit aktuell die Beiträge für Bezieher:innen von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und Berufsausbildungsbeihilfe pauschal zahlt, würde die Beitragssenkung nicht direkt zu einer finanziellen Entlastung dieser Personengruppe führen (Rothgang & Domhoff, 2017, S. 38–39).

**Auswirkungen  
der Beitragssatz-  
reduktion der  
PBV auf weitere  
Akteure**

## 5.5 Bewertung hinsichtlich der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung

### 5.5.1 Nachhaltigkeit der Finanzierung

Wie in Kapitel 5.3 gezeigt, kann die PBV im Umstellungsjahr zu einer besseren Finanzlage im Vergleich zur SPV führen. Allerdings ist fraglich, ob die verbesserte Finanzsituation auch langfristig anhält und damit die Nachhaltigkeit gegenüber dem Status quo stärkt. Aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur prognostizieren Rothgang und Domhoff (2019) von 2017 bis 2053 durch den demografischen Wandel für die SPV einen Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen um rund 48 % und für die PPV von ca. 125 %, sodass der Anteil der privatversicherten Pflegebedürftigen unter allen Pflegebedürftigen zunimmt. Folglich fällt der Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen für eine PBV mit ca. 48 % höher als für die SPV-Versicherten mit rund 43 % im Zeitraum von 2017 bis 2060 aus (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 61–62). Dementsprechend erhöhen sich die absoluten Ausgaben der PBV von 2017 bis 2060 mit ca. 126 % stärker als die der SPV mit rund 118 %<sup>150</sup>. Auf der Einnahmeseite wird zwischen 2017 und 2060 eine Abnahme der Anzahl der Erwerbstätigen in der SPV um rund 23 % und in der PPV um ca. 31 % prognostiziert. Der Anstieg des Anteils der Rentner:innen in der SPV wird auf rund 27 % und in der PPV auf ca. 20 % geschätzt. Damit ist ein Anstieg der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in der SPV um ca. 23 % und in der PPV um rund 12 % zu erwarten (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 63–65). Insgesamt würde die PBV einerseits einen höheren Ausgabenanstieg und andererseits eine geringere Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen als die SPV aufweisen.

**Prognose der Anzahl der Pflegebedürftigen, der Ausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen in der PBV**

<sup>150</sup> Dabei wird ein gleichbleibender Leistungsumfang im Zeitverlauf angenommen und die Ausgaben der Pflegeversicherung mit einer Steigerungsrate von nominal 3 % pro Jahr dynamisiert (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 59, 62).

Ein wesentlicher Teil der verbesserten Finanzlage der PBV ist auf die bislang günstigere Risikostruktur und damit die niedrigeren Ausgaben je Versicherten in der PPV im Vergleich zur SPV zurückzuführen. Jedoch ist dieser Effekt im weiteren Zeitverlauf rückläufig: Die Zahl der Pflegebedürftigen in der derzeitigen PPV steigt stärker als in der SPV, wodurch die derzeit vorteilhafte Altersstruktur der PBV gegenüber der SPV langfristig verloren geht (Rothgang, 2011a, S. 663; Rothgang & Jacobs, 2011, S. 18). Dadurch kann die derzeitige PPV höhere Leistungsausgaben je Versicherten als die SPV aufweisen. Infolgedessen würden sich die für den Status quo ermittelten Entlastungseffekte abschwächen bzw. die Mehrausgaben über die Mehreinnahmen steigen und damit stärkere Belastungen gegenüber der derzeitigen SPV resultieren (Dräther et al., 2009, S. 81; Neusius, 2019, S. 423–424; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 66–68). Allerdings sind die bestehenden Einkommensunterschiede, das günstigere Geschlechterverhältnis und die niedrige Morbidität zwischen privat und gesetzlich Versicherten grundsätzlich von der demografischen Entwicklung unabhängig. Dadurch könnte mit einem einkommensseitig bedingten Entlastungseffekt der SPV-Versicherten auch langfristig gerechnet werden (Dräther et al., 2009, S. 81; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 66–68). Folglich ist entscheidend, ob der einkommensseitige Entlastungseffekt die stärkere demografische Alterung des PPV-Versichertenkollektivs gegenüber der SPV-Versicherten überkompensiert (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 12).

Zudem ist die Ausgabenentwicklung und damit die Nachhaltigkeitslücke von der Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen abhängig: Wenn die Leistungsdynamisierung mit dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt erfolgt, reduziert die PBV die Nachhaltigkeitslücke der SPV im Basisjahr 2004 um 0,1 Prozentpunkte (Häcker, 2008, S. 136–137). Wenn die Dynamisierung ein Prozentpunkt über dem Produktivitätswachstum liegt, steigt die Nachhaltigkeitslücke im Basisjahr 2003 sogar bei einer PBV um 2,8 Prozentpunkte gegenüber der SPV (Häcker & Raffelhüschen, 2005, S. 235–236). Insgesamt kann die PBV unter den genannten Bedingungen maximal zu einer geringfügigen Verbesserung der Nachhaltigkeit gegenüber der SPV führen. Jedoch stellt die PBV keine langfristig nachhaltige Lösung für die demografische Entwicklung dar. Um den Entlastungseffekt zu erhöhen und die finanzielle Nachhaltigkeit langfristig zu sichern, wären die Verbeitragung weiterer Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wichtige weitere Schritte (Greß, 2018, S. 13; Rothgang et al., 2011, S. 55; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 66–69).

Neben dieser Thematik wird auch die Frage nach dem geeigneteren Finanzierungsverfahren vor allem hinsichtlich Konjunkturschwankungen und der demografischen Entwicklung kontrovers diskutiert (Althammer & Lampert, 2014, S. 255; Breyer, 2000; Eisen, 1992, S. 238–239). Die PBV wird häufig dafür kritisiert, dass sie die finanzielle Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung schwächen würde, da die PPV im Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Alterungsrückstellungen abgeschafft und das umlagefinanzierte System ausgedehnt wird (Albrecht, 2019, S. 3; Neusius, 2019, S. 423). Nach Schönfelder und Wild (2013) sei es paradox, die Abschaffung der PPV zu fordern, da diese sich durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen auf die demografische Entwicklung vorbereitet hat (S. 48). Auch Hagist (2019) ist der Meinung, dass die Kapitaldeckung für die Pflegeversicherung

Für die Nachhaltigkeitswirkung ist entscheidend, ob der einkommensseitige Entlastungseffekt die stärkere demografische Alterung des PPV-Versichertenkollektivs gegenüber der SPV-Versicherten überkompensiert.

Langfristig kann die PBV keine Lösung für eine nachhaltige Finanzierung bieten.

**Umlageverfahren  
vs. Anwartschafts-  
deckungsverfahren**

das effizientere Finanzierungsverfahren darstelle. Da der Kapitaldeckungsgrad in der PBV gegenüber dem Gesamtsystem des Status quo sinkt, verschlechtere sich die Nachhaltigkeit des Systems (S. 2–3).

Die Beitragseinnahmen im Umlageverfahren der SPV und PBV sind von der Produktivitäts- sowie Arbeitsmarktentwicklung und damit vom Wirtschaftsverlauf abhängig (Kapitel 3.1.4.2) (Rothgang, 2009, S. 83). Das Anwartschaftsdeckungsverfahren sei aufgrund der risikoabhängigen Prämien weniger anfällig für Konjunkturschwankungen, sodass die Einnahmen eher azyklisch sind<sup>151</sup> (Schönfelder & Wild, 2013, S. 34, 36, 48). Allerdings ist die PPV zur Stabilisierung der Prämien auf auskömmliche Erträge bei der Anlage der Alterungsrückstellungen angewiesen, sodass eine Abhängigkeit vom Kapitalmarkt besteht. Dies stelle sich in einer Phase von äußerst niedrigen Kapitalzinsen als Nachteil heraus und führe zu einer Ungewissheit über die erzielbaren Erträge (Althammer & Lampert, 2014, S. 257; Greß, 2018, S. 12; Greß & Lungen, 2017, S. 70). Zudem kann Inflation die Sicherheit des angesparten Kapitalstocks beeinträchtigen (Fuest, 2007, S. 19).

Darüber hinaus beeinflusst die demografische Entwicklung die Beitragseinnahmen im Umlageverfahren bedeutend (Kapitel 3.1.4.2). Im Gegensatz dazu bestünde beim Anwartschaftsdeckungsverfahren eine weitgehende Unabhängigkeit von demografischen Veränderungen, da jede:r Versicherte zumindest teilweise Eigenvorsorge betreibt und die Prämien sowie Leistungssätze nicht durch den Altenquotient beeinflusst würden (Althammer & Lampert, 2014, S. 256; Arentz et al., 2011, S. 15). Die demografischen Effekte werden durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen abgefangen (Prasuhn & Wilke, 2021, S. 35). Allerdings sei auch das Anwartschaftsdeckungsverfahren nicht immun gegen demografische Änderungen, da beim Bevölkerungsrückgang die Nachfrage nach Wertpapieren sinke, sodass die Kapitalanteile mit einem Abschlag verkauft werden müssten und sich der Vermögenswert reduziere<sup>152</sup>. Nach dem Mackenroth-Theorem seien das Kapitalansammlungs- und Umlageverfahren nicht wesentlich verschieden (Mackenroth, 1952, S. 43). Dies wird dahingehend kritisiert, dass das Kapitaldeckungsverfahren durch die erhöhte Kapitalakkumulation mehr Investitionen ermöglicht und dadurch zur Stärkung der Wirtschaft beiträgt. Dementsprechend würde der Rückgang des Kapitalstocks durch die Ausweitung des Umlageverfahrens zu niedrigeren Investitionen und damit zu einer geringeren Wirtschaftsleistung führen (Schönfelder & Wild, 2013, S. 46–48).

Die Beitragseinnahmen im Umlageverfahren hängen von der demografischen Entwicklung ab, während im Anwartschaftsdeckungsverfahren eine weitgehende Unabhängigkeit besteht.

## 5.5.2 Strukturelle Einnahmeschwäche

Die PBV trägt zur Verbesserung der strukturellen Einnahmeschwäche im Vergleich zum Status quo dahingehend bei, dass aufgrund der Einbeziehung der bislang PPV-Versicherten die Anzahl der Beitragszahler:innen, die durchschnittliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und die durchschnittliche Wachstums-

**Einflussfaktoren  
auf die strukturelle  
Einnahmeschwäche**

<sup>151</sup> Eine leichte Prozyklizität kann auftreten, wenn die Zahl der Beitragsrückstände und der Kündigungen in der Rezession steigen, jedoch ist dieser Effekt eher marginal (Schönfelder & Wild, 2013, S. 36–37, 48).

<sup>152</sup> Das Argument besteht streng genommen nur für geschlossene Volkswirtschaften, jedoch weisen alle industrialisierten Volkswirtschaften ähnliche demografische Probleme auf, sodass diese Annahme realistisch erscheint (Althammer & Lampert, 2014, S. 257; Eisen, 1992, S. 238).

rate des Einkommens der Versicherten höher als in der SPV ausfallen. Zudem führt die PBV zu einer Unabhängigkeit von Wanderungsbewegungen in Richtung PPV (Rothgang, 2011a, S. 662). Allerdings wird auch in der derzeitigen PPV die Anzahl der Rentner:innen steigen und die Anzahl der Erwerbstätigen sinken, sodass Rothgang und Domhoff (2019) von 2017 bis 2060 für die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in der PPV einen geringeren Anstieg als in der SPV prognostizieren (Kapitel 5.5.1) (S. 63–65). Zudem führen Einkommenszuwächse bei Einkommen, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, ceteris paribus nicht zu einem Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen und damit nicht zu zusätzlichen Beitragseinnahmen<sup>153</sup>.

Damit verursacht neben der adversen Selektion auch die Beschränkung der beitragspflichtigen Einnahmen die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV (Rothgang et al., 2011, S. 10). Die PBV behebt zwar die adverse Selektion und dadurch ein weiteres systematisches Wegbrechen der Beitragsbasis, aber lässt die Regelungen zur Beitragsbemessungsgrundlage unverändert (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 18). Damit kann die PBV allein nicht die strukturelle Einnahmeschwäche überwinden. Um der strukturellen Einnahmeschwäche stärker entgegenzutreten, bedarf es zusätzlich einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und einer Ausdehnung der Beitragspflicht auf weitere bzw. alle Einkunftsarten (Dräther et al., 2009, S. 86; Rothgang, 2019, S. 12; Rothgang & Domhoff, 2019, S. 11, 34). So kann verhindert werden, dass mit dem Arbeitseinkommen ein abnehmender Teil des Volkseinkommens verarbeitet wird (Rothgang, 2011a, S. 662).

Die PBV verhindert die adverse Selektion, aber verändert nicht die Regelungen zur Beitragsbemessungsgrundlage, sodass die PBV allein die strukturelle Einnahmeschwäche nicht überwinden kann.

### 5.5.3 Zukünftiger Anstieg der Beitragssätze

Die PBV strebt mit der stabileren Finanzierungsbasis im Vergleich zum Satus quo an, die zukünftigen Ausgabenanstiege zu dämpfen (Dräther et al., 2009, S. 88). Die PBV kann zwar im Umstellungsjahr zu Beitragssatzsenkungen gegenüber der SPV führen (Kapitel 5.3), allerdings ist auch bei der PBV langfristig mit Beitragssatzsteigerungen zu rechnen. Dies ist u. a. in dem rückläufigen Effekt der günstigeren Risikostruktur der bislang PPV-Versicherten, der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und der kaufkrafterhaltenden Dynamisierung der Leistungen begründet (Kapitel 5.5.1) (Rothgang, 2011a, S. 663; Rothgang et al., 2011, S. 57). Darüber hinaus gäbe es im Umlageverfahren der PBV keine Alterungsrückstellungen, die die Beitragsbelastung im Zeitverlauf glätten<sup>154</sup> (Albrecht, 2019, S. 3). Nach Gasche (2007) können allgemein alle Maßnahmen zur Ausweitung der Beitragsbasis nur zu einer Beitragssatzsenkung führen, aber nicht die zukünftig zu erwartende Beitragssatzdynamik ändern, sodass lediglich ein Niveaueffekt resultiert (S. 29).

**Effekte auf die zukünftige Beitragssatzdynamik**

<sup>153</sup> Bei der Betrachtung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der SPV im Jahr 2020 in Höhe von 4.687,50 € zeigt sich, dass von den erwerbstätigen Versicherten in der PPV ca. 49,55 % ein Monatseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze aufwiesen. Unter allen Versicherten lag der Anteil bei rund 16,81 %. Eigene Berechnungen auf Basis von SOEP-Core v37 und Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2019).

<sup>154</sup> Weiterführende Informationen zu den Wirkungen der Alterungsrückstellungen bieten Schönfelder und Wild (2013).

### Prognose der Beitragsentwicklung der PBV

Die zukünftigen finanziellen Auswirkungen der PBV in der hier betrachteten Ausgestaltung wurden unter den in Tabelle 18 aufgeführten Studien nur von Rothgang et al. (2011) projiziert<sup>155</sup>. Nach dieser Analyse würde die PBV zu einer Beitragssatzreduktion von 0,12 Beitragssatzpunkten für 2035 und 0,11 Beitragssatzpunkten für 2060 im Vergleich zur Beitragsentwicklung der SPV führen. Demnach sinkt der Effekt der Beitragsreduktion, sodass eine absolute und relative Entlastung ab 2040 kaum noch vorhanden sei (Rothgang et al., 2011, S. 54, 56). Dementsprechend würde der Beitragssatz in der PBV stärker als in der SPV ansteigen (Häcker, 2008, S. 137). Allerdings ist die Prognose mit Unsicherheiten verbunden, da z. B. die Leistungsdynamisierung und Ausgabenentwicklung geschätzt werden (Lüngen, 2020, S. 217; Rothgang et al., 2011, S. 57). Inwieweit der aufgezeigte Entlastungseffekt der SPV-Versicherten sowie deren Arbeitgeber:innen hinsichtlich der Beiträge langfristig anhält, ist davon abhängig, ob der einkommensseitige Entlastungseffekt den rückläufigen Effekt der günstigeren Risikostruktur der bislang PPV-Versicherten gegenüber den SPV-Versicherten überkompensiert (Kapitel 5.5.1). Allerdings kann die PBV das Problem der steigenden Beitragsbelastungen und Lohnnebenkosten nicht langfristig lösen.

#### 5.5.4 Generationengerechtigkeit

Wie in Kapitel 4.2 gezeigt, belastet die Umlagefinanzierung der derzeitigen SPV die jüngeren und kommenden Generationen über ihr Leben stärker als die älteren Generationen (Bahnsen & Wild, 2021, S. 6; Fuest, 2007, S. 17, 21). Die PBV führt nur zu einer Begrenzung der intergenerativen Lastverschiebung, wenn eine signifikante Verjüngung der Versichertenstruktur im Vergleich zur SPV erzielt werden kann, sodass die Größenverhältnisse zwischen den Generationen verbessert werden. Da die derzeitige PPV keine wesentlich andere Altersstruktur aufweist als die SPV (Kapitel 3.3.2), deutet dies darauf hin, dass die PBV nicht mit einer Stärkung der Generationengerechtigkeit verbunden ist (Häcker & Raffelhüschen, 2007, S. 351).

Die PBV kann die Größenverhältnisse zwischen den Generationen nicht verbessern.

Allerdings könnte der einkommensseitige Entlastungseffekt der PBV das Ausmaß der auf zukünftige Generationen übertragenen Belastungen im Vergleich zur SPV reduzieren. Falls die PBV die Nachhaltigkeitslücke und den zukünftigen Beitragsanstieg gegenüber dem Status quo verringern kann (Kapitel 5.5.1 und 5.5.3), könnten die Mehrbelastungen für zukünftige Generationen geringfügig im Vergleich zur SPV abgemildert werden. Nach Häcker (2008) sinkt die Mehrbelastung zukünftiger Generationen im Basisjahr 2004 durch die PBV im Vergleich zum Status quo minimal (S. 137). Wenn die PBV zu einem Anstieg der Nachhaltigkeitslücke und einem stärkeren Beitragssatzanstieg gegenüber dem Status quo führt, wird die intergenerative Umverteilung weiter verstärkt und damit die Generationengerechtigkeit geschwächt (Bork & Gasche, 2003, S. 773).

<sup>155</sup> Rothgang und Domhoff (2019) untersuchen die zukünftige Beitragssatzentwicklung nur für eine PBV, die auch eine Beitragspflicht für alle Einkommensarten und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vorsieht (S. 42, 66–69). Die anderen in Tabelle 17 aufgeführten Studien nehmen keine Projektion der Beitragssatzentwicklung vor.

Die PBV führt insgesamt mit einer Ausweitung der Umlagefinanzierung und der Abschaffung der PPV im Anwartschaftsdeckungsverfahren, das für eine Verringerung der Belastung künftiger Generationen sorgt, zu einem Anstieg der intergenerativen Umverteilung zulasten zukünftiger Generationen (Gasche, 2007, S. 29–30; PKV-Verband, 2022a, S. 9). Da in der PBV kein Aufbau von Alterungsrückstellungen erfolgt, werden zukünftige Beitragszahler:innen stärker als im Status quo belastet (Bahnsen et al., 2019, S. 22; Rothgang & Domhoff, 2017, S. 21). Daher sollte eine Ausweitung der Umlagefinanzierung aufgrund der schon heute absehbaren Belastungen für die jüngeren Generationen vermieden werden (Arentz & Wild, 2019, S. 3).

Die Ausweitung des Umlageverfahrens sollte im Hinblick auf die Belastungen für die jüngeren Generationen vermieden werden.

Insgesamt werden bei der PBV die Finanzierungslasten weiterhin größtenteils auf jüngere sowie zukünftige Generationen verschoben (Ehrentraut et al., 2019, S. 64). Die PBV verstärkt die Probleme des Umlageverfahrens der SPV und schwächt die Generationengerechtigkeit noch weiter, sodass die PBV vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung keine Lösung für eine generationengerechte Pflegeversicherung gewährleistet (Bahnsen & Wild, 2021, S. 7). Um zukünftige Kohorten zu entlasten, kann der Beitragssatz der PBV so weit erhöht werden, bis dieser über dem zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz liegt, und die resultierenden Überschüsse einem kollektiven Kapitalstock zugeführt werden (Rothgang et al., 2011, S. 58–71). Kapitalfundierte Elemente können Finanzierungslasten, die sonst zukünftig anfallen würden, in die Gegenwart vorziehen (Rothgang, 2011b, S. 85). Zudem könnten zukünftige Ausgabensteigerungen über mehr eigenverantwortliche Vorsorge finanziert werden (Arentz & Wild, 2019, S. 3; Bahnsen et al., 2019, S. 22).

Die Generationengerechtigkeit wird durch die PBV gegenüber dem Status quo geschwächt.

### 5.5.5 Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität

Die PBV führt zu der vom Bundesverfassungsgericht (2001b) aufgeführten ausgewogenen Lastenverteilung und erfüllt in diesem Sinne den normativen Maßstab für die Finanzierungsgerechtigkeit (Kapitel 4.3) (Rn. 92). Da bei der PBV nur noch insgesamt ein Pflegeversicherungssystem besteht, kann keine Benachteiligung aufgrund der Zuweisung von Versicherten in ein Versichertenkollektiv erfolgen. Für die derzeitigen PPV-Versicherten resultieren in der PBV zwar deutliche Mehrbelastungen, die allerdings unvermeidlich sind, wenn ein Ausgleich des Gerechtigkeitsdefizits zwischen SPV und PPV erfolgen soll (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 14). Da tendenziell die im Durchschnitt einkommensschwächere SPV-Versichertengruppe entlastet und das durchschnittlich einkommensstärkere PPV-Versichertenkollektiv belastet wird, stärkt die PBV das Umverteilungselement der Pflegeversicherung (Rothgang et al., 2011, S. 140–141). Damit verbessert die PBV insgesamt die Finanzierungsgerechtigkeit im Vergleich zum Status quo (Rothgang et al., 2011, S. 57).

**Stärkung der Finanzierungsgerechtigkeit in der PBV**

Zusätzlich wird durch die PBV der an der solidarischen Finanzierung beteiligte Personenkreis auf alle Versicherten ausgedehnt, sodass die PBV einer umfassenden Volksversicherung nach Rothgang entspricht (Dräther et al., 2009, S. 86). Damit stellt die PBV die solidarische Finanzierung in personeller und einkommensbezogener Hinsicht auf eine möglichst breite Grundlage (Dräther et al., 2009,

**Umfassende Solidarität in der PBV**



S. 88). Zudem sind im Umlageverfahren solidarische Komponenten in größerem Maße als im Anwartschaftsdeckungsverfahren enthalten (Kapitel 2.5.2.3). Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden dahingehend deutlich abgemildert, dass Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen und geringen Gesundheitsrisiken sich nicht länger dem Sozialversicherungssystem mit den Umverteilungseffekten entziehen können (Rothgang & Jacobs, 2011, S. 18).

## 5.6 Bewertung hinsichtlich sonstiger Aspekte

### 5.6.1 Eigenanteile für Pflegebedürftige

Da in der PBV das Teilleistungsprinzip und die Leistungsseite gegenüber dem Status quo gleich bleiben, wird die Höhe der Eigenanteile im Umstellungsjahr bzw. der zukünftig erwartete Anstieg der Eigenanteile für Pflegebedürftige nicht verändert. Dadurch führt die PBV auch zu keinen Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der Empfänger:innen sowie der Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Vergleich zur derzeitigen Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für eine Begrenzung der Eigenanteile ist z. B. ein Sockel-Spitz-Tausch oder eine Vollversicherung notwendig<sup>156</sup>. Alternativ könnte eine Stärkung der privaten Vorsorge erfolgen (Deutscher Bundestag, 2019b, S. 2).

In Bezug auf die Höhe der Eigenanteile sind keine Änderungen zu erwarten.

### 5.6.2 Horizontale und vertikale Gerechtigkeit

Die PBV stärkt die horizontale Gerechtigkeit gegenüber dem Status quo dahingehend, dass auch bislang PPV-Versicherte Beiträge entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit bis zur Beitragsbemessungsgrenze zahlen. Jedoch kann die hier betrachtete PBV die Ursachen für die horizontale Ungerechtigkeit nicht beheben. Die Ungleichbehandlung von Einkommensquellen könnte durch die Einbeziehung weiterer bzw. aller Einkommensarten in die Beitragspflicht behoben werden. Das Beitragssplitting stellt einen potenziellen Lösungsansatz für die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Verteilung des Haushaltseinkommens auf die Haushaltmitglieder dar (Dräther et al., 2009, S. 86; Rothgang et al., 2011, S. 140).

**Stärkung der horizontalen Gerechtigkeit durch die PBV**

Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden durch die PBV im Vergleich zum Status quo abgemildert, da ökonomisch leistungsstarke Personen sich nicht länger dem Umverteilungssystem entziehen können. Allerdings können die vertikalen Ungerechtigkeiten aufgrund der unveränderten Beitragsbemessungsgrenze nicht behoben werden. Die vertikale Gerechtigkeit könnte dadurch gestärkt werden, dass Einkommen oberhalb der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze teilweise beitragspflichtig werden (Rothgang, 2011a, S. 663). Alternativ könnte eine schrittweise Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgen. Dies wäre in der PBV nicht mit der erwarteten Abwanderung guter Risiken wie im dualen System verbunden (Deutscher Bundestag, 2019a, S. 4, 7; Lungen, 2020, S. 216).

**Reduktion der vertikalen Ungerechtigkeiten unter dem System der PBV**

<sup>156</sup> Bei einem Sockel-Spitz-Tausch wird der Eigenanteil für Pflegebedürftige auf einen fixen Sockelbetrag begrenzt und die darüberhinausgehenden Pflegekosten von der Pflegeversicherung übernommen (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 10, 70). Allerdings werden diese Reformoptionen auch kritisiert (Albrecht, 2019, S. 4–5; Bahnsen et al., 2019, S. 22; Fetzer & Hagist, 2021, S. 136–137; PKV-Verband, 2022a, S. 8–9).

### 5.6.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung

Aus der Ausgestaltung der Finanzierungsstrukturen ergeben sich auch unmittelbar Konsequenzen für die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung<sup>157</sup>. Aktuell besteht keine Differenzierung der Leistungen in Abhängigkeit vom Pflegeversicherungszweig. Die PBV verändert die Leistungsseite gegenüber dem Status quo nicht, was darauf hindeutet, dass sich keine Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ergeben. Zudem ist der Leistungsumfang der Pflegeversicherung weiterhin begrenzt und darüber hinausgehende Kosten werden von den Versicherten selbst getragen, sodass für Versicherte der Anreiz besteht, kostengünstige Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Daraus ergeben sich auf der Anbieterseite geringe Spielräume für Preissteigerungen<sup>158</sup> (Arentz & Wild, 2019, S. 2). Damit nehmen die Angehörigen in der Regel eine starke direkte Rolle bei der Leistungserbringung und -steuerung ein (Dräther et al., 2009, S. 89–90).

**Keine erwarteten Auswirkungen auf die Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung**

Aufgrund der identischen Verfahren hinsichtlich der Antragstellung, Leistungsgewährung und der Leistungshöhe von SPV, PPV und PBV sind seitens der Pflegedienste und stationären Einrichtungen kaum Gegenreaktionen zu erwarten. Zudem könnten Effizienzvorteile resultieren, wenn Aufgaben der Institutionen der PKV, wie Medicproof, in den Medizinischen Dienst der GKV überführt würden (Lüngen, 2020, S. 216). Damit ist insgesamt nicht ersichtlich, dass die PBV zu Änderungen hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung im Vergleich zum Status quo führt.

### 5.6.4 Beschäftigungswirkung

Da ausschließlich Studien zu der Beschäftigungswirkung der Bürgerversicherung in der Krankenversicherung vorliegen, können die Beschäftigungseffekte einer PBV nur abgeschätzt werden (Albrecht, Möllenkamp, Nolting & Hildebrandt, 2016; Paquet, 2013). Die Integration der bislang PPV-Versicherten in die SPV und die Beendigung der PPV führen zu einem teilweisen Entzug der Geschäftsgrundlage der privaten Versicherungsunternehmen. Da diese Unternehmen auch z. B. private Krankheitsvollversicherungen und Zusatzversicherungen anbieten, kann das entzogene PPV-Geschäft vermutlich durch andere Versicherungsprodukte aufgefangen werden, sodass die PBV nicht existenzbedrohend auf die privaten Versicherungsunternehmen wirkt (Prasuhn & Wilke, 2021, S. 58; Rothgang & Domhoff, 2017, S. 39). Die negativen Beschäftigungseffekte in den einzelnen privaten Versicherungsunternehmen können in Abhängigkeit von den Schwerpunkten ihrer Geschäftstätigkeit sehr unterschiedlich ausfallen (Albrecht et al., 2016, S. 59; Paquet, 2013, S. 92). Zudem sind negative Auswirkungen auf die Beschäftigung in angrenzenden Bereichen, wie in den Beihilfestellen, zu erwarten (Albrecht et al., 2016, S. 60).

**Negative Beschäftigungseffekte**

<sup>157</sup> In der Debatte über die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung wird argumentiert, dass der wettbewerbliche Versicherungsmarkt mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sichere (Dräther et al., 2009, S. 89–90; WD, 2018, S. 14–15).

<sup>158</sup> Hinsichtlich des Wandels der Versorgungsstrukturen und der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger ist eine Vergrößerung der finanziellen Spielräume für Preissteigerungen auf der Anbieterseite möglich.

Die Umstellung auf eine PBV ist mit Organisations- und Verwaltungsaufwand verbunden. Die Integration der bislang PPV-Versicherten erhöht die Anzahl der zu betreuenden Versicherten in der PBV im Vergleich zur SPV (Prasuhn & Wilke, 2021, S. 57). Allerdings werden Beschäftigungseffekte in der PBV, die die negativen Beschäftigungseffekte kompensieren, als unrealistisch angesehen: Die Zugänge aus der PPV und damit das Zusatzgeschäft im Vergleich zur SPV ist vernachlässigbar, sodass die PBV kaum zur Aufnahme zusätzlichen Personals führe (Albrecht et al., 2016, S. 60). Im Jahr 2013 waren in der PKV ca. 70.000 Beschäftigte und freiberufliche Außendienstmitarbeiter:innen für rund 9 Mio. Versicherte zuständig, während die GKV etwa 100.000 Vollzeitäquivalente und rund 70 Mio. Versicherte aufwies (Paquet, 2013, S. 36–37, 55–56). Ebenso sind vom Bereich der Zusatzversicherungen keine kompensierenden Beschäftigungseffekte zu erwarten (Albrecht et al., 2016, S. 60). Daher sind durch die Umstellung auf die PBV insgesamt geringe negative Beschäftigungswirkungen zu vermuten.

**Organisations- und Verwaltungsaufwand bei der Umstellung auf die PBV**

Darüber hinaus kann eine einkommensabhängige Beitragserhebung zu Abgabewiderständen und Ausweichreaktionen, insbesondere bei Personen mit höherem Einkommen, führen. Dabei kann es zur vermehrten Inanspruchnahme von Freizeit, einer niedrigeren Leistungsbereitschaft und zur Verlagerung von Teilen der Wirtschaftsleistungen in die Schattenwirtschaft bzw. in Bereiche kommen, auf die mit Sozialbeiträgen schwer Zugriff genommen werden kann. Dies kann insgesamt die (statistisch erfassbare) Beschäftigung und die Wirtschaftsleistung verringern (Schönfelder & Wild, 2013, S. 31).

**Mögliche Effekte einer einkommensabhängigen Beitragserhebung**

## 5.7 Gesamtbewertung

Tabelle 19 fasst die Veränderungen der PBV im Vergleich zum Status quo und die Bewertung der einzelnen Kriterien hinsichtlich der Problemlösung zusammen. Im Rahmen der fünften Forschungsfrage erfolgt eine Bewertung der PBV hinsichtlich der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung. Durch die Behebung der Einkommenselektion steigt der Durchschnittsbeitrag je versicherter Person im Vergleich zur SPV, sodass der PBV entsprechende Mittel zusätzlich zur Verfügung stehen. Allerdings entstehen durch die Einbeziehung der bislang PPV-Versicherten ebenfalls zusätzliche Leistungsausgaben. Alle vorliegenden quantitativen Studien weisen im Umstellungsjahr eine Beitragssatzsenkung bzw. eine verbesserte Finanzausstattung im Vergleich zum Status quo der SPV aus. Jedoch ist der Effekt der günstigeren Risikostruktur und damit der niedrigeren Ausgaben je Versicherte:n in der derzeitigen PPV rückläufig. Daher hängt die langfristige Verbesserung der Finanzlage gegenüber dem Status quo der SPV davon ab, ob der einkommensseitige Entlastungseffekt die demografische Alterung des PPV-Versichertenkollektivs überkompensieren kann. Davon ist auch abhängig, inwieweit der Entlastungseffekt der SPV-Versicherten sowie deren Arbeitgeber:innen hinsichtlich der Beiträge langfristig anhält. Zusätzlich besteht an der Ausweitung des Umlageverfahrens hinsichtlich der Abhängigkeit von Konjunkturschwankungen und der demografischen Entwicklung Kritik. Insgesamt stellt die PBV langfristig keine Lösung für die bedeutsamen Defizite hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Finanzierung und des Anstieges der Beitragsbelastung sowie der Lohnnebenkosten dar.

**Fünfte Forschungsfrage: Bewertung der PBV hinsichtlich der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung**

**Tabelle 19: Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung, Veränderungen durch die PBV gegenüber dem Status quo und Bewertung hinsichtlich der Problemlösung**

Quelle: Eigene Darstellung.

Anmerkungen: Die Veränderungen durch die PBV gegenüber dem Status quo werden wie folgt gekennzeichnet: Verbesserungen (+), Verschlechterungen (-), Änderung hängt von Einflussfaktoren ab (-/+), keine wesentlichen Änderungen (|). Die PBV kann das Problem vollständig (✓) bzw. nicht komplett lösen (x).

	Problem	Veränderung	Problemlösung
Finanzierungsprobleme	Finanzlage im Umstellungsjahr	+	
	Nachhaltigkeit der Finanzierung	-/+	x
	Strukturelle Einnahmeschwäche	+	x
	Zukünftiger Anstieg der Beitragssätze	-/+	x
	Generationengerechtigkeit	-	x
	Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität	+	✓
Sonstige Probleme	Hohe bzw. steigende Eigenanteile für Pflegebedürftige		x
	Horizontale und vertikale Gerechtigkeit	+	x
	Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung		
	Beschäftigungswirkung	-	

Die strukturelle Einnahmeschwäche wird im Vergleich zum Status quo verbessert, da durch die Integration der bislang PPV-Versicherten die Anzahl der Beitragszahler:innen, die durchschnittliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und die durchschnittliche Wachstumsrate des Einkommens höher als in der SPV ausfallen. Allerdings bleibt die Beschränkung der beitragspflichtigen Einnahmen, die ebenso die strukturelle Einnahmeschwäche verursachen, unverändert, sodass die PBV das Problem nicht lösen kann. Aufgrund der Abschaffung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens mit den Alterungsrückstellungen und der Ausweitung der Umlagefinanzierung führt die PBV zu einem Anstieg der intergenerativen Umverteilung zulasten zukünftiger Generationen gegenüber dem Status quo. Dadurch verstärkt die PBV das hoch relevante Problem der Generationengerechtigkeit der SPV. Die PBV verbessert die Finanzierungsgerechtigkeit und sorgt für eine umfassende Solidarität im Vergleich zum Status quo, da die gesamte Bevölkerung in ein Pflegeversicherungssystem integriert wird. Damit kann die PBV das Defizit hinsichtlich der Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität, welches eine tendenziell abnehmende Relevanz aufweist, lösen.

**Fazit zur strukturellen Einnahmeschwäche, der Generationengerechtigkeit und der Finanzierungsgerechtigkeit sowie Solidarität in der PBV**

Insgesamt kann die PBV Verbesserungen im Hinblick auf die Finanzlage im Umstellungsjahr, die strukturelle Einnahmeschwäche, die Finanzierungsgerechtigkeit und die Solidarität im Vergleich zum Status quo erzielen. Die Wirkung auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung und den zukünftigen Anstieg der Beitragsätze ist von dem einkommensseitigen Entlastungseffekt und dem Effekt der Risikostruktur der bislang PPV-Versicherten abhängig. Die Generationengerechtigkeit wird durch die PBV im Vergleich zum Status quo geschwächt. Damit kann die PBV die aufgezeigten Finanzierungsprobleme, bis auf das Defizit bezüglich der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität, nicht beheben.

Die PBV kann die aufgezeigten Finanzierungsprobleme, bis auf das Defizit der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität, nicht lösen.

Die sechste Forschungsfrage ergründet, welche weiteren Probleme im Vergleich zum Status quo auftreten können. Da die PBV die Leistungsseite der Pflegeversicherung nicht verändert, sind hinsichtlich der Höhe der Eigenanteile, der Anzahl der Empfänger:innen und der Ausgaben der Hilfe zur Pflege, deren Problemlage eher geringe Relevanz aufweist, keine Änderungen zu erwarten. Gleiches gilt bezüglich der Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung. Das Leistungsfähigkeitsprinzip wird dahingehend im Vergleich zum Status quo gestärkt, dass sich ökonomisch leistungsstarke Personen nicht länger dem Umverteilungssystem entziehen können und derzeitige PPV-Versicherte einkommensabhängige Beiträge zahlen. Allerdings kann die PBV die horizontalen und vertikalen Ungerechtigkeiten nicht beheben, da die Ungleichbehandlung der Einkommensquellen, die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Verteilung des Haushaltseinkommens auf die Haushaltsmitglieder und die unveränderte Beitragsbemessungsgrenze weiterhin bestehen. Aufgrund der Beendigung der PPV und des Wegfalles der Beihilfe sind geringe negative Beschäftigungseffekte u. a. in den privaten Versicherungsunternehmen und den Beihilfestellen zu vermuten. Zudem kann die Ausweitung der einkommensabhängigen Beitragserhebung zu Abgabewiderständen und Ausweichreaktionen führen, die die Beschäftigung und Wirtschaftsleistung verringern können.

**Sechste Forschungsfrage:  
Weitere Probleme durch die PBV im Vergleich zum Status quo**

Im Rahmen der zweiten Hauptforschungsfrage wird untersucht, inwiefern die PBV eine nachhaltige sowie gerechte Reformoption zur dualen Struktur der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland darstellt. Da die PBV die gesamte Bevölkerung in ein Pflegeversicherungssystem einbezieht, werden die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV im Status quo behoben. Dadurch wird die vorteilhafte Marktsegmentierung zugunsten der PPV unterbunden. Die Erweiterung der Umlagefinanzierung weist im Vergleich zum Kapitaldeckungsverfahren den Vorteil auf, dass kein radikaler Systemwechsel erfolgen muss und zusätzliche Umstiegskosten vermieden werden (Häcker & Raffelhüschen, 2007, S. 353–354; Schulte & Schröder, 2006, S. 120).

**Zweite Hauptforschungsfrage**

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung stellt eines der bedeutendsten Probleme der Pflegeversicherung dar (Kapitel 4.5). Wie gezeigt, kann die PBV maximal zu einer geringfügigen Verbesserung der Nachhaltigkeit der Finanzierung im Vergleich zum Status quo führen. Unter bestimmten Bedingungen kann sogar eine Verschärfung des Nachhaltigkeitsproblems resultieren. Insgesamt kann die PBV die Demografieanfälligkeit des Systems nicht überwinden und damit keine langfristig nachhaltige Lösung gewährleisten. Prof. Dr. Christian Hagist, ein Sachverständiger des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, brachte in Bezug auf die

**Fazit zur nachhaltigen Finanzierung in der PBV**

Nachhaltigkeit des Gesamtsystems an: „Man holt sich zwar zum jetzigen Zeitpunkt ein paar starke Ruderer an Bord, bekommt jedoch, wenn diese Leistungsträger zu Leistungsempfängern werden, umso mehr Schlagseite“ (Hagist, 2019, S. 2–3).

Die große Stärke der PBV liegt in der Schaffung von Finanzierungsgerechtigkeit und einer umfassenden Solidarität, die sich auf die gesamte Bevölkerung und damit Volksversicherung erstreckt. Jedoch kann die PBV die Probleme bezüglich der Generationengerechtigkeit und der horizontalen sowie vertikalen Gerechtigkeit gegenüber dem Status quo nicht beheben. Letztendlich würde die PBV nicht allein ausreichen, um eine nachhaltigere und gerechtere Finanzierung im Vergleich zur dualen Struktur der gesetzlichen Pflegeversicherung zu gewährleisten. Vielmehr bedarf es einer Kombination aus verschiedenen Maßnahmen. Die von Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und der SPD geforderte PBV sieht eine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragsberechnung und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vor (Deutscher Bundestag, 2019c, S. 3–4, 2019e; Rothgang & Domhoff, 2017, S. 2–3). Trotzdem könnten die zusätzlichen Mittel der PBV kurz- bis mittelfristig eine bedeutende Finanzierungsquelle z. B. für eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und die Einstellung neuen Personals darstellen (Greß et al., 2019, S. 253). Insgesamt erweist sich die PBV als nach wie vor interessante Reformoption, insbesondere um die Finanzierungsgerechtigkeit sowie Solidarität zu stärken und eine solidarische Grundlage für die Finanzierungserfordernisse sowie weitere Reformmaßnahmen zu schaffen.

Die PBV reicht allein nicht aus, um eine nachhaltigere und gerechtere Finanzierung im Vergleich zur dualen Struktur der gesetzlichen Pflegeversicherung zu gewährleisten, aber könnte eine Grundlage für weitere Reformmaßnahmen schaffen.

## 6 Fazit

Die Pflegeleistungen sowie deren Zugangsvoraussetzungen sind in der SPV und PPV identisch, jedoch unterscheiden sich beide Systeme hinsichtlich der Finanzierungsverfahren und der Zugangsmodalitäten. Aus diesen systematischen Unterschieden und den Rahmenbedingungen der GKV sowie PKV resultieren Wechselanreize in das private System, die zu einem Prozess der adversen Selektion zu Lasten der SPV-Versicherten und damit zu den strukturellen Unterschieden zwischen SPV und PPV beitragen. Die empirische Analyse zeigt, dass die PPV-Versicherten im Jahr 2020 sowohl eine günstigere Risikostruktur als auch einen signifikant höheren Durchschnitt des monatlichen Bruttoerwerbseinkommens und in diesem Sinne eine höhere ökonomische Leistungsfähigkeit gegenüber den SPV-Versicherten aufweisen. Aufgrund des signifikant höheren Anteils der Pflegebedürftigen in der SPV im Vergleich zur PPV fallen unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben die durchschnittlichen Leistungsausgaben je SPV-Versicherten mehr als doppelt so hoch wie die der PPV-Versicherten aus. Damit kann keine ausgewogene Lastenverteilung zwischen SPV und PPV, wie vom Bundesverfassungsgericht postuliert, vorgefunden werden.

**Systematische und strukturelle Unterschiede zwischen SPV und PPV**

In der derzeitigen dualen Ausgestaltung des Pflegeversicherungssystems mit systematischen und strukturellen Unterschieden bestehen bedeutende Nachhaltigkeitsdefizite in der SPV insbesondere aufgrund des demografiebedingten Ausgabenanstieges, der strukturellen Einnahmeschwäche und der drohenden Überforderung durch weiter steigende Beitragssätze bzw. Lohnnebenkosten. Daraus ergeben sich erhebliche Probleme hinsichtlich der Generationengerechtigkeit. Zusätzlich existieren sowohl bedeutsame horizontale und vertikale Ungerechtigkeiten in der SPV als auch Defizite mit tendenziell geringerer Relevanz bezüglich der Finanzierungsgerechtigkeit, der Solidarität und der Höhe der Eigenanteile.

**Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Die PBV als mögliche Reformoption behebt die systematischen und strukturellen Unterschiede zwischen SPV und PPV. Insgesamt kann die PBV die Finanzlage im Umstellungsjahr und die strukturelle Einnahmeschwäche im Vergleich zum Status quo der SPV verbessern. Zudem erfolgt eine Stärkung der Finanzierungsgerechtigkeit, der umfassenden Solidarität und der horizontalen sowie vertikalen Gerechtigkeit. Die Wirkung auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung und den zukünftigen Anstieg der Beitragssätze hängt von dem einkommensseitigen Entlastungseffekt und dem Effekt der Risikostruktur der bislang PPV-Versicherten ab. Die Generationengerechtigkeit wird durch die PBV gegenüber dem Status quo geschwächt. In Bezug auf die Höhe der Eigenanteile, die Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung sind keine Änderungen zu erwarten. Damit kann die PBV die Probleme hinsichtlich der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität beheben, aber die restlichen identifizierten Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht lösen. Zudem können durch die PBV negative Beschäftigungseffekte, Abgabewiderstände und Ausweichreaktionen auftreten.

**Bewertung der PBV in Bezug auf die Finanzierungsprobleme**

Folglich zeigt sich, dass auch unabhängig von den systematischen und strukturellen Unterschieden die aufgeführten Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung, außer die Defizite hinsichtlich der Finanzierungsgerechtigkeit und der Solidarität, bestehen würden. Damit kann die PBV nicht als alleinige Maßnahme zur Lösung der Probleme herangezogen werden, sondern nur ein Element einer umfassenden Strategie sein. Dabei kann die PBV eine solidarische Grundlage für die Finanzierungserfordernisse sowie weitere Reformmaßnahmen schaffen. Im Rahmen der Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung sollte der Fokus vor allem auf das Erreichen einer nachhaltigen Finanzierung und der Reduktion der Lastverschiebung auf zukünftige Generationen liegen.

Die PBV kann eine solidarische Grundlage für weitere Reformmaßnahmen schaffen.

Auf die grundsätzlichen rechtlichen Erwägungen und die Übergangsmethode zur PBV wurde im Rahmen dieser Arbeit kurz eingegangen. Wie im Detail mit den rechtlichen Hindernissen umgegangen und der Übergang gestaltet werden kann, bedarf weiterführender Diskussionen. Zudem sind Untersuchungen bezüglich der Abschätzung der Beschäftigungseffekte einer PBV notwendig. Da die in dieser Arbeit betrachtete Ausgestaltung der PBV für die meisten gegenwärtigen Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung keine Lösung bieten kann, benötigen die Wirkungen der Kombination mit weiteren Reformelementen Diskussion. Hierbei ist z. B. die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragspflicht und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vorstellbar, wie auch von Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und der SPD gefordert. Darüber hinaus kann eine Ergänzung des Systems durch eine Kapitalbildung erfolgen.

**Weiterer Forschungs- und Diskussionsbedarf**

Um für weitere Diskussionen eine hilfreiche Daten- und Entscheidungsgrundlage zu bieten, könnte der regelmäßige Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMG, 2021c) durch eine langfristige Entwicklungsprognose und eine Analyse möglicher Reformoptionen ergänzt werden. Dies könnte zusätzlich Aufmerksamkeit auf den Reformbedarf ziehen und dadurch den politischen Handlungsdruck erhöhen. Die identifizierten Probleme und die Bewertung der PBV verdeutlichen, dass eine Reformierung der gesetzlichen Pflegeversicherung ein komplexes Vorhaben darstellt und zeitnah erfolgen sollte, um die Auswirkungen des demografischen Wandels bewältigen und Leistungskürzungen vermeiden zu können.

Die Reformierung des derzeitigen Finanzierungssystems der gesetzlichen Pflegeversicherung ist komplex und dringlich, um die Versicherungsleistungen auch zukünftig gewährleisten zu können.



## Literaturverzeichnis

- Ahad, N. A. & Syed Yahaya, S. S. (2014). Sensitivity analysis of Welch's t-test. *AIP Conference Proceedings*, 1605(1), S. 888–893. Online: <<https://aip.scitation.org/doi/pdf/10.1063/1.4887707>>.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), S. 488–500.
- Albrecht, M. (2019). *Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zu den Anträgen BT-Drucksachen 19/7691, 19/7480 und 19/8561*. Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES). Online: <[https://www.bundestag.de/resource/blob/640688/01cf5034cf03cada3f596fee2f416bba/19\\_14\\_0074-16-\\_ESV-Dr-Albrecht\\_Pflegeversicherung-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/640688/01cf5034cf03cada3f596fee2f416bba/19_14_0074-16-_ESV-Dr-Albrecht_Pflegeversicherung-data.pdf)>.
- Albrecht, M., Möllenkamp, M., Nolting, H.-D. & Hildebrandt, S. (2016). *Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung. Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen*. Hans-Böckler-Stiftung. (Study, Nr. 332). Online: <[https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_332.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_332.pdf)>.
- Althammer, J. & Lampert, H. (2014). *Lehrbuch der Sozialpolitik*. 9., aktualisierte und überarb. Aufl. Berlin (u. a.): Springer Gabler. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-642-31891-7>>.
- Arentz, C. (2019). Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. *WIP-Analyse*, (2). Online: <[http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/WIP-Analyse\\_2\\_2019\\_Szenarien\\_zur\\_zukuenftigen\\_Finanzentwicklung\\_SPV.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Analyse_2_2019_Szenarien_zur_zukuenftigen_Finanzentwicklung_SPV.pdf)>.
- Arentz, C., Läufer, I. & Roth, S. J. (2011). *Pflegevorsorge II – Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung*. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. (IWP Discussion Paper, No. 2011/1). Online: <[https://iwp.uni-koeln.de/sites/iwp/Dokumente/04\\_Publikationen/iwp\\_Policy\\_Paper/IWP\\_DP\\_01\\_2011.pdf](https://iwp.uni-koeln.de/sites/iwp/Dokumente/04_Publikationen/iwp_Policy_Paper/IWP_DP_01_2011.pdf)>.
- Arentz, C., Moritz, M., Eich, H. & Wild, F. (2019). *Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). (WIP-Analyse, 3/2019). Köln. Online: <[https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien\\_in\\_Buchform/WIP-Analyse\\_3\\_2019\\_Die\\_versteckte\\_Verschuldung\\_der\\_SPV.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-Analyse_3_2019_Die_versteckte_Verschuldung_der_SPV.pdf)>.
- Arentz, C. & Wild, F. (2019). *Pflegefinanzierung im gesamtgesellschaftlichen Kontext denken*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). (WIP-Kurzanalyse April 2019). Online: <[https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse\\_Pflegefinanzierung\\_11\\_04\\_2019.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse_Pflegefinanzierung_11_04_2019.pdf)>.
- BaFin – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Hrsg.). (2021). *Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung 2020 gemäß § 159 VAG*. *Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung*. Online: <[https://www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Anlage/dl\\_anlage\\_wahrscheinlichkeitstabellen\\_2020\\_va.html](https://www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Anlage/dl_anlage_wahrscheinlichkeitstabellen_2020_va.html)>.
- BaFin – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Hrsg.). (2022). *Wahrscheinlichkeitstabellen in der privaten Krankenversicherung*. Online: <[https://www.bafin.de/DE/PublikationenDaten/Statistiken/PKV/wahrscheinlichkeitstabellen\\_node.html](https://www.bafin.de/DE/PublikationenDaten/Statistiken/PKV/wahrscheinlichkeitstabellen_node.html)>.
- Bahnsen, L., Fetzer, S., Franke, F. & Hagist, C. (2018). *Gone with the Windfall – Germany's Second LTC Strengthening Act and its Intergenerational Implications*. Otto Beisheim School of Management (WHU). (WHU Working Paper Series - Economics Group, 18/05). DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100254>>.
- Bahnsen, L., Kohlstruck, T., Manthei, G., Raffelhüschen, B. & Seuffert, S. (2019). Update 2019: Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Fokus: Pflegefall Pflegeversicherung? *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, (146). Online: <[https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user\\_upload/Argumente/Argument\\_146\\_Generationenbilanz\\_2019\\_10\\_02.pdf](https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Argumente/Argument_146_Generationenbilanz_2019_10_02.pdf)>.

- Bahnsen, L. & Raffelhüschen, B. (2019). Zur Reform der Pflegeversicherung: Eine Generationenbilanz. *ifo Schnelldienst*, 72(1), S. 29–35. Online: <<https://www.ifo.de/publikationen/2019/aufsatz-zeitschrift/zur-reform-der-pflegeversicherung-eine-generationenbilanz>>.
- Bahnsen, L. & Wild, F. (2021). *Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). (WIP-Kurzanalyse Juni 2021). Online: <[https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse\\_Pflegefinanzierung\\_11\\_04\\_2019.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse_Pflegefinanzierung_11_04_2019.pdf)>.
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2022). *Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Finanzausgleich*. Online: <<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds/finanzausgleich/>>.
- Becker, T. (2017). *Mathematik der privaten Krankenversicherung*. Wiesbaden: Springer Spektrum. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-16666-3>>.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2019). *Perspektive Pflege. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*. Online: <[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Studie\\_Perspektive\\_Pflege.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Perspektive_Pflege.pdf)>.
- Blatt, O. & Meyers-Middendorf, J. (2020). *Konzept für zukunftsfeste Finanzierung*. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Online: <<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2020-05/soziale-pflegeversicherung.html>>.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2021). *Bundeskabinett beschließt Sozialversicherungsrechengrößen 2022*. Online: <<https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2021/bundeskabinett-beschliesst-sozialversicherungsgroessen-2022.html>>.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2022). *Sozialversicherung: Mini-Jobs. Informationen zur geringfügigen Beschäftigung*. Online: <<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Sozialversicherung/Geringfuegige-Beschaeftigung/mini-jobs.html>>.
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.). (2019). *Tragfähigkeitsbericht 2020. Fünfter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*. Online: <[https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren\\_Bestellservice/2020-03-11-tragfaehigkeitsbericht.pdf](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/2020-03-11-tragfaehigkeitsbericht.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016a). *Kontrahierungszwang*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kontrahierungszwang.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016b). *Medizinische Versorgung von Asylsuchenden*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/migration-und-integration/fluechtlinge-und-gesundheit/online-ratgeber-fuer-asylsuchende/allgemeine-informationen-zur-gkv.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016c). *Pflege-Neuausrichtungsgesetz*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-neuausrichtungsgesetz.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016d). *Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017a). *Beitragsbemessungsgrenze*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/beitragsbemessungsgrenze.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017b). *Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-drittes-psg-iii.html>>.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017c). *Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-erstes-psg-i.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017d). *Pflegevorsorgefonds*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017e). *Private Pflege-Pflichtversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/private-pflege-pflichtversicherung.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Bundestag beschließt Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/gvwg.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021b). *Nachhaltigkeit für Gesundheit und Pflege. Nachhaltigkeitsbericht 2021 des Bundesministeriums für Gesundheit*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Ressortbericht-gesundheit-und-pflege-data.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Ressortbericht-gesundheit-und-pflege-data.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021c). *Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berichtszeitraum 2016-2019*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter\\_Pflegebericht\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Basistarif in der privaten Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/basistarif-in-der-privaten-krankenversicherung.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung\\_\\_2021\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2021_bf.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022c). *Die Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022d). *Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022e). *Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022f). *Liquidität der Sozialen Pflegeversicherung gesichert*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/liquiditaet-der-sozialen-pflegeversicherung-gesichert.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022g). *Pflegeleistungen zum Nachschlagen*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/BMG\\_Ratgeber-Pflegeleistungen\\_zum\\_Nachschlagen\\_bf\\_neu.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Pflegeleistungen_zum_Nachschlagen_bf_neu.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022h). *Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020\\_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen\\_\\_Pflegegraden\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen__Pflegegraden_bf.pdf)>.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022i). *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022j). *Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten*. 25. aktualisierte Aufl. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/BMG\\_Ratgeber\\_Pflege\\_bf\\_neu.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber_Pflege_bf_neu.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022k). *Soziale Absicherung der Pflegeperson*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/soziale-absicherung-der-pflegeperson.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022l). *Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2020 Frauen*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020\\_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-Frauen\\_02\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-Frauen_02_bf.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022m). *Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2020 Männer*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020\\_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-Maenner\\_02\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-Maenner_02_bf.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022n). *Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2020*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2020\\_Versicherte\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2020_Versicherte_bf.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022o). *Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach Versichertengruppen und Geschlecht*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2020\\_Versicherte-nach-Versichertengruppen-und-Geschlecht\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2020_Versicherte-nach-Versichertengruppen-und-Geschlecht_bf.pdf)>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022p). *Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022q). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_pv\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf)>.
- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.). (2021). *Jahreswirtschaftsbericht 2021 – Corona-Krise überwinden, wirtschaftliche Erholung unterstützen, Strukturen stärken*. Online: <<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2021.pdf>>.
- Böckmann, R. (2009). *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. 1. Aufl. Wiesbaden. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-531-91419-0>>.
- Böckmann, R. (2011). *Quo vadis, PKV? Eine Branche mit dem Latein am Ende?* [241 pages ;]. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-92741-1.pdf>>.
- Borchert, L. & Rothgang, H. (2008). Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. 1. Aufl. (Gesundheit und Gesellschaft). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 215–237.

- Bork, C. & Gasche, M. (2003). Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen. *Wirtschaftsdienst*, 83(12), S. 768–776. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/42087/1/376607408.pdf>>.
- Bowles, D. & Greiner, W. (2015). Kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Wirkungen des Pflegevorsorgefonds auf die Beitragssatzentwicklung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(2), S. 199–224.
- Breyer, F. (2000). Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 1(4), S. 383–405. DOI: <<https://doi.org/10.1111/1468-2516.00024>>.
- Breyer, F. (2016). Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 105(5), S. 445–461. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s12297-016-0357-7>>.
- Breyer, F. & Lorenz, N. (2020). Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? *Wirtschaftsdienst*, (8), S. 591–596. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-020-2716-1>>.
- Brücker, H., Kroh, M., Bartsch, S., Goebel, J., Kühne, S., Liebau, E., Trübswetter, P., Tucci, I. & Schupp, J. (2014). The new IAB-SOEP Migration Sample: an introduction into the methodology and the contents. *SOEP Survey Paper 216*, (Series C). Berlin, Nürnberg: DIW Berlin.
- Brücker, H., Liebig, S., Kroh, M., Leistner-Rocca, R., Goebel, J., Rother, N. & Schupp, J. (2022). *IAB-BAMF-SOEP-Befragung Geflüchteter (M3-M5), Daten der Jahre 2016-2020*, Unter Mitarbeit v. Kantar Deutschland GmbH. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin) & Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). DOI: <<https://doi.org/10.5684/soep.iab-bamf-soep-mig.2020>>.
- Brücker, H., Liebig, S., Schupp, J., Goebel, J., Trübswetter, P. & Zinn, S. (2022). *IAB-SOEP-Migrationsstichproben (M1, M2), Daten der Jahre 2013-2020*, Unter Mitarbeit v. Kantar Deutschland GmbH. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) & Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin). DOI: <[https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.838847.de/edition/iab-soep-mig\\_2020.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.838847.de/edition/iab-soep-mig_2020.html)>.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) & Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2022). Kretschmer mahnt neue Debatte über Pflegeversicherung an. *Deutsches Ärzteblatt*, 27.06.2022. Online: <<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135445/Kretschmer-mahnt-neue-Debatte-ueber-Pflegeversicherung-an>>.
- Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2001a). *Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 - 1 BvR 1629/94 - Rn. (1-75)*. Online: <[http://www.bverfg.de/e/rs20010403\\_1bvr162994.html&v=1](http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr162994.html&v=1)>.
- Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2001b). *Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 - 1 BvR 2014/95 - Rn. (1-93)*. Online: <[http://www.bverfg.de/e/rs20010403\\_1bvr201495.html](http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html)>.
- Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2004). *Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 4. Februar 2004 - 1 BvR 1103/03 - Rn. (1 - 41)*. Online: <[https://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20040204\\_1bvr110303.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20040204_1bvr110303.html)>.
- Bünnings, C. & Tauchmann, H. (2015). Who Opts out of the Statutory Health Insurance? A Discrete Time Hazard Model for Germany. *Health Economics*, (458), S. 1331–1347. DOI: <<https://doi.org/10.1002/hec.3091>>.
- CDU – Christlich Demokratische Union Deutschlands, CSU – Christlich-Soziale Union in Bayern & FDP – Freie Demokratische Partei (Hrsg.). (1991). *Koalitionsvereinbarung für die 12. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages*. Online: <<https://www.kas.de/documents/291599/291648/Koalitionsvertrag-UiD-1991-2.pdf>>.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). *Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.html>>.

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020b). *Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus) 2019*. (Fachserie 13 Reihe 1.1). Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf>>.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). *Statistik über die Empfänger/-innen von Pflegegeldleistungen 2017*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/pflegeldleistungen.pdf>>.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022a). *Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/ausgaben-einnahmen-t02-nettoausgaben-insg-hilfearten-ilj-zv.html>>.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022b). *Bruttoinlandsprodukt ab 1970*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/Tabellen/bruttoinland-vierteljahresdaten-xls-ab-1970.html>>.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022c). *Hilfe zur Pflege*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html>>.
- Deutsche Bundesbank (Hrsg.). (2007). *Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung*. *Monatsbericht*, 59(4), S. 29–45. Online: <<https://www.bundesbank.de/resource/blob/692600/14336c1cd3ff9c60e87191a0d0b62df0/mL/2007-04-soziale-pflegeversicherung-data.pdf>>.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2022). *Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner*. Online: <[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/In-der-Rente/Kranken-und-Pflegeversicherung-der-Rentner/kranken-und-pflegeversicherung-der-rentner\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/In-der-Rente/Kranken-und-Pflegeversicherung-der-Rentner/kranken-und-pflegeversicherung-der-rentner_node.html)>.
- Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (Hrsg.). (2020). *Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung. Richtlinie*. Online: <[https://aktuar.de/unsere-themen/lebensversicherung/sterbetafeln/2020-03-20\\_DAV-Richtlinie\\_Herleitung-DAV-2008P.pdf](https://aktuar.de/unsere-themen/lebensversicherung/sterbetafeln/2020-03-20_DAV-Richtlinie_Herleitung-DAV-2008P.pdf)>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1993). *Drucksache 12/5262. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/12/052/1205262.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1994). *Plenarprotokoll 12/223. Stenographischer Bericht*. Bonn. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btp/12/12223.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1997). *Drucksache 13/9528. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/095/1309528.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1998). *Drucksache 13/11460. Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/114/1311460.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2014). *Vor 20 Jahren: Ja zum Pflege-Versicherungsgesetz*. Online: <[https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2014/50651997\\_kw17\\_kalenderblatt\\_pflegeversicherung-217014](https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2014/50651997_kw17_kalenderblatt_pflegeversicherung-217014)>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019a). *Drucksache 19/7480. Antrag. Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/074/1907480.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019b). *Drucksache 19/7691. Antrag. Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/076/1907691.pdf>>.

- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019c). *Drucksache 19/8561. Antrag. Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/085/1908561.pdf>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019d). *Reformvorschläge für die Pflegeversicherung erörtert*. Online: <<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw07-de-pflegeversicherung-590734>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019e). *Streit über die Zukunft der Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw07-de-pflegeversicherung-590734>>.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (o. J.). *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../10591>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2011). *Eine Reform der Pflegeversicherung ist überfällig*. (DIW Wochenbericht, 39). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.385037.de/11-39.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.385037.de/11-39.pdf)>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022a). *Data from individual questionnaire (long)*. Online: <<https://paneldata.org/soep-core/data/pl/>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022b). *DIW Glossar: Pflegeversicherung*. Online: <[https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.412647.de/presse/glossar/pflegeversicherung.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.412647.de/presse/glossar/pflegeversicherung.html)>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022c). *IAB-BAMF-SOEP-MIG 2020*. Online: <[https://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw\\_01.c.838845.de](https://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.838845.de)>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022d). *IAB-SOEP-MIG 2020*. Online: <[https://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw\\_01.c.838847.de](https://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.838847.de)>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022e). *pgen/pglabgro: Current Gross Labor Income in Euro*. Online: <<https://paneldata.org/soep-core/data/pgen/pglabgro>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022f). *Search*. Online: <<https://paneldata.org/search/all>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022g). *SOEPcompanion: Data Structure of SOEP-Core – Dataset Identifiers*. Online: <<http://companion.soep.de/Data%20Structure%20of%20SOEPcore/Data%20Identifier.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022h). *SOEPcompanion: Data Structure of SOEP-Core – Datasets SOEP-Core*. Online: <<http://companion.soep.de/Data%20Structure%20of%20SOEPcore/Data%20Sets.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022i). *SOEPcompanion: Data Structure of SOEP-Core – Missing Conventions*. Online: <<http://companion.soep.de/Data%20Structure%20of%20SOEPcore/Missing%20Conventions.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022j). *SOEPcompanion: Data Structure of SOEP-Core – Principles of Data Analysis*. Online: <<http://companion.soep.de/Data%20Structure%20of%20SOEPcore/Data%20Structure.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022k). *SOEPcompanion: Survey Design – SOEP Questionnaires*. Online: <<http://companion.soep.de/Survey%20Design/SOEP%20Questionnaires.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022l). *SOEPcompanion: Target Population and Samples – Development of Sample Sizes*. Online: <<http://companion.soep.de/Target%20Population%20and%20Samples/Development%20of%20Sample%20Sizes.html>>.

- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022m). *SOEPcompanion: Target Population and Samples – The SOEP Samples in Detail*. Online: <<http://companion.soep.de/Target%20Population%20and%20Samples/The%20SOEP%20Samples%20in%20Detail.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022n). *SOEPcompanion: Working with SOEP Data - Longitudinal Data Analysis*. Online: <<http://companion.soep.de/Working%20with%20SOEP%20Data/Longitudinal%20Data%20Analysis.html>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022o). *Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Version 37, Daten der Jahre 1984-2020 (SOEP-Core v37, EU-Edition)*. DOI: <<https://doi.org/10.5684/soep.core.v37eu>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (o. J.a). *SOEP-Core*. Online: <<https://paneldata.org/soep-core/#instruments>>.
- DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (o. J.b). *Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)*. Online: <[https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.412809.de/presse/glossar/sozio\\_oekonomisches\\_panel\\_soep.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.412809.de/presse/glossar/sozio_oekonomisches_panel_soep.html)>.
- Dräther, H., Jacobs, K. & Rothgang, H. (Hrsg.). (2009). *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (WIdO). Berlin: KomPart-Verl.-Ges. Online: <[https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/WIdO-Reihe/wido\\_reihe\\_fokus\\_pflegevers\\_2009.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdO-Reihe/wido_reihe_fokus_pflegevers_2009.pdf)>.
- Ehrentraut, O., Huschik, G., Moog, S. & Sulzer, L. (2019). *Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung*. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online: <<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/langzeitpflege-im-wandel>>.
- Ehring, F. S. (2017). Private Krankenversicherung (PKV). In: F. Wagner (Hrsg.). *Gabler Versicherungslexikon*. Springer Fachmedien Wiesbaden. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 681–683.
- Eisen, R. (1992). Alternative Sicherungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit. *Sozialer Fortschritt*, 41(10), S. 236–241. Online: <<https://www.jstor.org/stable/24510675>>.
- Evers, A. (1995). Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung. *Sozialer Fortschritt*, 44(2), S. 23–28. Online: <<https://www.jstor.org/stable/24511323>>.
- Fachinger, U., Rothgang, H. & Schneekloth, U. (1995). Resümee und Ausblick. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 297–320.
- Fetzer, S. & Hagist, C. (2021). Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung – Funktioniert die Soziale Marktwirtschaft noch? *Wirtschaftsdienst*, 101(2), S. 134–137. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-021-2855-z>>.
- Fichte, D. (2012). Regelgebundene Verwendung der Sozialversicherungsrücklagen. *Wirtschaftsdienst*, 92(5), S. 332–338. Online: <<https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2012/heft/5/beitrag/regelgebundene-verwendung-der-sozialversicherungsruecklagen.html>>.
- Frick, J. & Grabka, M. M. (2005). Item nonresponse on income questions in panel surveys: Incidence, imputation and the impact on inequality and mobility. In: Deutsche Statistische Gesellschaft (Hrsg.). *Allgemeines Statistisches Archiv*. Bd. 89. 89 Bde. o. O., S. 49–61.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England journal of medicine*, 303(3), S. 130–135. DOI: <<https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304>>.
- Fuest, C. (2007). *Sind unsere sozialen Sicherungssysteme generationengerecht?* Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Allgemeine Wirtschaftsforschung, Abteilung für Wirtschaftspolitik. (Freiburger Diskussionspapiere zur Ordnungsökonomik, 07/3). Online: <[https://www.econstor.eu/bitstream/10419/4373/1/07\\_3bw.pdf](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/4373/1/07_3bw.pdf)>.



- Galler, H. P. (1987). Zur Längsschnittgewichtung des Sozioökonomischen Panels. In: H.-J. Krupp & U. Hanefeld (Hrsg.). *Lebenslagen im Wandel: Analysen 1987*. (Sozioökonomische Daten und Analysen für die Bundesrepublik Deutschland, 2). Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 295–317.
- Gasche, M. (2007). *Pflegeversicherung und Pflegesektor in Deutschland: Herausforderungen und Chancen*. Allianz Dresdner Economic Research. Online: <[https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz\\_com/migration/media/current/de/images/wp\\_pflege\\_251007.pdf](https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/migration/media/current/de/images/wp_pflege_251007.pdf)>.
- Gawel, E. (1995). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die institutionelle Verteilung. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 197–222.
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022a). *Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung*. Online: <[https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=8862](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8862)>.
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022b). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger*. Online: <[https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_orientation?p\\_uid=gast&p\\_aid=46425972&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=322&p\\_ansnr=23099473&p\\_version=5&D.000=1&D.734=3&D.733=2&D.732=2](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=46425972&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=23099473&p_version=5&D.000=1&D.734=3&D.733=2&D.732=2)>.
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022c). *Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. Online: <[https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_orientation?p\\_uid=gast&p\\_aid=65541620&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=510&p\\_ansnr=36535820&p\\_version=6&D.000=2&D.001=3&D.002=3&D.003=3&D.100=1](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=65541620&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=510&p_ansnr=36535820&p_version=6&D.000=2&D.001=3&D.002=3&D.003=3&D.100=1)>.
- Gerichtshof der Europäischen Union (Hrsg.). (2011). *Urteil des Gerichtshofs (Große Kammer) 1. März 2011 in der Rechtssache C-236/09*. Online: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:62009CJ0236&from=DE>>.
- Geyer, J., Haan, P., Kröger, H. & Schaller, M. (2021). Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. *DIW Wochenbericht*, (44), S. 727–734. DOI: <[https://doi.org/10.18723/DIW\\_WB:2021-44-1](https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2021-44-1)>.
- Geyer, S. (2015). Die Morbiditätskompressionsthese und ihre Alternativen. *Gesundheitswesen*, 77(6), S. 442–446. (Originaltitel „The Morbidity Compression Hypothesis and its Alternatives“). DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0034-1387781>>.
- Girdler-Brown, B. V. & Dziki, L. N. (2018). Hypothesis tests for the difference between two population proportions using Stata. *Southern African Journal Of Public Health*, 2(3), S. 63–68. Online: <<https://journals.co.za/doi/epdf/10.7196/SHS.2018.v2.i3.71>>.
- GKV-Spitzenverband – Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (Hrsg.). (2022a). *Fokus: Asylsuchende/ Geflüchtete*. Online: <[https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge\\_asylbewerber/fluechtlinge.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp)>.
- GKV-Spitzenverband – Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (Hrsg.). (2022b). *Pflegeversicherung muss in ruhigeres Fahrwasser geführt werden*. Online: <[https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1387840.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1387840.jsp)>.
- Goebel, J., Krause, P., Pischner, R., Sieber, I. & Wagner, G. G. (2008). *Daten- und Datenbankstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)*. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.79473.de/diw\\_sp0089.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.79473.de/diw_sp0089.pdf)>.
- Goebel, J., Grabka, M. M., Liebig, S., Kroh, M., Richter, D., Schröder, C. & Schupp, J. (2019). The German Socio-Economic Panel Study (SOEP). *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 239(2), S. 345–360. DOI: <<https://doi.org/10.1515/jbnst-2018-0022>>.

- GovData. (2022a). *Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen*. Online: <<https://www.govdata.de/web/guest/daten/-/details/pflegebeduerftige-deutschland-stichtag-geschlechtaltersgruppen-art-der-versorgung-von-pflegebedu>>.
- GovData. (2022b). *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit*. Online: <<https://ckan.govdata.de/dataset/bevolkerung-deutschland-stichtag-geschlechtaltersgruppen-staatsangehoerigkeit>>.
- Grabka, M. M. & Pischner, R. (2020). *SOEP-Core v36 – PFLEGE: Documentation of generated person-level long-term care variables*. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin). (SOEP Survey Papers 893: Series D). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/226797/1/1736559109.pdf>>.
- Greß, S. (2018). Bürgerversicherung: Auf lange Sicht ohne Alternative. *ifo Schnelldienst*, 71(5), S. 11–14. Online: <<https://www.ifo.de/DocDL/sd-2018-5-2018-03-08.pdf>>.
- Greß, S. (2022). Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung ist überfällig. *Makronom*, 02.03.2022. Online: <<https://makronom.de/die-abschaffung-der-privaten-krankenversicherung-ist-ueberfaellig-41335>>.
- Greß, S., Haun, D. & Jacobs, K. (2019). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 241–254.
- Greß, S. & Lungen, M. (2017). Die Einführung einer Bürgerversicherung. Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 71(3-4), S. 68–74. Online: <<https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2017-3-4-68.pdf>>.
- Greß, S., Walendzik, A. & Wasem, J. (2009). Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz. *Sozialer Fortschritt*, 58(7), S. 147–154. Online: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/24513178.pdf>>.
- Greyer, J. & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, (14). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.441657.de/14-14-2.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.441657.de/14-14-2.pdf)>.
- Gruenberg, E. M. (1977). The Failures of Success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 55(1), S. 3–24. Online: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/3349592.pdf>>.
- Grunow, M. & Nuscheler, R. (2014). Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Economics*, 23(6), S. 670–687. DOI: <<https://doi.org/10.1002/hec.2942>>.
- Häcker, J. (2008). *Die Soziale Pflegeversicherung: Eine Generationenbilanz*. (Sozialökonomische Schriften, 33). Frankfurt am Main. DOI: <<https://doi.org/10.3726/b13587>>.
- Häcker, J. & Raffelhüschen, B. (2005). Note mangelhaft: Die Bürgerpflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 10(4), S. 231–237. Online: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2005-858501.pdf>>.
- Häcker, J. & Raffelhüschen, B. (2006). *Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“*. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft. (Diskussionsbeiträge, No. 142). DOI: <<https://doi.org/10.1515/zsr-2007-0405>>.
- Häcker, J. & Raffelhüschen, B. (2007). Reform der Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 87(6), S. 351–355. Online: <<https://www.wirtschaftsdienst.eu/pdf-download/jahr/2007/heft/6/beitrag/reform-der-pflegeversicherung.html>>.
- Hagen, K. & Lamping, W. (2011). Karenzzeit, „Pflege-Riester“, Bürgerversicherung: was hilft weiter? *DIW Wochenbericht*, 78(39), S. 3–15. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/152198/1/11-39-1.pdf>>.

- Hagist, C. (2019). *Anhörung von Sachverständigen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages*. Otto Beisheim School of Management (WHU). Online: <[https://www.bundestag.de/resource/blob/639774/750fc239cc3e36a59743f60cccfcfa152/19\\_14\\_0074-6-\\_ESV-Prof-Dr-Hagist\\_Pflegeversicherung-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/639774/750fc239cc3e36a59743f60cccfcfa152/19_14_0074-6-_ESV-Prof-Dr-Hagist_Pflegeversicherung-data.pdf)>.
- Haisken-De New, J. P. & Frick, J. (2005). *DTC - Desktop Companion to the German Socio-Economic Panel Study (SOEP)*. Online: <[https://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw\\_01.c.38951.de/dtc.409713.pdf](https://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.38951.de/dtc.409713.pdf)>.
- Haun, D. (2013). Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: K. Jacobs & S. Schulze (Hrsg.). *Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. (Die WldO-Reihe im KomPart-Verlag). Berlin: KomPart, S. 75–106. Online: <[https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido\\_ges\\_kv\\_der\\_zukunft\\_0818.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_ges_kv_der_zukunft_0818.pdf)>.
- Hesse, S. (2013). *Input und Output der Gesundheitswirtschaft. Eine Stabilitätsanalyse der Gesundheitswirtschaft in Bezug auf die gesamtwirtschaftliche Bedeutung in den Jahren der Finanz- und Wirtschaftskrise*. (Sozialökonomische Schriften, 46). Bern: Peter Lang International Academic Publishing Group. DOI: <<https://doi.org/10.3726/978-3-653-02751-8>>.
- Hillesheim, I., Friedemann, J. & Druba, H. (2021). Neue Wege bei der Finanzierung der Sozialversicherung. *Schlaglichter der Wirtschaftspolitik*, (März 2021), S. 53–58. Online: <<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/Monatsbericht/Monatsbericht-Themen/2021/2021-03-neue-wege-bei-der-finanzierung-der-sozialversicherung.pdf>>.
- Horvitz, D. G. & Thompson, D. J. (1952). A Generalization of Sampling Without Replacement From a Finite Universe. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), S. 663–685. DOI: <<https://doi.org/10.2307/2280784>>.
- Huang, S. & Salm, M. (2020). The Effect of a Ban on Gender-Based Pricing on Risk Selection in the German Health Insurance Market. *Health Economics*, 29(1), S. 3–17. DOI: <<https://doi.org/10.2139/ssrn.3339196>>.
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2021). *Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung 1998 - 2020*. Online: <[https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41.pdf)>.
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2022). *Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen 1995 - 2021*. Online: <[https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf)>.
- Igel, C. (2008). *Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung. Entwicklung, Probleme und Reformmodelle*. [250 S]. (Allokation im marktwirtschaftlichen System, 58). Frankfurt am Main. DOI: <<https://doi.org/10.3726/b14118>>.
- Jacobus, R. M. (2017). Private Pflegeversicherung. In: F. Wagner (Hrsg.). *Gabler Versicherungslexikon*. Springer Fachmedien Wiesbaden. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 685–687.
- Kalusche, J. (2010). *Ausmaß und Stärke der automatischen Stabilisatoren in Deutschland vor dem Hintergrund der jüngsten Steuer- und Sozialreformen*. (Sozialökonomische Schriften, Bd. 40). Frankfurt am Main: Peter Lang International Academic Publishing Group. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/178431/1/978-3-653-00281-2.pdf>>.
- Kantar Public (Hrsg.). (2021a). *SOEP-Core – 2020: Jugend (16-17 Jahre), Stichproben A-L3, M1-M2 + N-Q*. (SOEP Survey Papers 1067: Series A). Berlin. Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.826190.de/diw\\_ssp1067.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.826190.de/diw_ssp1067.pdf)>.

- Kantar Public (Hrsg.). (2021b). *SOEP-Core – 2020: Personenfragebogen, Stichproben A-L3, M1-M2 + N-Q*. (SOEP Survey Papers 1056: Series A). Berlin. Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.825407.de/diw\\_ssp1056.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.825407.de/diw_ssp1056.pdf)>.
- Kantar Public (Hrsg.). (2021c). *SOEP-Core – 2020: Personenfragebogen, Stichproben M7-M8a*. (SOEP Survey Papers 1073: Series A). Berlin. Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.826801.de/diw\\_ssp1073.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.826801.de/diw_ssp1073.pdf)>.
- Klemm, E. (2002). *Einführung in die Statistik. Für die Sozialwissenschaften*. Wiesbaden.
- Knesebeck, O. von dem, Bickel, H., Fuchs, A., Gensichen, J., Höfels, S., Riedel-Heller, S. G., König, H.-H., Mergenthal, K., Schön, G., Wegscheider, K., Weyerer, S., Wiese, B., Scherer, M., van den Bussche, H. & Schäfer, I. (2015). Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients – results of the MultiCare cohort study. *International journal for equity in health*, 14(17), S. 1–11. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0142-6>>.
- Kochskämper, S. (2014). Steigende Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege – Reformbedarf für die Pflegeversicherung? *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 63(3), S. 219–239. DOI: <<https://doi.org/10.1515/zfwp-2014-0302>>.
- Kochskämper, S. (2017). Alternde Bevölkerung. Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. *IW-Report*, (8). Online: <[https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report\\_8\\_2017\\_Kranken\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf)>.
- Kohler, U. & Kreuter, F. (2017). *Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung*. 5., aktualisierte Auflage. Berlin (u. a.): De Gruyter Oldenbourg. DOI: <<https://doi.org/10.1515/9783110469509>>.
- Koller, I. & Blatt, O. (2022). *Die Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten*. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Online: <<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2022-04/soziale-pflegeversicherung-finanzlage-belastung.html>>.
- Kosfeld, R., Eckey, H.-F. & Türck, M. (2019). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Induktive Statistik. Grundlagen - Methoden - Beispiele*. Springer Fachmedien Wiesbaden. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-28713-9>>.
- Kroh, M., Siegers, R. & Kühne, S. (2015). Gewichtung und Integration von Auffrischungstichproben am Beispiel des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). In: J. Schupp & C. Wolf (Hrsg.). *Nonresponse Bias. Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Umfragen*. (Schriftenreihe der ASI – Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute). Wiesbaden: Springer VS, S. 409–444. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-10459-7.pdf>>.
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), S. 26–27. DOI: <<https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.1.26>>.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). (1974). *Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen*. Online: <<https://kda.de/wp-content/uploads/2018/02/Gutachten.pdf>>.
- Leinert, J. (2006). Einkommenselektion und ihre Folgen. In: K. Jacobs, J. Klauber & J. Leinert (Hrsg.). *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). 1. Aufl. Bonn, S. 31–48.
- Liebig, S., Goebel, J., Grabka, M. M., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Franken, A., Gerike, M., Geschke, S.-C., Griese, F., Kara, S., König, J., Krause, P., Kröger, H., Liebau, E., Nebelin, J., Petrenz, M., Richter, D., Schupp, J., Siegers, R., Steinhauer, H. W., Wenzig, K., Zimmermann, S. & DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.). (2022). *Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Version 37, Daten der Jahre 1984-2020 (SOEP-Core v37, EU Edition)*. Unter Mitarbeit v. Kantar Deutschland GmbH. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin).

- Lorenz, N., Ihle, P. & Breyer, F. (2020). Aging and Health Care Expenditures: A Non-Parametric Approach. *CESifo Working Paper*, (8216). Online: <[https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216612/1/cesifo1\\_wp8216.pdf](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216612/1/cesifo1_wp8216.pdf)>.
- Löser, C. (2016). Übersicht zum öffentlichen Finanzrecht. Online: <[https://www.cloeser.org/pub/Verwaltungsrecht+\\_Verwaltungsprozessrecht\\_2/alte%20Versionen/%C3%9Cbersicht%20%C3%B6ffentliches%20Finanzrecht%20\(Vorschau3\).pdf](https://www.cloeser.org/pub/Verwaltungsrecht+_Verwaltungsprozessrecht_2/alte%20Versionen/%C3%9Cbersicht%20%C3%B6ffentliches%20Finanzrecht%20(Vorschau3).pdf)>.
- Lüngen, M. (2020). Ausbau solidarischer Finanzierungsoptionen in der Pflegeversicherung. Führt der Weg zur Pflegebürgerversicherung? In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 209–219.
- Mackenroth, G. (1952). Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. In: G. Albrecht (Hrsg.). *Die Berliner Wirtschaft zwischen Ost und West. Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan*. (Schriften des Vereins für Socialpolitik, 4). Berlin, S. S. 39-76.
- Mager, H.-C. (1995). Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung? In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 115–135.
- Mager, H.-C. (1999). Pflegebedürftigkeit: Dimensionen und Determinanten. In: R. Eisen & H.-C. Mager (Hrsg.). *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Opladen: Leske + Budrich, S. 29–78.
- Manton, K. G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60(2), S. 183–244. Online: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/3349767.pdf>>.
- Meier, L. (2020). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Statistik. Eine Einführung für Verständnis, Intuition und Überblick*. Berlin. DOI: <<https://doi.org/10.3139/9783446437326.fm>>.
- Neubäumer, R., Hewel, B. & Lenk, T. (2017). *Volkswirtschaftslehre. Grundlagen der Volkswirtschaftstheorie und Volkswirtschaftspolitik*. Springer Fachmedien Wiesbaden. 6. Auflage. Wiesbaden (u. a.): Springer Gabler. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-16523-9>>.
- Neusius, T. (2019). Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. *Wirtschaftsdienst*, (6), S. 421–424. Online: <<https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2019/heft/6/beitrag/pflegeversicherung-ausgleich-mit-privatversicherung-hilft-nicht.html>>.
- Neusius, T. (2021a). Inhomogenous risk exposure in dual insurance system: selection effects in Germany's long-term care plans. *SN Business & Economics*, 29(1). DOI: <<https://doi.org/10.1007/s43546-020-00028-3>>.
- Neusius, T. (2021b). Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung. Zum Nebeneinander von sozialer und privater Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst*, (11), S. 894–900. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-021-3053-8>>.
- Niehaus, F. (2010). Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. *WIP-Diskussionspapier*, (1). Online: <[https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Zukuenftige\\_Entwicklung\\_der\\_sozialen\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Zukuenftige_Entwicklung_der_sozialen_Pflegeversicherung.pdf)>.
- Nowossadeck, S. (2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(8), S. 1040–1047. (Originaltitel „Demographic change, people needing long-term care, and the future need for carers. An overview“). DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00103-013-1742-1>>.

- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). (Report Altersdaten, 1/2016). Online: <[https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47091/ssoar-2016-nowossadeck\\_et\\_al-Pflege\\_und\\_Unterstuetzung\\_durch\\_Angehoerige.pdf?sequence=3&isAllowed=y&Inkname=ssoar-2016-nowossadeck\\_et\\_al-Pflege\\_und\\_Unterstuetzung\\_durch\\_Angehoerige.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47091/ssoar-2016-nowossadeck_et_al-Pflege_und_Unterstuetzung_durch_Angehoerige.pdf?sequence=3&isAllowed=y&Inkname=ssoar-2016-nowossadeck_et_al-Pflege_und_Unterstuetzung_durch_Angehoerige.pdf)>.
- Ochmann, R., Albrecht, M. & Schiffhorst, G. (2017). *Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte*. Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) & Bertelsmann Stiftung. Online: <[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_KrankenversPflicht\\_Beamte\\_Selbststaendige\\_Teilbericht-Beamte\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_KrankenversPflicht_Beamte_Selbststaendige_Teilbericht-Beamte_final.pdf)>.
- Ochmann, R., Albrecht, M. & Schiffhorst, G. (2020). *Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risiko-selektion und regionale Verteilung der Ärzte*. Bertelsmann Stiftung. Online: <[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Studie\\_Geteilter\\_Krankenversicherungsmarkt.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Geteilter_Krankenversicherungsmarkt.pdf)>.
- Paquet, R. (2013). *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Arbeitspapier 284*. Online: <[https://www.boeckler.de/pdf/p\\_arbp\\_284.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_284.pdf)>.
- Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. S. 3–21.
- Pimpertz, J. (2007). *Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben*. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). (IW-Positionen, Nr. 28). Köln. Online: <[https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/IW-Analysen/PDF/Positionen/Positionen\\_28.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/IW-Analysen/PDF/Positionen/Positionen_28.pdf)>.
- Pischner, R. (2007). *Die Querschnittsgewichtung und die Hochrechnungsfaktoren des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) ab Release 2007 (Welle W). Modifikation und Aktualisierungen*. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.60091.de/diw\\_datadoc\\_2007-022.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.60091.de/diw_datadoc_2007-022.pdf)>.
- Pischner, R. & Rendtel, U. (1993). Quer- und Längsschnittgewichtung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). *DIW Discussion Papers*, (69), S. 166–187. DOI: <[https://doi.org/10.1007/978-3-663-08044-2\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-663-08044-2_13)>.
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2020). *Zahlenbericht 2019*. Online: <[https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/Publikationen/2020-12\\_PKV-Zahlenbericht\\_2019.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/2020-12_PKV-Zahlenbericht_2019.pdf)>.
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2021). *Beitragserhöhung für Beamte in der Pflegeversicherung 2021*. Online: <<https://www.pkv.de/wissen/beitraege/pflegebeitrag-2021/>>.
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022a). *Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege. Leitplanken für eine solidarische und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung*. Online: <[https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/PDF\\_zu\\_unterschiedlichen\\_Themen/Neuer\\_Generationenvertrag\\_kurz.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/PDF_zu_unterschiedlichen_Themen/Neuer_Generationenvertrag_kurz.pdf)>.
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022b). *PKV Zahlenportal*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2010/2020/12>>.
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (o. J.a). *Krankenversicherung für Beamtinnen und Beamte*. Online: <<https://www.pkv.de/positionen/krankenversicherung-fuer-beamtinnen-und-beamte/>>.

- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (o. J.b). *Privatversichert in freiberuflicher Tätigkeit*. Online: <<https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/leistungen-und-erstattung/privatversichert-bei-selbststaendiger-taetigkeit/>>.
- Prasuhn, A. M. & Wilke, C. B. (2021). *Reformoption Bürgerversicherung? Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund aktueller und künftiger Herausforderungen des deutschen Krankenversicherungssystems*. KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre (KCV). (KCV Schriftenreihe der FOM, No. 2). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/235934/1/KCV-Schriftenreihe-Band-02.pdf>>.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.). (2019). *Sozialversicherung. Neue Rechengrößen ab 2020*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/neue-rechengroessen-ab-2020-1678774>>.
- Raffelhüschen, B. (2003). Generationengerechtigkeit: Das Beispiel Pflegeversicherung. In: K. F. Zimmermann (Hrsg.). *Reformen - jetzt!* Wiesbaden, S. 69–78.
- Raffelhüschen, B., Brinkschmidt, T., Kohlstruck, T., Seuffert, S. & Wimmesberger, F. (2022). Update 2022: Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Demografie und Wachstum – Zwei Krisen geben sich die Hand. *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, (165). Online: <[https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user\\_upload/Argumente/Argument\\_165\\_Update\\_Ehrbarer\\_Staat\\_2022\\_09\\_01.pdf](https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Argumente/Argument_165_Update_Ehrbarer_Staat_2022_09_01.pdf)>.
- Rathje, M. & Glemser, A. (2021). *SOEP-Core – 2020: Report of Survey Methodology and Fieldwork*. Kantar Public. (SOEP Survey Papers 1050: Series B). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.824248.de/diw\\_ssp1050.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.824248.de/diw_ssp1050.pdf)>.
- Resch, S. (2004). *Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung*. (Allokation im marktwirtschaftlichen System, 50). Berlin. DOI: <<https://doi.org/10.3726/b14104>>.
- Rothgang, H. (1995). Konzeptionelle Überlegungen zur Evaluation des Pflegeversicherungsgesetzes. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 11–24.
- Rothgang, H. (1996). Vom Bedarfs- zum Budgetbetrieb? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In: L. Clausen (Hrsg.). *Gesellschaften im Umbruch: Verhandlungen des 27. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995*. Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). Frankfurt am Main, S. 930–946.
- Rothgang, H. (2009). *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*. (Beiträge zur Sozial- und Verteilungspolitik, 7). Berlin.
- Rothgang, H. (2010a). Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. *Gesundheitswesen*, 72(3), S. 154–160. (Originaltitel „Fairness in Germany’s long-term care insurance: the relationship between social insurance and private mandatory insurance“). DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0030-1247575>>.
- Rothgang, H. (2010b). Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model. *Social Policy & Administration*, 44(4), S. 436–460. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>>.
- Rothgang, H. (2011a). Auf ein Neues: Reform der Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 91(10), S. 659–663. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-011-1282-y>>.
- Rothgang, H. (2011b). Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 60(4/5), S. 81–87. Online: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>>.
- Rothgang, H. (2015). „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftssträchtiges Modell? *Sozialer Fortschritt*, 64(1/2), S. 8–14. Online: <<https://www.jstor.org/stable/24514169>>.

- Rothgang, H. (2019). *Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ BT-Druck-sache 19/8561 und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ BT-Drucksache 19/7480*. Online: <[https://www.bundestag.de/resource/blob/640226/ec4b1c32d692aa0e52362cd3556b6874/19\\_14\\_0074-13-\\_SOCIUM\\_Pflegeversicherung-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/640226/ec4b1c32d692aa0e52362cd3556b6874/19_14_0074-13-_SOCIUM_Pflegeversicherung-data.pdf)>.
- Rothgang, H., Arnold, R., Wendlandt, K., Sauer, S. & Wolter, A. (2011). *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen*. Online: <[www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA2011GutachtenzurPflegebuergerversicherung.pdf](http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA2011GutachtenzurPflegebuergerversicherung.pdf)>.
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2017). *Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“*. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Online: <[https://www.rosalux.de/fileadmin/rls\\_uploads/pdfs/Studien/Solidarische\\_Gesundheits-\\_und\\_Pflegeversicherung\\_\\_Mai\\_2017.pdf](https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Studien/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf)>.
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). *Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragsatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung*. Hans-Böckler-Stiftung. (Working Paper Forschungsförderung, 150). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216070/1/hbs-fofoe-wp-150-2019.pdf>>.
- Rothgang, H. & Jacobs, K. (2011). Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(4), S. 9–19. Online: <[https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2011-4-9.pdf?download\\_full\\_pdf=1](https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2011-4-9.pdf?download_full_pdf=1)>.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018). Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72(6), S. 6–12. Online: <<https://www.jstor.org/stable/10.2307/26766419>>.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32). Berlin. Online: <<https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>>.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen*. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 26). Berlin. Online: <<https://www.bifg.de/publikationen/report/pflegereport-2020>>.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). *BARMER GEK Pflegereport 2013*. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 23). Siegburg: Asgard-Verl.-Service. Online: <[https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218\\_BARMER\\_GEK\\_Pflegereport\\_2013.pdf](https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218_BARMER_GEK_Pflegereport_2013.pdf)>.
- Rothgang, H. & Preuss, M. (2007). Optionen für eine Reform der Pflegeversicherung. *Sozialwirtschaft*, 17(5), S. 21–24. DOI: <<https://doi.org/10.5771/1613-0707-2007-5-21>>.
- Rothgang, H. & Schmähl, W. (1995). Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 155–175.
- Rothgang, H. & Vogler, A. (1997a). *Der Einfluß demographischer Faktoren auf die Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung*. Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). (ZeS-Arbeitspapier, 18/1997). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/41529/1/567147517.pdf>>.



- Rothgang, H. & Vogler, A. (1997b). *Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen*. Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). (ZeS-Arbeitspapier, 6/1997).
- Schnell, R. (2019). *Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen*. 2. Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden (u. a.): Springer VS. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-531-19901-6>>.
- Schnell, R. & Trappmann, M. (2006). *Konsequenzen der Panelmortalität im SOEP für Schätzungen der Lebenserwartung*. Zentrum für Quantitative Methoden und Surveyforschung, Universität Konstanz.
- Schönfelder, B. & Wild, F. (2013). *Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln. Online: <[https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Alterungsrueckstellungen\\_in\\_der\\_PKV.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Alterungsrueckstellungen_in_der_PKV.pdf)>.
- Schulte, K. & Schröder, C. (2006). Soziale Pflegeversicherung: Status quo und Reformvorschläge. In: C. Seidl & J. Jickeli (Hrsg.). *Steuern und Soziale Sicherung in Deutschland. Reformvorschläge und deren finanzielle Auswirkungen*. (SpringerLink Bücher). Heidelberg: Physica-Verlag HD, S. 111–136.
- Schupp, J. (2012). Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(6-7), S. 767–774. (Originaltitel „The Socioeconomic Panel (SOEP)“). DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00103-012-1496-1>>.
- Schwinger, A. & Tsiasioti, C. (2018). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Springer-Verlag GmbH. (Pflege-Report). Berlin: Springer Open, S. 173–204.
- SOEP Group (Hrsg.). (2021a). *SOEP-Core – 2019: Person und Biografie (M3-M5, Wiederbefragte, mit Verweis auf Variablen)*. (SOEP Survey Papers 1021: Series A). Berlin. Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.823856.de/diw\\_ssp1021.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.823856.de/diw_ssp1021.pdf)>.
- SOEP Group (Hrsg.). (2021b). *SOEP-Core v36 – PPATHL: Person-Related Meta-Dataset*. SOEP Group. (SOEP Survey Papers 1048: Series D – Variable Descriptions and Coding). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.830977.de/diw\\_ssp1048.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.830977.de/diw_ssp1048.pdf)>.
- SOEP Group (Hrsg.). (o. J.). *SOEP-Core v36 – PGEN: Person-Related Status and Generated Variables*. (SOEP Survey Papers 1047: Series D – Variable Descriptions and Coding). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.830975.de/diw\\_ssp1047.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.830975.de/diw_ssp1047.pdf)>.
- Sonnenburg, A. & Schröder, A. (2019). *Pflegewirtschaft in Deutschland: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Bedarfs an Pflegepersonal bis 2035*. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung (GWS). (GWS Discussion Paper, No. 2019/4). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/230530/1/1701955938.pdf>>.
- Sozialverband Deutschland e. V. (Hrsg.). (2013). *Solidarische Pflege-Bürgerversicherung Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/pflege/forderungen-pflegeversicherung-sovd.pdf>>.
- SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP – Freie Demokratische Partei (Hrsg.). (2021). *Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (2021). *Stata Longitudinal-Data/Panel-Data. Reference Manual*. 17. Aufl. Online: <<https://www.stata.com/manuals/xt.pdf>>.

- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.a). *prtest – Tests of proportions*. Online: <<https://www.stata.com/manuals/rprtest.pdf>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.b). *ranksum – Equality tests on unmatched data*. Online: <<https://www.stata.com/manuals/rranksum.pdf>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.c). *sdtest – Variance-comparison tests*. Online: <<https://www.stata.com/manuals/rsdtest.pdf>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.d). *sktest – Skewness and kurtosis test for normality*. Online: <<https://www.stata.com/manuals13/rsktest.pdf#rsktest>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.e). *swilk – Shapiro – Wilk and Shapiro – Francia tests for normality*. Online: <<https://www.stata.com/manuals13/rswilk.pdf>>.
- StataCorp LLC (Hrsg.). (o. J.f). *ttest – t tests (mean-comparison tests)*. Online: <<https://www.stata.com/manuals13/rttest.pdf>>.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit*. Sondergutachten 1995. Online: <[https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten\\_1995/Kurzfassung\\_1995.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_1995/Kurzfassung_1995.pdf)>.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (1991). *Jahresgutachten 1991/92 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*. Online: <<https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/1201618.pdf>>.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (1994). *Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung. Sondergutachten vom 18. März 1994*. Online: <<https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/sondergutachten/sg1994.pdf>>.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (2020). *Corona-Krise gemeinsam bewältigen, Resilienz und Wachstum stärken. Jahresgutachten 20/21*. Wiesbaden. Online: <[https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg202021/JG202021\\_Gesamtausgabe.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg202021/JG202021_Gesamtausgabe.pdf)>.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2022). *Soziale Pflegeversicherung: Handeln ist gefordert*. Online: <<https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/pflegeversicherung-neu-ordnen-2102304>>.
- Ullrich, C. G. (2000). *Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung*. (Campus Forschung, 817). Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Ullrich, C. G. & Christoph, B. (2006). Wahrnehmung von Lastenverteilungen und Verteilungskonflikten im deutschen Gesundheitssystem - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: K.-S. Rehberg (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2*. Frankfurt am Main: Campus Verl., S. 991-1002.
- Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: K. Hank & M. Kreyenfeld (Hrsg.). *Social Demography. Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*. (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte). Wiesbaden: Springer VS, S. 193-215. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-11490-9.pdf>>.
- Universität Zürich (Hrsg.). (2022a). *Mann-Whitney-U-Test*. Online: <[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/zentral/mann.html](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/mann.html)>.
- Universität Zürich (Hrsg.). (2022b). *Methodenberatung: F-Test*. Online: <[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/varianzen/ftest.html](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/varianzen/ftest.html)>.

- Universität Zürich (Hrsg.). (2022c). *Methodenberatung: t-Test für unabhängige Stichproben*. Online: <[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/zentral/ttestunabh.html](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/ttestunabh.html)>.
- University of Wisconsin-Madison (Hrsg.). (2016). *Stata for Students: Proportion Tests*. Online: <<https://www.ssc.wisc.edu/sscc/pubs/sfs/sfs-prtest.htm>>.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2018). *Versicherungspflichtgrenze*. Online: <[https://www.vdek.com/presse/glossar\\_gesundheitswesen/versicherungspflichtgrenze.html](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/versicherungspflichtgrenze.html)>.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022a). *Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)*. Online: <[https://www.vdek.com/presse/daten/f\\_pflegeversicherung.html](https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html)>.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022b). *Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte*. Online: <[https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html)>.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022c). *Pflegeleistungen*. Online: <<https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/pflegeleistungen.html>>.
- Wagner, F. (Hrsg.). (2017). *Gabler Versicherungswörterbuch*. Springer Fachmedien Wiesbaden. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4625-6>>.
- Wasem, J. (1995). Zwischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz – Die private Krankenversicherung und die Pflege-Pflichtversicherung. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68). Berlin: Duncker & Humblot, S. 263–278.
- WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.). (2010). *Ausarbeitung. WD 3 – 3000 – 486/10. Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung*. Online: <<https://www.bundestag.de/resource/blob/423772/24fbcf9aa538acbc2da3cdd13a6e58df/WD-3-486-10-pdf-data.pdf>>.
- WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.). (2018). *Ausarbeitung. WD 9 - 3000 - 058/17. Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“*. Online: <<https://www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/WD-9-058-17-pdf-data.pdf>>.
- Werding, M. (2020). *Rentenfinanzen und fiskalische Tragfähigkeit: Aktueller Rechtsstand und Effekte verschiedener Reformen. Arbeitspapier 06/2020*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR). Online: <[https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Arbeitspapiere/Arbeitspapier\\_06\\_2020.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Arbeitspapiere/Arbeitspapier_06_2020.pdf)>.
- Werding, M., Gründler, K., Läßle, B., Lehmann, R., Mosler, M. & Potrafke, N. (2020). *Modellrechnungen für den Fünften Tragfähigkeitsbericht des BMF. Studie im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen: Endbericht*. Ifo Institut. (ifo Forschungsberichte, 111). München.
- Wessels, M. (2019). *Pflegeökonomie*. Springer-Verlag GmbH. Berlin (u. a.): Springer. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-662-59394-3>>.
- Woratschka, R. (2019). *Krankenversicherung: Wahlfreiheit für Beamte in vier weiteren Bundesländern*. Tagesspiegel Online. Online: <<https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/krankenversicherung-wahlfreiheit-fuer-beamte-in-vier-weiteren-bundeslaendern/25348274.html>>.
- Zängl, P. (2015). Eine kurze Retrospektive auf die lange Entwicklungsgeschichte der Pflegeversicherung. In: P. Zängl (Hrsg.). *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*. Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 233–252.

Carsta Militzer-Horstmann, Alisa Hamm & Paula Seidl. **Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung.**

## Herausgeber

WIG2 GmbH  
Wissenschaftliches Institut für  
Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung

Das WIG2 Institut ist eine unabhängige und neutrale Forschungseinrichtung für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung. Mit fachübergreifender Expertise, analytischer Kompetenz und langjähriger Erfahrung in der Gesundheitssystemforschung liefert das Institut evidenzbasierte Antworten auf komplexe Fragestellungen im Gesundheitswesen.