

 Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilungsleiter

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

Sekretariat:

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

www.socium.uni-bremen.de

11.12.2023

**Stellungnahme zum Thema
„freiwillige, paritätisch finanzierte
Pflegevollversicherung“**

anlässlich der digitalen Anhörung am 19.1.2024

A Ausgangslage und grundsätzliche Fragen

Der hier zu diskutierende Vorschlag ist durch mehrere Kernelemente gekennzeichnet:

- Freiwilligkeit der Versicherung,
- Parität in der Finanzierung,
- Vollversicherung und
- Eigenständigkeit der Vollversicherung bzw. deren Integration in das bestehende System der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehend aus sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung.

1. Freiwilligkeit

Alle diesbezüglichen bisherigen Erfahrungen in Deutschland lehren, dass freiwillige Zusatzversicherungen in der sozialen Sicherung nur von einer kleinen Personengruppe nachgefragt werden. Das hat sich in der Alterssicherung bei der Riester-Rente ebenso gezeigt wie in der Langzeitpflege beim sogenannten „Pflege-Bahr“, der steuerlich geförderten privaten Zusatzversicherung. Zwar weisen beide Beispiele konzeptionelle Schwächen auf, die bei einem neuen Anlauf vermieden werden können (Hagen & Kleinlein 2011; Jacobs & Rothgang 2012, 2013). Dennoch kann kein Zweifel bestehen: Wenn es darum geht, die Bevölkerung *umfassend* abzusichern ist eine freiwillige Versicherung ein Irrweg. Selbst der PKV-Expertenrat (2013: 5) stellt deshalb fest: „Eine sozialpolitisch wünschenswerte hinreichend breite Abdeckung des finanziellen Risikos der Eigenanteile kann daher nur erreicht werden, wenn sie obligatorisch ist.“ Eine freiwillige Zusatzversicherung ist *nicht* zielführend, vielmehr kann eine „Vollversicherung“ nur durch ein Obligatorium erreicht werden.

Der *Weg über Tarifverträge* ist ebenfalls ungeeignet, den größten Teil der Bevölkerung umfassend abzusichern. Das ergibt sich schon allein daraus, dass weniger als die Hälfte der Bevölkerung sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist¹ und das Beschäftigungsverhältnis in

¹ 2022 lag die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei 34,6 Millionen (https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/_inhalt.html).

Deutschland nur für einen Minderheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch einen Tarifvertrag geregelt ist.² Insgesamt kann somit weniger als ein Fünftel der Bevölkerung überhaupt durch tarifvertragliche Lösungen erreicht werden. Um eine Vollversicherung in der Breite zu etablieren, ist eine obligatorische Versicherung für die Gesamtbevölkerung notwendig.

2. Zusatzversicherung oder Vollversicherung innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung

Soll eine Vollversicherung umgesetzt werden, stellt sich als nächstes die Frage, ob dies durch eine Zusatzversicherung oder innerhalb des Systems der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) erfolgen soll. Letzteres lässt sich vergleichsweise einfach durch eine entsprechende Leistungsausweitung erreichen, Ersteres erfordert den Aufbau eines zusätzlichen Versicherungssystems und verursacht damit erhebliche *zusätzliche Verwaltungskosten*. Dies gilt sogar in erhöhtem Maße, wenn die Zusatzversicherung privat organisiert ist, da Privatversicherungen regelmäßig höhere Verwaltungskosten aufweisen.³

Die Einführung eines weiteren Leistungssystems führt zudem zu *neuen Schnittstellenproblemen*, die insbesondere eine Steuerung der pflegerischen Infrastruktur weiter erschweren. Bereits derzeit ist fehlendes care management eines der zentralen Probleme der pflegerischen Versorgung und die Frage, wie Pflegekassen und Kommunen zusammenwirken können, um effektives und zielgerichtetes case und care management zu ermöglichen, nur unbefriedigend gelöst. Kommt nun ein weiterer Versicherungsträger hinzu, wird sich dieses Problem noch weiter verschärfen.

Insofern sollte kein zusätzliches System aufgebaut werden, um eine Vollversicherung zu realisieren. Vielmehr sollte diese obligatorisch *in der gesetzlichen Pflegeversicherung* realisiert

² 2022 lag dieser Anteil bei 41 % (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-5/tarifbindung-arbeitnehmer.html>).

³ So liegen die Verwaltungs- und Abschlusskosten in der PKV mit 8,6 % der Einnahmen mehr als doppelt so hoch wie in der GKV, die eine entsprechende Quote von 4,2 % aufweist (Sozhttps://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/Vorschau-Dateien/abbVI20.png).

werden. Soll ein hoher Bevölkerungsteil erreicht werden, sind Opt-out-Optionen nicht zweckdienlich. In einer Sozialversicherung mit umverteilender Finanzierung verbieten sich solche Optionen zusätzlich, da sich einkommensstärkere Bevölkerungsgruppen sonst der Umverteilung entziehen können.

3. Paritätische Finanzierung

Eine paritätische Finanzierung zielt zum einen auf die Einkommensverteilung und zum anderen – insoweit sie mit einer freiwilligen Versicherung verknüpft wird – auf die Bereitschaft, eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Zudem hat die Frage, ob paritätisch finanziert wird oder nicht, auch Auswirkungen auf die Legitimität der Arbeitgeberbeteiligung in einer selbstverwalteten Sozialversicherung.

In Bezug auf die *funktionale Einkommensverteilung* führt ein Arbeitgeberbeitrag initial zu einer Begünstigung des Faktors Arbeit, da der neu eingeführte Arbeitgeberanteil einer Lohnerhöhung gleichkommt. Allerdings verschwindet dieser Effekt über Zeit, da die initiale Lohnerhöhung in den folgenden Lohnrunden berücksichtigt wird. Sogenannte Arbeitgeberbeiträge sind immer einbehaltene Lohnbestandteile. Das haben auch die Pauschalprämienmodelle der 2000er und 2010er Jahre eindrücklich gezeigt, die die Arbeitgeberbeiträge beim Übergang auf Pauschalprämien auszahlen wollten. Langfristig sind Arbeitgeberbeiträge in Bezug auf die funktionale Verteilung eine sozialpolitische Illusion, da die Lohnhöhe letztlich von der Produktivität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Verhandlungsmacht der Tarifpartner abhängt. Der verteilungspolitische Impuls eines Arbeitgeberanteils ist daher nur temporär. Aus verteilungspolitischer Sicht ist die Frage, ob eine Vollversicherung paritätisch finanziert werden soll, daher nachrangig.

Bei einer paritätischen freiwilligen Versicherung wirken die Arbeitgeberanteile zudem als Anreiz zum Abschluss einer Versicherung, da nur so die Arbeitgeberförderung bezogen werden kann. Anders als etwa beim Pflege-Bahr erfolgt die *Förderung der freiwilligen Versicherung* im Modell einer paritätischen Finanzierung nämlich nicht durch Steuermittel, sondern kurzfristig durch die Arbeitgeber, mittel- und langfristig aber durch – im Vergleich zum Status quo

– geringere Lohnsteigerungen und damit durch Lohneinbuße aller Beschäftigten (s.o.). Arbeitnehmer:innen, die eine Versicherung abschließen, finanzieren die Förderung durch den Arbeitgeberanteil daher zum Teil selbst, der andere Teil wird von den Arbeitnehmer:innen getragen, die keine Versicherung abschließen. Im Ergebnis kommt es so zu einer Umverteilung innerhalb der Arbeitnehmer:innenschaft. Der Arbeitgeberzuschuss wirkt für Arbeitnehmer:innen wie eine Subventionierung des Versicherungsabschlusses und erhöht ceteris paribus die Bereitschaft zum Abschluss einer Versicherung. Für eine freiwillige Vollversicherung ist die Parität in der Beitragsfinanzierung daher von Bedeutung. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass dadurch eine Mehrheit der Arbeitnehmer:innen einen Versicherungsvertrag abschließt. Daran, dass eine freiwillige Versicherung keine sinnvolle Option ist, ändert auch das Element der Beitragsparität nichts.

Wird eine Vollversicherung dagegen im Rahmen der Sozialversicherung angestrebt, ist Beitragsparität sinnvoll, da so die Anschlussfähigkeit an die bestehenden Regelungen gewährleistet wird und insbesondere auch die *Arbeitgeberbeteiligung in der Kassenselbstverwaltung* legitimiert werden kann. Ein wesentlicher Vorteil der Vollversicherung im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung liegt darin, dass diese administrativ „schlank“ umgesetzt werden kann. Das setzt aber voraus, dass die bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen mitgenutzt werden können. Hierfür wäre es nicht förderlich, wenn ein Teil der Beiträge paritätisch finanziert wird, der andere aber nicht.

4. Vollversicherung

Wie auch die aktuell veröffentlichten Zahlen von vdek⁴ und WIdO⁵ zeigen, reichen die im PUEG beschlossenen Maßnahmen *nicht* aus, um den Anstieg des Eigenanteils in der stationären Pflege zu begrenzen. Im Gegenteil werden diese Eigenanteile auch in näherer Zukunft weiter steigen, da die Leistungsanpassungen in § 43 SGB XI und § 43c SGB XI unzureichend sind,

⁴ <https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Presse/Pressemitteilungen/Berlin/2024/anstieg-eigenanteil-in-der-stationaeren-pflege-in-berlin.html>.

⁵ https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2024/wido_pfl_pm_eigenanteile_pflgeheimbewohnende_2023.pdf.

um die Steigerungen der Heimentgelte aufzufangen (Rothgang & Müller 2023: 30 ff.). Ob diese Entwicklung als hinnehmbar angesehen wird, hängt von den *normativen Bewertungsmaßstäben* ab.

Auslöser der Debatte, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt hat, war 1974 ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), in dem angeprangert wurde, dass Pflegebedürftigkeit – anders als Krankheit – zur Verarmung führe. Da dies eines modernen Sozialstaats unwürdig sei, wurde die Übernahme der Pflegekosten durch einen neuen Kostenträger gefordert. Die vollständige Übernahme der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung war auch im Dreiteilungsvorschlag der AWO aus dem Jahr 1976 vorgesehen, der die Ausformung der Pflegeversicherung in den 1990er Jahren maßgeblich mitgeprägt hat. Entsprechend war bei Einführung der Pflegeversicherung auch die vollständige Übernahme der Pflegekosten als Regelfall vorgesehen: „Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege“ (Gesetzesbegründung PflegeVG-E, S. 115), was von der Bundesregierung in ihrem ersten Bericht zur Pflegeversicherung auch noch einmal ausdrücklich bestätigt wurde: „Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA 1998: 8f.).

Soll das Pflegerisiko auch weiterhin als allgemeines Lebensrisiko anerkannt werden und nicht – insbesondere im Vergleich zur Krankenversicherung – als zweitrangiges Risiko angesehen werden, ist der Schutz vor einer pflegebedingten Verarmung weiterhin notwendig. Will die Pflegeversicherung ihrem ursprünglichen Anspruch, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, nachkommen, ist eine Vollversicherung daher grundsätzlich sinnvoll.

Eine gemäßigte Variante liegt darin, den Eigenanteil nicht auf null zu reduzieren, sondern auf einen Wert unterhalb der derzeitigen Eigenanteile, der dann aber über Zeit konstant gehalten wird („Sockel-Spitze-Tausch“; vgl. Rothgang et al. 2019). Auch hierdurch ließe sich Planungssicherheit herstellen, die es Individuen ermöglicht, der eigenen pflegebedingten Verarmung vorzubeugen und den eigenen Lebensstandard zu sichern – zu geringeren Ausgaben für die Pflegeversicherung.

Eine Vollversicherung ist *im stationären Bereich* leicht zu definieren. Sie erfordert die Übernahme der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) und der auf die Bewohnenden umgelegten Ausbildungskosten. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind zunächst nicht pflegebedingt und sollten auch im Rahmen einer „Vollversicherung“ von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden. Als Begründung hierfür wurde bei Einführung der Pflegeversicherung darauf verwiesen, dass diese Kostenarten auch ohne Pflegebedürftigkeit anfallen. Allerdings werden Pflegebedürftige in Heimen gezwungen „teuer“ zu wohnen und zu leben. Eine Neujustierung der Abgrenzung zwischen Pflegekosten auf der einen Seite und den Kosten von Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten auf der anderen Seite kann daher bei der Bestimmung der Leistungen einer Pflegevollversicherung sinnvoll sein.

Im *ambulanten Bereich* kann eine Vollkostenversicherung umgesetzt werden, wenn sich die Leistungsfeststellung nicht auf Pflegegrade beschränkt, sondern individuelle bedarfsgerechte Leistungspakete ermittelt werden. Das ist nicht unmöglich, wie sich in der deutschen Krankenversicherung ebenso zeigt wie in den Pflegesystemen anderer Länder, in denen Case Manager individuelle Leistungspakete bestimmen. Um die in Deutschland besonders stark ausgeprägte Wahlfreiheit der Versicherten zu erhalten, sollten diese Leistungspakete aber wieder in Budgets umgerechnet werden (Rothgang et al. 2019).

Soll an dem einfachen System der Pflegegrade festgehalten werden, wären die durchschnittlichen Heimkosten für die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile ein Anknüpfungspunkt für die Höhe der nach Pflegegrad differenzierten Leistungssätze für ambulante Sachleistungen. Das Pflegegeld kann dann in einem festen Verhältnis von z.B. 40 % des Sachleistungsbetrags für jeden Pflegegrad festgelegt werden (ebd.).

B Finanzielle Wirkungen

Eigene Berechnungen zu den *Beitragssatzeffekten* einer Pflegevollversicherung, die die Übernahme der Pflegekosten im vollstationären Bereich umfasst und für den ambulanten Bereich

eine Anhebung der Versicherungsleistungen um den Betrag vorsieht, der derzeit als Eigenanteil privat gezahlt und mit 300 Euro angesetzt wurde, schätzen den Beitragsmehrbedarf innerhalb der sozialen Pflegeversicherung initial auf rund 0,6 Beitragssatzpunkte (Rothgang/Domhoff 2019: 65). Im Zeitverlauf steigt dieser Effekt auf 1,1 Beitragssatzpunkte bis ins Jahr 2060. Bei paritätischer Finanzierung steigen die Lohnnebenkosten entsprechend.

Wird nach dem Modell des Sockel-Spitze-Tauschs ein fester Eigenanteil zu den pflegebedingten Kosten im Heim angesetzt, reduzieren sich die Ausgaben der Pflegeversicherung gegenüber der Vollversicherung um rund eine Mrd. Euro im Jahr pro 100 Euro monatlichem Eigenanteil. Derzeit entspricht das einem Beitragssatzeffekt von rund 0,06 Beitragssatzpunkten.⁶

Mitnahmeeffekte treten auf, wenn Personen Förderungen für Handlungen erhalten, die sie auch ohne diesen finanziellen Zuschuss durchführen würden. Der Arbeitgeberbeitrag kann als eine derartige Förderung angesehen werden. Wenn er Arbeitnehmenden zugutekommt, die auch ohne den Arbeitgeberbeitrag einen Versicherungsvertrag abschließen würden oder schon abgeschlossen haben, handelt es sich demnach um Mitnahmeeffekt, werden dagegen *zusätzliche* Versicherungsverträge abgeschlossen, handelt es sich technisch nicht um Mitnahmeeffekte. Mitnahmeeffekte liegen auch vor, wenn die neue Vollversicherung bestehende (oder ansonsten abgeschlossene) private Zusatzversicherungen verdrängt. Über die Höhe der Mitnahmeeffekte kann derzeit aber nur spekuliert werden.

Erfahrungen mit Riester-Rente und freiwilligen Zusatzversicherungen in der Pflege zeigen, dass vor allem einkommensstärkere Personen derartige Verträge abschließen. Da die paritätische Finanzierung einer Subventionierung gleichkommt, profitieren insbesondere Einkommensstärkere – zulasten der Einkommensschwächeren, die durch eine allgemein gedämpfte Lohnentwicklung dafür bezahlen. Die gedämpfte Lohnentwicklung ist zu erwarten, da die Arbeitgeber die selektive Lohnsteigerung für die Käufer einer freiwilligen Zusatzversicherung in

⁶ Ausgehend davon, dass eine Beitragssatzpunkt Einnahmen von 16,8 Mrd. Euro entspricht (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf).

Form des Arbeitgeberbeitrags insgesamt bei den Tarifverhandlungen berücksichtigen (müssen). Insgesamt kommt es innerhalb der Arbeitnehmer:innenschaft daher zu einer *Umverteilung von unten nach oben*.

Die Freiwilligkeit der Versicherung impliziert, dass ein Großteil der Bevölkerung keine Versicherung abschließt. Für diesen Personenkreis ändert sich an der derzeitigen Situation nichts. Für sie ist mit steigenden Eigenanteilen und einer sinkenden Inanspruchnahme ambulanter Sachleistungen mit entsprechenden Folgen für die Pflegequalität zu rechnen. Die steigenden Eigenanteile werden dabei – wie derzeit – (soweit vorhanden) zu Vermögensverzehr und dann zu steigenden Sozialhilfeausgaben führen.

Für *Selbständige und Freiberufler* fehlt mit dem Arbeitgeberanteil jeglicher Anreiz zu einem zusätzlichen Vertragsabschluss. Für diese Gruppe ist daher nicht damit zu rechnen, dass sich der Anteil derer, die eine Zusatzversicherung inner- oder außerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung abschließen, signifikant erhöht.

C Umsetzung einer freiwilligen Pflegevollversicherung

Unlösbares Kernproblem der freiwilligen Vollversicherung ist, dass es auf diesem Weg unmöglich ist, die gesamte Bevölkerung oder auch nur eine Bevölkerungsmehrheit in das System einzubeziehen. Eine Opt-out-Lösung verspricht dabei grundsätzlich einen höheren Anteil an Versicherten, ist aber sachlogisch nur denkbar auf Basis einer bestehenden Versicherungspflicht, also insbesondere wenn die Vollversicherung durch Leistungsausweitungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erreicht werden soll.

Bei der *Ausgestaltung der freiwilligen Vollversicherung* stellen sich einige Fragen, die auch für die gesetzlichen Systeme relevant sind, insbesondere die nach Leistungsart (Geld- oder Sachleistung; Einkommensabhängigkeit der Beitrags-/Prämienzahlung, Form der Leistungsdynamisierung). Es ist daher wenig sinnvoll, diese Fragen für die freiwillige Pflegevollversicherung

losgelöst vom bisherigen System zu behandeln. Abweichungen von den entsprechenden Regelungen im gesetzlichen System dürften vielmehr zu weiteren Schnittstellenproblemen und Paradoxien führen.

Eine *steuerliche Förderung* einer freiwilligen Pflegevollversicherung erscheint nicht sinnvoll. Hierdurch entstehen für die öffentliche Hand unnötige Ausgaben. Eine Versicherungspflicht führt in Bezug auf den einbezogenen Personenkreis zu deutlich besseren Ergebnissen – und das ohne zusätzliche Ausgaben. Einkommensabhängige Beiträge führen zudem dazu, dass eine finanzielle Überforderung der Versicherten vermieden werden kann, so dass kein weiterer Bedarf entsteht, Prämien für Einkommensschwache steuerlich zu fördern. Auch diese Überlegungen verweisen letztlich wieder auf die Einführung einer obligatorischen Vollversicherung im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Pflegeversicherung.

Eine *Karenzzeit* bis die Versicherungsleistungen in voller Höhe gezahlt werden ist in einer Vollversicherung grundsätzlich denkbar. Allerdings muss diese Zeit eindeutig und dauerhaft festgelegt sein, so dass für den resultierenden Eigenanteil vorgesorgt werden kann.

Die vielen im Fragenkatalog geäußerten kritischen Fragen zur Umsetzbarkeit einer freiwilligen Pflegevollversicherung sind alle berechtigt und zeigen letztlich aber nur, dass eine *freiwillige* Vollversicherung auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Alle diese Probleme können vermieden werden, wenn die Vollversicherung einfach und unbürokratisch im Rahmen der – paritätisch finanzierten – obligatorischen gesetzlichen Systeme (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung) umgesetzt wird. Hier müssten lediglich die Leistungshöhen angepasst werden. Im stationären Sektor müssten dann alle pflegebedingten Kosten von der Versicherung übernommen werden. Im ambulanten Sektor ist die Umsetzung einer Vollversicherung komplizierter. Lösungsmöglichkeiten wurden aber bereits skizziert.

Literatur:

- AWO [Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt] (1976): Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 27. Jg.: 156-159.
- BMA [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1998): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestags-Drucksache 13/9528.
- Hagen, Kornelia / Kleinlein, Axel (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern, in: DIW Wochenbericht Nr. 47/2011: 3-15;
www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.389130.de/11-47.pdf.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5: 41-51.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2013): Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. Replik zu Biederbick und Weber, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 4: 24-27.
- PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)], Bundestags-Drucksache 12/5617.
- PKV-Expertenrat Pflegefinanzen (2023): Die Pflege⁺ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische pflegekostenversicherung.
https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Abschlussbericht_Experten-Rat_Pflegefinanzen.pdf.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten.
https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf.
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150, September 2019. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44,
<https://www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/d1-pflegereport-2023-data.pdf>.