

8. Pflegepolitischer Handlungsbedarf und Reformoptionen

Thomas Klie

Finanzierung der Pflegeversicherung: Nach 25 Jahren wieder auf dem Prüfstand

Die *Konzertierte Aktion Pflege* (KAP) der drei Bundesminister*innen Giffey, Heil und Spahn hat die Arbeitsbedingungen der in der Langzeitpflege Beschäftigten und die Gewinnung von Menschen für Pflegeberufe in den Mittelpunkt der pflegepolitischen Agenda gestellt. Mehr Personal in Heimen und eine bessere Bezahlung werden zu Kostensteigerungen in der Langzeitpflege führen – und damit auch den Eigenanteil von Bewohner*innen in Heimen deutlich anheben – mit dem wieder deutlich höheren Risiko der „Pflegearmut im Alter“.

Pflegepolitische Agenda

25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist damit die Debatte um eine weitgehende Reform der Pflegeversicherung wieder dabei, Fahrt aufzunehmen. Der mit recht breiter medialer Resonanz ausgestattete erste Aufschlag war schon im Bundesteilhabegesetz und Pflegestärkungsgesetz III angekündigt: Das Angehörigen-Entlastungsgesetz, das der Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil im August 2019 durch das Kabinett brachte.³⁹ Unterhaltspflichtige Angehörige sollen erst ab einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro zu den Heim- und anderen Pflegekosten herangezogen werden. Die Kommunen erwarten deutliche Ausgabensteigerungen von bis zu einer Milliarde Euro. Der Vorstoß entspricht der in der Bevölkerungsbefragung ermittelten Einstellung, nach der die Heranziehung zu den Pflegekosten im Heim von den Bürger*innen immer weniger akzeptiert wird (s. Beitrag Haumann). Außerdem kennen fast alle an Deutschland angrenzende Länder im Zusammenhang mit den Pflegekosten keinen entsprechenden Rückgriff auf Angehörige mehr. Der Vorstoß des Arbeits- und Sozialministers lässt sich zwar nicht als ein pflegepolitischer Entwurf verstehen: Er wird allerdings den politischen Handlungsdruck in Richtung Finanzierungsreform der Pflegeversicherung erhöhen.

Nachfolgend werden die pflegepolitischen Handlungsoptionen skizziert, die hinsichtlich einer Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung bestehen und die sich derzeit in der Diskussion befinden; sie werden zu den Ergebnissen des DAK-Pflegereports 2019 in Beziehung gesetzt. Eine szenarienbasierte Berechnung der Finanzauswirkung ausgewählter Politikansätze, insbesondere die von der DAK-Gesundheit eingebrachten, wird auf der Basis einer Modellrechnung von Rothgang und Kalwitzki vorgestellt.

³⁹ <https://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/bundeskabinett-beschliesst-angehoerigen-entlastungsgesetz.html>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

Im Fokus: die stationäre Langzeitpflege

Der politische Handlungsbedarf wird ganz wesentlich in der stationären Pflege wahrgenommen, kommuniziert – und politisch transportiert. Die Sozialhilfeträger problematisieren ihn, in den Medien aber auch den Landtagswahlkämpfen 2019 ist er Thema. Im Heimbereich wirken sich höhere Kosten schnell auf die Sozialhilfeausgaben aus. Auch hierin liegt ein Grund für die größere politische Aufmerksamkeit dieses Bereichs. Die Heimaufsichten observieren die stationären Einrichtungen, Skandalmeldungen über Pflegeheime sind Legion. Man denke nur an das große Archiv von Fussek über Substandards in der stationären Altenpflege.

Reformschritte Auch steht der Politik bezogen auf Heime eher vor Augen, wie politisch mehrheitsfähige Reformschritte aussehen könnten: Die Politik hat einen wesentlich größeren Einfluss auf stationäre Einrichtungen, sei es durch Vorgaben für die Pflegesätze, durch Aufsicht oder Investitionen, aber auch im ambulanten Bereich. Die Stakeholder der institutionellen Langzeitpflege, die nicht unwesentlich Einfluss auf die deutsche Pflegepolitik ausüben, sind im Bereich der stationären Pflege ungleich besser organisiert als in der häuslichen Pflege. So wird die Notwendigkeit einer Systemreform, insbesondere was die Finanzierung anbelangt, aus den steigenden Eigenanteilen abgeleitet, die zunehmend und vor allem prognostisch die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner*innen übersteigen.

Sockel-Spitze-Tausch

Hohen Pflegebedarf abdecken Der von der Initiative „Pro Pflegereform“⁴⁰ in die Debatte gebrachte inzwischen präzisierter und gerechneter Vorschlag stellt in das Zentrum der Reformüberlegungen den bereits 1999 diskutierten Sockel-Spitze-Tausch (Klie und Schmidt 1999). Die Pflegeversicherung soll nach diesem Vorschlag nicht weiter als Sockelleistung ausgestaltet werden. Sie soll vielmehr für den besonders hohen Pflegebedarf bedarfsdeckende Leistungen vorsehen. Die Pflegebedürftigen zahlen stets einen Sockelbetrag, der als fixer Eigenanteil fungiert. Die Initiative „Pro Pflegereform“ bezog sich zunächst lediglich auf die vollstationäre Versorgung, ebenso der von einigen Bundesländern unter Federführung von Hamburg erarbeitete Vorschlag.⁴¹ Er sieht vor, den Eigenbeitrag von Heimbewohner*innen für die pflegebedingten Aufwendungen in der Höhe zu begrenzen. Diese Eigenanteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und die mit ihm verbundenen Leistungsausweitungen und Vertrauensschutzregelungen führten zu Sondereffekten, die kurzfristig zu einer Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) führten.

40 https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Pressemeldungen/2019-05-10_TagDerPflege_ProPflegereform.pdf; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

41 BR-Drs106/19,, <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12177862/2019-02-19-bgv-pflegeversicherung/>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

Im Fokus: die stationäre Langzeitpflege

Der politische Handlungsbedarf wird ganz wesentlich in der stationären Pflege wahrgenommen, kommuniziert – und politisch transportiert. Die Sozialhilfeträger problematisieren ihn, in den Medien aber auch den Landtagswahlkämpfen 2019 ist er Thema. Im Heimbereich wirken sich höhere Kosten schnell auf die Sozialhilfeausgaben aus. Auch hierin liegt ein Grund für die größere politische Aufmerksamkeit dieses Bereichs. Die Heimaufsichten observieren die stationären Einrichtungen, Skandalmeldungen über Pflegeheime sind Legion. Man denke nur an das große Archiv von Fussek über Substandards in der stationären Altenpflege.

Reformschritte Auch steht der Politik bezogen auf Heime eher vor Augen, wie politisch mehrheitsfähige Reformschritte aussehen könnten: Die Politik hat einen wesentlich größeren Einfluss auf stationäre Einrichtungen, sei es durch Vorgaben für die Pflegesätze, durch Aufsicht oder Investitionen, aber auch im ambulanten Bereich. Die Stakeholder der institutionellen Langzeitpflege, die nicht unwesentlich Einfluss auf die deutsche Pflegepolitik ausüben, sind im Bereich der stationären Pflege ungleich besser organisiert als in der häuslichen Pflege. So wird die Notwendigkeit einer Systemreform, insbesondere was die Finanzierung anbelangt, aus den steigenden Eigenanteilen abgeleitet, die zunehmend und vor allem prognostisch die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner*innen übersteigen.

Sockel-Spitze-Tausch

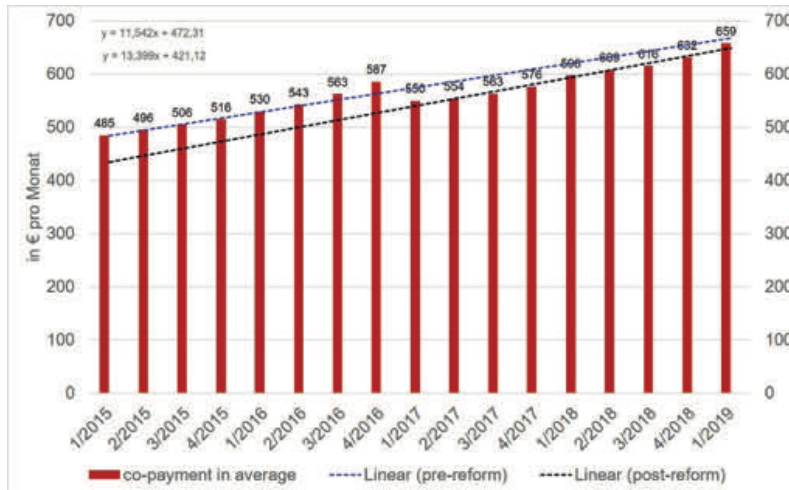
Hohen Pflegebedarf abdecken Der von der Initiative „Pro Pflegereform“⁴⁰ in die Debatte gebrachte inzwischen präzisierter und gerechneter Vorschlag stellt in das Zentrum der Reformüberlegungen den bereits 1999 diskutierten Sockel-Spitze-Tausch (Klie und Schmidt 1999). Die Pflegeversicherung soll nach diesem Vorschlag nicht weiter als Sockelleistung ausgestaltet werden. Sie soll vielmehr für den besonders hohen Pflegebedarf bedarfsdeckende Leistungen vorsehen. Die Pflegebedürftigen zahlen stets einen Sockelbetrag, der als fixer Eigenanteil fungiert. Die Initiative „Pro Pflegereform“ bezog sich zunächst lediglich auf die vollstationäre Versorgung, ebenso der von einigen Bundesländern unter Federführung von Hamburg erarbeitete Vorschlag.⁴¹ Er sieht vor, den Eigenbeitrag von Heimbewohner*innen für die pflegebedingten Aufwendungen in der Höhe zu begrenzen. Diese Eigenanteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und die mit ihm verbundenen Leistungsausweitungen und Vertrauensschutzregelungen führten zu Sondereffekten, die kurzfristig zu einer Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) führten.

40 https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Pressemeldungen/2019-05-10_TagDerPflege_ProPflegereform.pdf; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

41 BR-Drs106/19,, <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12177862/2019-02-19-bgv-pflegeversicherung/>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

Wie dargelegt, stieg der EEE bereits 2019 wieder deutlich. Auch für den ambulanten Bereich sieht die erwähnte Bundesratsinitiative eine Begrenzung des Eigenanteils vor – wie, bleibt noch offen.

Abbildung 97: Entwicklung der Eigenanteile 2015–2019



Quelle: Rothgang 2019.

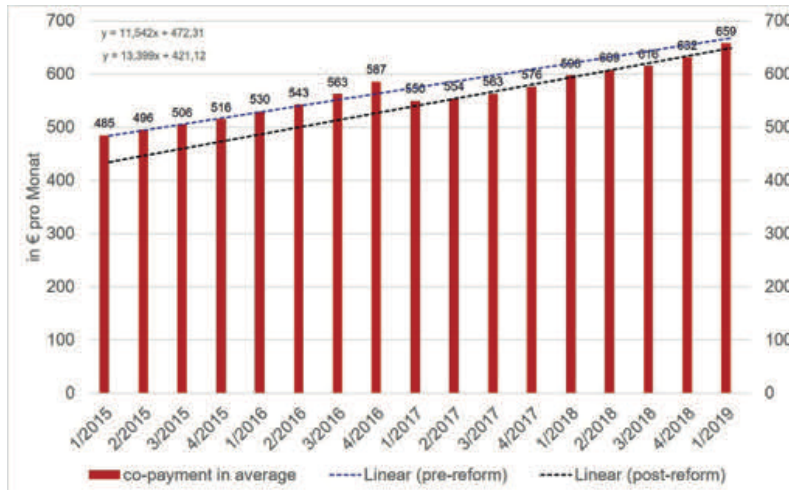
Die Eigenanteile der Bewohner*innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiter steigen. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Personalbemessungssystems gem. § 113c SGB XI, das durch die „Konzertierte Aktion Pflege“ aufgegriffen wurde, wird zukünftig mehr Personal in Heimen notwendig. Auch wenn es sich dabei nicht vornehmlich um Fachpersonal handeln soll, wird dies zu höheren Pflegesätzen führen. Zudem soll das Personal in Pflegeheimen besser bezahlt werden. Auch die zu erwartende Tarifbindung in der Langzeitpflege wird zu Kostensteigerungen in der stationären Pflege führen. All dies führt zu höheren Entgelten und belastet die Bürger*innen mit steigenden Eigenleistungen.

Kostensteigerung in der Langzeitpflege

Berechnungsszenarien bezogen auf die Eigenanteile von Heimbewohner*innen lassen je nach Berechnung – einen stabilen Beitragsatz angenommen – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150–300 Prozent erwarten (s. Abschnitt „Modellrechnungen und Szenarien“ in diesem Kapitel). Diese werden weder von der Bevölkerung noch von den Sozialhilfeträgern akzeptiert werden. Auch die Stakeholder der Langzeitpflege werden politischen Druck aufbauen, damit es zu derartigen Kostensteigerungen nicht kommt bzw. diese abgefangen werden. Entsprechend große Chancen wird man politischen Initiativen beimessen, die zumindest auf eine Begrenzung des Eigenanteils von Heimbewohner*innen gerichtet sind.

Wie dargelegt, stieg der EEE bereits 2019 wieder deutlich. Auch für den ambulanten Bereich sieht die erwähnte Bundesratsinitiative eine Begrenzung des Eigenanteils vor – wie, bleibt noch offen.

Abbildung 97: Entwicklung der Eigenanteile 2015–2019



Quelle: Rothgang 2019.

Die Eigenanteile der Bewohner*innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiter steigen. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Personalbemessungssystems gem. § 113c SGB XI, das durch die „Konzertierte Aktion Pflege“ aufgegriffen wurde, wird zukünftig mehr Personal in Heimen notwendig. Auch wenn es sich dabei nicht vornehmlich um Fachpersonal handeln soll, wird dies zu höheren Pflegesätzen führen. Zudem soll das Personal in Pflegeheimen besser bezahlt werden. Auch die zu erwartende Tarifbindung in der Langzeitpflege wird zu Kostensteigerungen in der stationären Pflege führen. All dies führt zu höheren Entgelten und belastet die Bürger*innen mit steigenden Eigenleistungen.

Kostensteigerung in der Langzeitpflege

Berechnungsszenarien bezogen auf die Eigenanteile von Heimbewohner*innen lassen je nach Berechnung – einen stabilen Beitragsatz angenommen – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150–300 Prozent erwarten (s. Abschnitt „Modellrechnungen und Szenarien“ in diesem Kapitel). Diese werden weder von der Bevölkerung noch von den Sozialhilfeträgern akzeptiert werden. Auch die Stakeholder der Langzeitpflege werden politischen Druck aufbauen, damit es zu derartigen Kostensteigerungen nicht kommt bzw. diese abgefangen werden. Entsprechend große Chancen wird man politischen Initiativen beimessen, die zumindest auf eine Begrenzung des Eigenanteils von Heimbewohner*innen gerichtet sind.

Immer wieder vernachlässigt: die häusliche Pflege

Bei dem beschriebenen Fokus auf die stationäre Pflege darf es angesichts der Desiderate in der pflegerischen Versorgung keineswegs bleiben. Würde man lediglich die stationäre Versorgung in den Aufmerksamkeitshorizont der Pflegepolitik lenken, würde in sträflicher Weise die häusliche Pflege vernachlässigt. Auch hier besteht großer Handlungsbedarf, will man nachhaltig bzw. langfristig wirksam einen Beitrag zur Sicherung der Pflege in Deutschland leisten.

Versorgungsdefizite

Zu den Versorgungsdefiziten in der häuslichen Versorgung gehören überlastete Angehörige, Formen der Unterversorgung sowie Erscheinungsformen von Gewalt. Auch die bis zu 600.000 osteuropäischen Haushaltshilfen (Petermann et al. 2017) lassen sich als Hinweis auf ein Systemversagen in der häuslichen Versorgung interpretieren. Verschärft werden die häuslichen Versorgungsdefizite durch regionale Infrastrukturdefizite u. a. bei Kurzzeit- und Teilzeitpflegeeinrichtungen. Aber auch Heime weisen inzwischen wieder Wartelisten aus, Pflegedienste nehmen keine neuen „Kund*innen“ an. Beratungsdefizite sind zu beklagen.

Insofern besteht gerade in der häuslichen und in der komplementären Versorgung von Pflegehaushalten großer Handlungsbedarf. Allein erfolgversprechend erscheinen langfristig Konzepte zu sein, die auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen hat (BMFSFJ 2016), nämlich Ansätze, die auf einen wohlfahrtspluralistischen Ansatz setzen. Sie haben nicht allein die Vollversorgung im Blick, sondern vielmehr das Zusammenwirken von An- und Zugehörigen, Nachbar*innen, beruflich Tätigen, Professionellen in der Pflege, Ehrenamtlichen und Unterstützungsleistungen, die der Markt anbietet und generiert. Auch das Leitbild der Caring Community (Klie 2014) enthält gerade auf der lokalen Ebene interessante Perspektiven für die Sicherung von Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens: Die Sicherstellung der Pflege ist nicht nur eine finanzielle und personelle Herausforderung, sondern auch eine kulturelle.

Pflegepolitische Reformoptionen

Politikentwürfe

Die Politikentwürfe, die in diesem Zusammenhang verhandelt werden, sind unterschiedlicher Ausrichtung und Reichweite. Während die Bundesregierung, aber auch der GKV-Spitzenverband lange Zeit eine moderate Dynamisierung der Beitragssätze für ausreichend erachtet hat, wird zunehmend in Frage gestellt, dass auf diese Weise eine langfristige solide Pflegeabsicherung finanziert werden kann. Die Bundsratsinitiative der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Berlin⁴² setzt auf eine Begrenzung des einheitlichen einrichtungsbezogenen Eigenbeitrages. Auch der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg trägt

⁴² BR Drks 106/19.

den Vorschlag mit, obwohl seine Partei, die FDP, bislang vornehmlich auf private Vorsorge gesetzt hat, von der allerdings nur 9 % der Bevölkerung Gebrauch machen. Prominent ist insbesondere bei den Grünen und bei der SPD die Konzeption der Bürgerversicherung.⁴³ In die Finanzierung der Pflegeversicherung würden dabei die Versicherten der privaten Pflegeversicherungen einbezogen. Dadurch könnte die Gerechtigkeitslücke geschlossen werden, die darin besteht, dass die Pflegeprävalenz bei dieser Personengruppe niedriger ist als bei den in der GKV-Versicherten. Auch die Beitragssätze der besser Verdienenden würden einen, wenn schon nicht maßgeblichen, aber doch nicht zu leugnenden Beitrag zur Stabilisierung der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung leisten. Teile von den Grünen und der SPD unterstützen auch den Sockel-Spitze-Tausch.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung könnten auch dadurch erhöht werden, dass die Bemessungsgrundlage für die Pflegeversicherungsbeiträge durch den Einbezug anderer Einkunftsarten erweitert wird. Von der Böckler-Stiftung wurde nach dem Verd:i Vorstoß 2012 (Lüngen 2012) das Konzept einer (Pflege-)Vollversicherung berechnet und präsentiert (Rothgang/Domhoff 2019). Danach soll das gesamte Pflegerisiko abgesichert werden. Auf den ambulanten Bereich bezieht sich allerdings dieses Konzept nicht in vollständiger Weise. In der Debatte ist auch ein Steuerzuschuss zu den Leistungen der Pflegeversicherung, der inzwischen auch von der GKV gefordert wird.⁴⁴

Die DAK-Gesundheit hat als erste gesetzliche Krankenversicherung eigene Vorschläge zur Finanzierung der Pflegeversicherung über einen Steuerzuschuss erarbeitet. Sie sehen vor, dass, beginnend mit einem zehnpromzentigen Steuerzuschuss ab Jahr 2025, dieser bis zum Jahr 2045 auf bis zu 25 Prozent der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung steigt. Ein Steuerzuschuss soll u. a. dazu beitragen, die Zuzahlungen von Heimbewohner*innen zu reduzieren.

Vorschläge der DAK-Gesundheit

In der politischen Debatte um eine Strukturreform „Pflege und Teilhabe“ wird ein Nachteilsausgleich ins Gespräch gebracht, der ebenfalls steuerfinanziert wäre und entweder das Pflegegeld ersetzen soll oder zusätzlich zum Pflegegeld gezahlt würde (Klie 2019). Das Pflegegeld würde als eine dem Kindergeld vergleichbare Leistung ausgestaltet, die die Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen stärken und eine Art Nachteilsausgleich gewähren soll. Bei dem Pflegegeld handelt es sich nicht um eine typische Versicherungsleistung. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld unterläge zudem nicht den relativ komplexen Ausgleichsmechanismen

43 <https://www.gruene-bundestag.de/files/beschluesse/DoppeltePflegegarantie.pdf>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

44 www.tagesspiegel.de/politik/reformen-kommen-teuer-milliarden-defizit-in-der-pflegeversicherung/24082106.html; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

wie das Modell des Steuerzuschusses für die soziale Pflegeversicherung (Greß et.al. 2019). Es würde auch für Versicherte in Heimen gewährt werden und für den Eigenanteil eingesetzt werden können. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld würde die Pflegeversicherung entlasten und die Durchlässigkeit der Sektoren (ambulant, stationär, teilstationär) befördern, was allenthalben als unbedingt erforderlich angesehen wird, wenn es um ein effizientes Gesamtsystem gehen soll. Die sektoralen Logiken – hier ambulant, dort stationär – sind unter Effizienz Gesichtspunkten verfehlt (Schulz-Nieswandt 2019).

Die DAK-Gesundheit schlägt vor, dieses Pflegegeld innerhalb der sozialen Pflegeversicherung als versicherungsfremde Leistung auszugestalten. 25 Prozent der Leistungsausgaben könnten auf diese Weise durch Steuermittel finanziert werden.

Zu den Eckpunkten der schon 2013 vorgestellten und von den kommunalen Spitzenverbänden und 15 Bundesländern unterstützten Strukturreform (Hoberg et al. 2013) gehören eine Stärkung der Rolle der Kommunen und eine verbindliche Gewährleistungsregelung für die Sicherung einer ausreichenden Infrastruktur. Verbunden mit den Strukturreformvorschlägen ist der so genannte Sockel-Spitze-Tausch, der auch von der DAK-Gesundheit unterstützt wird. Er wird sowohl stationär als auch sektorenübergreifend gedacht. Gerade letzteres erscheint unbedingt erforderlich, wenn man die Desiderate in der häuslichen Pflege pflegepolitisch aufgreifen möchte.

Pflegepolitische Reformoptionen im Überblick:

1. Beitragssatzdynamisierung

Die aktuelle Bundesregierung ging bisher davon aus, dass eine moderate Beitragssatzdynamisierung dazu in der Lage ist, die künftigen, auf die Pflegeversicherung zukommenden Kosten zu tragen. Die zugrundeliegenden Modellrechnungen reflektieren allerdings nicht die zu erwartenden Leistungsausweitungen und Steigerungen der Kosten. Auch der demografische Faktor bleibt weithin außen vor. Auch wenn der weitergehende Reformbedarf inzwischen erkannt wurde, ist die offizielle Position der Bundesregierung die einer Beitragssatzdynamisierung.

2. Sockel-Spitze-Tausch

Besonders prominent ist der von Verbänden der Diakonie und der Caritas unterstützte Sockel-Spitze-Tausch, der einen verbindlichen Eigenanteil der Versicherten vorsieht und ansonsten eine bedarfsdeckende Leistung der Pflegeversicherung kennt. (Rothgang und Kalwitzki 2018; Schwinger et al. 2018).⁴⁵

⁴⁵ Vgl. zudem www.pro-pflegereform.de; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

3. Steuerzuschuss

Die Systemkonformität wäre, folgt man der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, eine wichtige Voraussetzung (Greß et al. 2019). Die DAK-Gesundheit spricht sich deshalb dafür aus, dass entsprechend der anteiligen Kosten für ein modifiziertes Pflegegeld 25 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss finanziert werden.

4. Pflegebürgerversicherung

Seit längerem wird eine Pflegebürgerversicherung als solidarische Pflegeversicherung diskutiert. Würden die privat Versicherten mit in die soziale Pflegeversicherung integriert, und damit die in der Beihilfe und der privaten Pflegeversicherung „besseren“ Risiken in den „Finanzierungstopf“ einbezogen, ließe sich die Finanzierung der Pflegeversicherung auf etwas „breitere“ Füße stellen. Dabei steht die Pflegebürgerversicherung als Teilleistungskonzept⁴⁶ im Vordergrund.

5. Vollversicherung

Bereits 2012 hat Ver.di eine Pflegevollversicherung im Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung ins Gespräch gebracht (Lüngen 2012). Der Vorschlag sieht eine vollständige solidarische Finanzierung der Pflegekosten vor. Alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, sollen von der Solidargemeinschaft übernommen werden – unter Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung. Lüngen ging bezogen auf das Basisjahr 2010 von einem Nettoeffekt von 7,4 Milliarden Euro Mehrausgaben aus – aus heutiger Sicht ein unrealistischer Betrag. Aktuell wurde die Pflegevollversicherung wieder von der Böckler Stiftung in die Diskussion gebracht und berechnet. (Rothgang und Domhoff 2019).

Die DAK-Gesundheit hat sich als erste große Krankenkasse aktiv an der Debatte um eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung beteiligt und ebenfalls einen Steuerzuschuss von zunächst 10 Prozent und später (im Jahr 2045) 25 Prozent ins Gespräch gebracht. Sie unterstützt die Überlegungen zum Sockel-Spitze-Tausch und liefert auch mit dem Pflegereport 2019 Materialien für eine differenziert zu führende Reformdebatte.

Modellrechnungen und Szenarien⁴⁷

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an dem skizzierten Diskurs um Reformen der Finanzierung der Pflegeversicherung und um Opti-

⁴⁶ <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/die-gruene-buergerversicherung-fuer-gesundheit>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

⁴⁷ Der Abschnitt beruht ganz wesentlich auf ersten Modellrechnungen von Rothgang und Kawitzki (2019), die diese für die DAK-Gesundheit im Rahmen des Pflegereportes 2019 vorgenommen haben.

onen ihrer Gestaltung mit eigenen Überlegungen und Modellrechnungen. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, hat am 29. Januar 2019 einen Diskussionsbeitrag zur solidarischen Ausrichtung der Pflegeversicherung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung veröffentlicht, den er als Impuls für eine Diskussion um eine grundlegende Pflegereform verstanden wissen wollte. Er griff die Ergebnisse des DAK-Pflegereportes 2018 auf und betonte die Notwendigkeit, Pflegebedürftige aus der „Fürsorgefalle“ herauszuführen, die wieder drohe. Storm sprach sich als erster Vertreter einer gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung für den Sockel-Spitze-Tausch aus und brachte einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss ins Gespräch.

Bundes- Der Vorschlag wurde inzwischen weiterentwickelt. Die DAK-Gesundheit schlägt in einem Diskussionspapier vom August 2019 einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von einer Milliarde Euro ab 2021 vor. Der Zuschuss soll sich zunächst um jeweils eine weitere Milliarde Euro p.a. erhöhen, bis im Jahre 2025 etwa fünf Milliarden Euro erreicht sind. Er würde dann ca. 10 Prozent der Jahresausgaben der sozialen Pflegeversicherung ausmachen. Der Steuerzuschuss würde danach – stufenweise bis zum Jahr 2045 – auf 25 Prozent der Leistungsausgaben angehoben. Der Eigenanteil müsste unter Beachtung der notwendigen Begrenzung des ergänzenden Fürsorgebezuges dynamisiert werden.

Modell- Die Vorschläge der DAK-Gesundheit, vor allem die modifizierten rechnerung und Szenarien von August 2019, beruhen auf Modellrechnungen, die von Rothgang und Kalwitzki vor dem Hintergrund gemeinsam mit dem Autor entwickelter konzeptioneller Vorstellungen über einen Sockel-Spitze-Tausch vorgenommen wurden (Rothgang und Kalwitzki 2019). Diese modellhaften Berechnungen beziehen sich auf verschiedene Szenarien. Sie sind notwendig, um sowohl die Kosten als auch die Finanzierungsfolgen abzuschätzen. Bei allen Szenarien wird davon ausgegangen, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen konstant bleiben; gleiches gilt für Inanspruchnahmeverhalten der Leistungsberechtigten. Zudem ist eine Reallohnsteigerung von 1 Prozent p.a. eingerechnet. Eine demografisch bedingte rückläufige Beschäftigung sowie ein jährlicher Anstieg der realen beitragspflichtigen Einkünfte pro Beitragszahler um 1 Prozent werden unterstellt. Die lohnindexierte Leistungsdynamisierung wird mit einer Reallohnsteigerung von 1 Prozent p.a. berechnet.

Das Basisszenario 1 sieht zusätzlich zum Status quo eine Ausgabensteigerung im stationären Bereich für eine Personalmehrung und höhere Entlohnung vor. Diese Mehrausgaben steigen linear auf 35 Prozent bis zum Jahr 2024 und werden sodann fortgeschrieben. Auf dieser Basis wird die potenzielle Beitragssatzentwicklung und die Entwicklung des EEE in der stationären Pflege berechnet (vgl. zu den Eigenschaften der Szenarien auch Tabelle 16).

Das Basisszenario 2 geht zusätzlich von einem Beitragssatzanstieg um 0,5 Beitragssatzpunkte aus. Dabei können die zusätzlichen Einnahmen entweder für den stationären (2b) oder anteilig für den ambulanten und stationären Bereich (2a) verwendet werden. Auch hier werden die Beitragssatzentwicklung und die Entwicklung des EEE in der stationären Pflege in den Blick genommen.

Während die skizzierten Basisszenarien die Entwicklungen in den Blick nehmen, die sich ohne grundlegende Reformen abzeichnen, sehen die Reformszenarien von der DAK-Gesundheit diskutierte Reformschritte vor.

Das Reformszenario 1 geht von einem Sockel-Spitze-Tausch im stationären Sektor aus. Alle Ausgaben oberhalb des derzeitigen Sockels von 662 Euro im Durchschnitt würden beitragswirksam von der Sozialversicherung übernommen. Ab 2024 würde ein Steuerzuschuss eingeführt werden, der von 10 Prozent im Jahr 2024 auf 25 Prozent im Jahr 2045 ansteigen würde.

Im Reformszenario 2 wird der Sockel von 662 Euro auf 450 Euro abgesenkt.

Tabelle 16: Status quo, Basis- und Reformszenarien: Vorgehen

	Demographie & lohnindexierte Leistungsdynamis.	Bessere Arbeitsbedingungen im Heim	Steuerzuschuss im System des Sockel-Spitze Tauschs	Sockel-Spitze-Tausch	Beitragssatzanpassung zur Leistungsverbesserung	
					nur stationär	ambulant & stationär
Status quo	X					
Basis-szenario 1	X	X				
Basis-szenario 2a	X	X				X
Basis-szenario 2b	X	X			X	
Reform-szenario 1	X	X	X	X		
Reform-szenario 2	X	X	X	X		

Quelle: Rothgang und Kalwitzki 2019.

Status quo und Basisszenarien

- Basis-szenario 1** Im *Status quo* und im Basisszenario 1 bleibt der Anstieg des Beitragssatzes noch auf unter 4,3 Beitragssatzpunkten im Jahr 2045 begrenzt. Im Status quo wird dadurch „erkauft“, dass auf eine verbesserte Entlohnung und eine bessere Personalausstattung von Heimen verzichtet wird – ein angesichts des Handlungsbedarfes aufgrund des Pflegenotstands nicht vermittelbarer Weg. Im Basisszenario 1 werden hingegen eine verbesserte Personalausstattung und eine verbesserte Entlohnung umgesetzt. Ohne weitere Einnahmequellen würde dies ausschließlich durch die Pflegebedürftigen selbst finanziert, deren durchschnittlicher Eigenanteil sich bis 2045 auf monatlich knapp 1.900 Euro verdreifachen würde – in heutigen Preisen. Auch dieser Weg erscheint nicht gangbar.
- Basis-szenario 2** Im *Basisszenario 2* wird eine weitere Beitragssatzanhebung um 0,5 Beitragssatzpunkte unterstellt. Damit erreicht der Beitragssatz eine kritische Größenordnung und liegt am Ende des Betrachtungszeitraums um mehr als zwei Drittel über dem heute bedarfsnotwendigen Beitragssatz. Werden die Zusatzeinnahmen anteilig auf alle Pflegebedürftigen verteilt (Szenario 2a), „verpufft“ der entlastende Effekt im stationären Bereich und der EEE steigt auf durchschnittlich mehr als 1.600 Euro im Monat. Selbst wenn die Mehreinnahmen ausschließlich für Leistungssatzsteigerungen im stationären Sektor verwendet würden (Szenario 2b), stiege der EEE bis 2045 um real 80 Prozent. Die Basisszenarien machen deutlich: Ohne Steuerzuschuss lässt sich eine große Pflegereform nicht finanzieren.

Die Reformszenarien

- Reform-szenario 1** *Reformszenario 1*: Bis 2045 würde der Steuerzuschuss mit den von der DAK-Gesundheit vorgeschlagenen Beträgen auf gut 18 Milliarden Euro anwachsen. Mithilfe eines Sockel-Spitze-Tausches mit einem Sockel von monatlich 662 Euro könnte der Beitragssatz im Reformszenario 1 auf knapp 3,9 Beitragssatzpunkten gehalten werden. Gleichzeitig würde der Eigenanteil im stationären Bereich nur entsprechend den Lohnsteigerungen und damit tendenziell auch den Renten wachsen. Das Reformszenario 2 führt durch den niedrigeren Startwert für den Sockel zu einem um knapp 0,2 Beitragssatzpunkte höheren Beitragssatz im Jahre 2045 und einem entsprechend niedrigeren Sockel.

Tabelle 17: Status quo, Basis- und Reformszenarien: Ergebnis der ersten Modellberechnungen

	Steuerzuschuss In Mrd. Euro (2045)	Ausgabendeckender Beitragssatz (2045) + als Index (2018 = 100)		Eigenanteil für Pflegekosten (EEE bzw. Sockel) (2045) + als Index (2018 = 100)	
		in %	Index (2018 = 100)	In Euro	Index (2018 = 100)
Status quo	–	4,27	152	662	100
Basis-szenario 1	–	4,27	152	1.895	286
Basis-szenario 2a	–	4,77	170	1.664	251
Basis-szenario 2b	–	4,77	170	1.191	180
Reform-szenario 1	18,3	3,89	139	866	131
Reform-szenario 2	18,3	4,08	139	589	131

Quelle: Rothgang und Kalwitzki 2019.

Der Vorschlag der DAK-Gesundheit gibt durch die Basis- und Reformszenarien wichtige Impulse für die Reformdiskussion, stellt Varianten einander gegenüber und fundiert sie mit ersten vorläufigen Modellrechnungen. Diese Impulse sollten, so die DAK-Gesundheit, in einer Pflegereformkommission weiter beraten werden, die die verschiedenen Reformvorschläge prüfen und Empfehlungen erarbeiten sollte. Die Weichen für eine grundlegende Finanzierungsreform der Pflegeversicherung könnten bereits in der zweiten Hälfte der laufenden Legislaturperiode oder spätestens in der Koalitionsvereinbarung nach der nächstens Bundestagswahl gestellt werden. Die unterschiedlichen Diskurs- und Diskussionsstränge um eine Reform der Pflegeversicherung gilt es zusammenzuführen.

Diskurse

Alle Reformvorschläge werden von offenen Fragen begleitet. Die immer wieder thematisierte Beitragssatzerhöhung für die Pflegeversicherung ist angesichts der zu erwartenden Beitragssatzerhöhung in anderen Sozialversicherungszweigen wenig attraktiv und bietet nur einen begrenzten politischen Handlungsrahmen.

Offene Fragen

Alternativ wird die Verlagerung von Leistungen und Kosten aus der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. Dies gilt insbesondere für die Thematik der Behandlungspflege, die bislang im stationären Bereich den Pflegeheimen und damit der Sozialhilfe auferlegt war. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde ein erster Schritt zur anteiligen Finanzierung der behandlungspflegerischen Kosten in Heimen durch die gesetzliche Krankenversicherung unternommen. Er ist allerdings unvollständig. Auch bezieht er nicht die nach dem Pflegeberufegesetz vorgesehenen und normierten Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege in die Leistung ein, wie das vielfältig gefordert wurde (Hoberg et al. 2013). Dass durch einen Ausbau der GKV-finanzierten häuslichen Krankenpflege wirksame Einsparungen im Bereich der Krankenhauskosten erzielt werden können, wird durch die DAK-Pflegereporte 2017 und 2018 belegt (Klie 2017). Dies wird in der Debatte bislang jedoch nur randständig reflektiert und Kosteneffekte wurden noch nicht berechnet.

Steuerzuschuss? Die Forderung nach einem Steuerzuschuss wirft systemische und verfassungsrechtliche Fragen auf. In der Sozialversicherung sind Steuerzuschüsse systemfremd, wenn nicht versicherungsfremde Leistungen mitfinanziert werden. Deshalb bietet sich der Vorschlag an, das Pflegegeld, das an sich keine typische Versicherungsleistung ist, in die Steuerfinanzierung zu überführen (Klie 2019). Problematisch ist überdies, dass Steuerzuschüsse politisch unsicher sind und sich nach der jeweiligen Haushaltslage richten. Ein Nachteilsausgleich, entweder im Einkommenssteuerrecht oder im Sozialgesetzbuch (SGB) IX geregelt, hätte den Vorteil, dass er nicht so leicht verfügbar wäre und fiskalischen Krisensituationen „geopfert“ werden könnte.

Unterschiedliche Entgelt-niveaus als Problem Ein großes Problem für alle Reformüberlegungen stellen die höchst unterschiedlichen Entgelt-niveaus in den Bundesländern dar, sowohl was die Pflegeheimentgelte anbelangt als auch was die Entgelte für ambulante Dienste betrifft. Die Wirkungen besserer Finanzausstattungen würden die Bundesländer unterschiedlich treffen. Diskutiert wird, analog der im Krankenhausbereich bekannten Landesbasisfallwerte eine Konvergenzphase für Einrichtungen der Langzeitpflege einzuführen. Nur mit solchen flankierenden Maßnahmen ließen sich begrenzte einrichtungsbezogene Eigenanteile mit den erwünschten Steuerungseffekten verbinden. Andernfalls könnten sie unerwünschte Wirkungen provozieren: Teure Heime würden profitieren, günstige nicht. Beim Sockel-Spitze-Tausch für den ambulanten Bereich wären Leistungsausweitungen zu erwarten und zu befürchten, gegebenenfalls verbunden mit Moral Hazard-Effekten. Angesichts der Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich ließen sich diese allerdings durch entsprechende Care- und Case-Management-Strukturen vor Ort steuern und auffangen.

Handlungsbedarf ist gegeben, auch und gerade nach 25 Jahren Pflegeversicherung. Wie die Finanzierungsfragen in eine pflegepol-

titische Agenda aufgenommen werden, ist derzeit völlig offen. Zu erwarten wäre, dass zunächst eine Absenkung des einrichtungseinheitlichen Eigenbetrages (EEE) mithilfe eines Fixbetrages erfolgt. Das würde allerdings eine Konvergenz der Pflegesätze voraussetzen. Diese könnte über ein einheitliches Personalbedarfsbemessungssystem, entwickelt gemäß § 113c SGB XI, befördert werden. In einem zweiten Schritt könnte ein Fixbetrag von Zuzahlungen auf alle Sektoren ausgedehnt werden und dies im Wege des so genannten Sockel-Spitze-Tausch-Modells. Dies würde bedeuten, dass auch im ambulanten Bereich ein Eigenanteil verlangt wird. Schätzwerten zufolge beläuft sich der Eigenanteil, den Pflegehaushalte derzeit für die Pflege aufwenden, auf durchschnittlich 150 Euro (Rothgang und Kalwitzki 2018), so es um den Zukauf von ambulanten Leistungen geht.

Ein sich auf alle Sektoren beziehendes neues Sockel-Spitze-Tausch-Modell ist Voraussetzung für die notwendige Durchlässigkeit der Sektoren ambulant, teilstationär, stationär. Diese Durchlässigkeit wiederum ist Voraussetzung für ein flexibles Leistungserbringungsrecht, das Module, Zeitvergütung, aber auch Sachleistungs- und persönliche Budgets kennt. Die Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts wäre notwendigerweise mit einer Steuerung über Care und Case Management und mit Ansätzen subjektorientierter Qualitätssicherung verbunden (Klie und Büscher 2019).

Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts

Die Herausforderungen der Sicherung der Pflege verlangen ein effizientes Gesamtsystem, wie dies etwa durch das von der DAK-Gesundheit in die Diskussion gebrachte Konzept der regionalen Pflegekompetenzzentren als Care und Case-Management-Organisationen vorsieht (Klie und Monzer 2018). Ein durchlässiges Gesamtsystem benötigt zudem andere Formen der Ausgestaltung von Rechtsansprüchen auf Leistung der Pflegeversicherung sowie andere Rahmenbedingungen der Leistungserbringung, auch und gerade Module, Zeitvergütung, Sachleistungsbudgets und persönliche Budgets (Klie 2019). Eine allein tätigkeits- oder modulbezogene Abrechnung von Pflegeleistungen ist ebenso wenig effizient wie die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär. Konzepte wie das Walzbachtaler Modell (Kendel 2016; Klie 2018) oder Buurtzorg (Gray et al. 2015) weisen den Weg: Pflegedienste, aber auch stationäre Einrichtungen sollten dafür belohnt werden, dass sie einen Beitrag zur Sicherung von Pflegearrangements insgesamt leisten und sich nicht auf letztlich taylorisierte Leistungserbringungsformen verwiesen sehen.

Pflegekompetenzzentrum

Wohlfahrtspluralistische Ansätze, wie sie auch vom Siebten Altenbericht der Bundesregierung präferiert werden, erscheinen angesichts der Ressourcenknappheit, insbesondere auch auf dem Personalsektor, als die einzig tragfähige Lösung. In ambulant betreuten Wohngemeinschaften werden sie am ehesten experimentiert (Klie et al. 2017). In genossenschaftlich getragenen Versorgungskonzepten und Betriebsformen liegt darüber hinaus eine bedeutsame

Wohlfahrtspluralistische Ansätze

Perspektive für die Weiterentwicklung eines auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Systems in der Langzeitpflege. Nach 25 Jahren Pflegeversicherung ist die Debatte über die Zukunft der Finanzierung der Pflege, aber auch über ihre Ausgestaltung, notwendig. Die Modellrechnungen von Rothgang et al., die im Folgenden dargelegt werden, zeigen: Wenn man sich nicht mit der Finanzierung der Pflegeversicherung befasst, wird das System mittelfristig nicht mehr den Sicherheitsbeitrag leisten, der von ihm erwartet wurde, als die Pflegeversicherung 1994 eingeführt wurde. Dass eine Strukturreform der Pflegeversicherung unabweisbar ist und eine solche auch durch die Pflegestärkungsgesetze keineswegs als abgeschlossen gelten kann, wurde in dem Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ ausführlich dargelegt (Hoberg et al. 2013). Nun gilt es beides zusammenzuführen: Finanz- und Strukturreform. Damit ist eine mögliche Agenda für die Pflegereform der nächsten Jahre skizziert.

Ausblick

- Finanzierungsreform erwünscht** Die Politik würde den Erwartungen in der Bevölkerung im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die in der Bevölkerungsbefragung des DAK-Pflegereports 2019 recht differenziert zum Ausdruck kommen (s. Beitrag Haumann), nicht gerecht, würde sie eine Finanzierungsreform der Pflegeversicherung vertagen. Ein Großteil der Bürger*innen befürwortet eine grundlegende Finanzreform der Pflegeversicherung, auch wenn die Bereitschaft zu höheren Sozialversicherungsbeiträgen – erwartbar – nicht besonders ausgeprägt ist. Dabei wird das mit dem allgemeinen „Lebensrisiko Pflege“ verbundene Armutrisiko von der Mehrheit der Bevölkerung als großes Problem gesehen.
- Gendergerechtigkeit** Allerdings besteht aus Sicht der Bürger*innen nicht nur im Bereich der stationären Pflege pflegepolitischer Reformbedarf: Auch im ambulanten Bereich wird mit Blick auf die vielfältigen Belastungen von Angehörigen aufgrund von Pflegeaufgaben Handlungsbedarf gesehen. Dieser wird sich in Zukunft noch deutlicher mit zu erwartenden Fragen der Gendergerechtigkeit zu konfrontieren haben.
- Erhebliche Effizienzreserven** Die SPV-Routinedaten-Analyse, die sich in 2019 auf die Dynamik der Ausgabenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung bezog, zeichnet die Ausgabenentwicklung nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach und unterstreicht die unterschiedlichen Kosten und Entgelt-niveaus zwischen den Bundesländern und auf der Ebene der Regionen (s. Beitrag Lewin et al.). Die Ergebnisse machen deutlich: Will man ein neues Finanzierungssystem in der Pflegeversicherung einführen, so besteht einiger Handlungsbedarf im Zusammenhang mit der Finanzierung von Einrichtungen und Diensten. Nur unter diesen Vorzeichen macht eine Umstellung der Finanzierung Sinn. Wie notwendig eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise von Leistungen und Ausgaben in der GKV und SPV sind, wird erkennbar, wenn man die Ergebnisse der letzten DAK-

Pflegereporte heranzieht. Hier bestehen erhebliche Effizienzreserven – allerdings nur bei einer sektorenübergreifenden Betrachtung.

Die Analyse der Sozialhilfedaten (s. Beitrag Rischard und Klie) lässt erkennen, dass ohne Reformen die Sozialhilfeausgaben wieder deutlich steigen werden. Gerade diese lassen den politischen Handlungsdruck erwarten, der in den nächsten Monaten oder Jahren entstehen wird – er wird durch den Kabinettsbeschluss zum Angehörigen-Entlastungsgesetz und der Initiative von Arbeits- und Sozialminister Heil forciert. Dass von den Pflegebedürftigen selbst und ihren An- und Zugehörigen kein politischer Druck und kaum politische Forderungen in Richtung der Pflegepolitik adressiert werden, machen die Fallanalysen deutlich (s. Beitrag Moeller-Bruker et al.). Sie zeigen auf, wie eng die Handlungsspielräume der Betroffenen sind.

Deutlicher Anstieg der Sozialhilfeausgaben erwartet

Bei einer Zusammenschau von politischen Reforminitiativen, Kostendynamiken, politischer Relevanz des Pflegealthemas und einer interessanten Akteurskonstellation, bestehend aus Wissenschaft, Verbänden reformorientierter Einrichtungsträger, Politik und Kostenträgern unterschiedlicher Zuständigkeit, könnte man aktuell so etwas wie ein Opportunitätsfenster für eine breit angelegte Reformdebatte sehen. In diesem Zusammenhang bietet sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) unabhängig von der regierungsseitigen und parlamentarischen Diskussion um die Reformoptionen der Pflegeversicherung als Plattform für entsprechende Debatten an (Schulz-Nieswandt 2019).

Pflegeversicherungsreform: Plattform KDA

Dabei bleibt der vom KDA angestoßene Diskurs nicht bei Fragen der Finanzierung stehen, sondern greift Fragen einer wohnortunabhängigen Finanzierung von Versorgungsleistungen ebenso auf wie die einer personenzentrierten und hoch individualisierten Bedarfsermittlung. Das erscheint auch – wie dargelegt – unabdingbar. Ob nun Pflegereformkommission oder bzw. und KDA-Plattform: Die Diskussion um die Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung ist aufs Neue eröffnet und erweitert zugleich. Der Pflegereport 2019 der DAK-Gesundheit leistet dazu seinen eigenen Beitrag und will explizit Impulse für die Pflegereformdiskussion bieten. Die vorlegten Analysen und Zahlen unterstreichen den Handlungsbedarf, die Modellrechnungen die politische Brisanz.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).

- Gray, Bradford; Sarnak, Dana; Burgers, Jako (2015): Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands, zuletzt geprüft am 21.08.2018.
- Greß, Stefan; Haun, Dietmar; Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer-Verlag, S. 241–254.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe. Kurzfassung. Hg. v. AGP Sozialforschung. Freiburg.
- Kendel, André (2016): Das Walzbachtaler Modell – Ambulante „Rund-im-die-Uhr-Betreuung“ im Landkreis Karlsruhe. In: *Case Management* (3), S. 139–141.
- Klie, Thomas: Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße, S. 3–30.
- Klie, Thomas (2014): Caring Community. In: *Lebenswelt Heim* 17 (64), S. 34–37.
- Klie, Thomas (2017): DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (2018): Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case-Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege. In: *Case Management* 15 (2), S. 79–89.
- Klie, Thomas (2019): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: *Nachrichtendienst Deutscher Verein* 99 (3), S. 114–119.
- Klie, Thomas; Heislbetz, Claus; Schuhmacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine (2017): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hg. v.

- AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V. Berlin.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas; Schmidt, Roland (Hg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstützungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Verlag Hans Huber.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege –Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=7e4cf65e-77a2-4401-8a71-ee336a34f15c&groupId=232125, zuletzt geprüft am 10.05.2016.
- Petermann, Arne; Ebbing, Tobias; Paul, Michael (2017): Das Tätigkeitsprofil von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft. Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland. Saarbrücken.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung; Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2018): Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* (6), S. 6–12.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): Modellrechnungen zur Reform der Pflegeversicherung für die DAK-Gesundheit. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019): Reform SBG XI: Zeit für die großen Fragen. In: *Pro Alter* (2), S. 26–27.
- Schwinger, Antje; Kalwitzki, Thomas; Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* (6), S. 13–22.