

23/2019

PROGRESSIVE PFLEGEPOLITIK

Finanzierung, Beratung,
Prävention, Personal

AUF EINEN BLICK

Das familienbasierte Pflegesystem mit einer Zuschuss-Versicherung stößt an seine Grenzen. Nötig sind eine Begrenzung der finanziellen Belastung für Pflegebedürftige und Angehörige, die Stärkung von Beratung, Begleitung und Prävention sowie eine rechtssichere Regelung der Betreuungssituationen in privaten Haushalten.

HERAUSFORDERUNGEN

In der deutschen Pflegepolitik hat sich in den vergangenen Jahren viel getan. Insbesondere die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) und mit diesen die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes haben dazu geführt, dass ein größerer Personenkreis Leistungen erhält und diese auch flexibler eingesetzt werden können. Den Verbesserungen folgten deutliche Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Diese Beitragssteigerungen waren jedoch kaum umstritten, was durchaus als Indiz dafür gesehen werden kann, dass die Weiterentwicklung der Pflegeversorgung inzwischen als herausragend wichtiges Thema in dieser Gesellschaft gewertet wird.

Reformen an einem komplexen System führen nicht selten zu neuen Herausforderungen. So wurden bei der vollstationären Pflege pauschalierte Leistungsbeträge festgesetzt, die sich sehr unterschiedlich – je nach Pflegegrad – auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen auswirken. Während die Belastung in niedrigeren Pflegegraden angestiegen ist, hat die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils in der vollstationären Pflege den von den Pflegebedürftigen hierfür zu zahlenden Anteil bei höheren Pflegegraden reduziert und sie damit entlastet.

In den stationären Pflegeeinrichtungen nehmen dadurch die Zahl der schwer pflegebedürftigen Personen und die damit verbundenen Anforderungen an die Pflegekräfte erheblich zu.

Es war deshalb konsequent, die Pflegebranche zu einer wissenschaftlich fundierten Personalbemessung und in der Folge auch zur entsprechenden Personalisierung zu verpflichten.¹ Gleiches gilt für die verpflichtende Anerkennung von Tariflöhnen bei der Bepreisung der Pflegeleistungen. Dem folgten die Vereinbarungen in der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) bezüglich der Realisierung flächendeckender Pflege-Tariflöhne.²

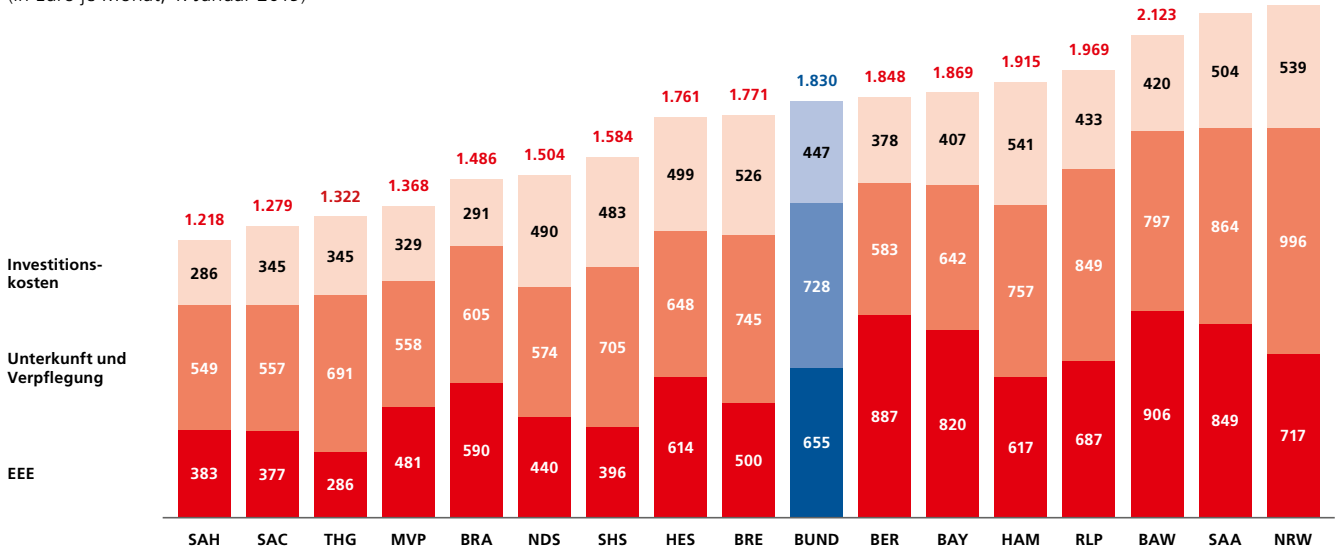
Dies alles sind notwendige Verbesserungen. Allerdings führen ein besserer Personalschlüssel, die angestrebte bessere Bezahlung der Pflegekräfte sowie der höhere Anteil von schwer Pflegebedürftigen in den Heimen auch weiterhin zu einem erheblichen Anstieg der insgesamt zu zahlenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen.

Hinzu kommt, dass die öffentliche Hand ihrer Verantwortung bei der Finanzierung der Ausbildungskapazitäten und der Infrastruktur nicht ausreichend gerecht wird.

Für die pflegebedingten Leistungen, die Unterkunft und Verpflegung, die Investitions- und Ausbildungskosten müssen die Pflegebedürftigen oder die Sozialhilfeträger einen durchschnittlichen monatlichen Eigenanteil von 1.218 Euro in Sachsen-Anhalt und 2.252 Euro in Nordrhein-Westfalen zahlen (siehe Abbildung 1).³ Die finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, aber auch zunehmend der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger, macht immer deutlicher, dass die Pflegeversicherung in der Realität keine echte Risikoabsicherung darstellt. Sie ist in der Praxis lediglich eine gesetzliche Zuschussregelung für Pflegeleistungen.

>

Abbildung 1
Finanzielle Belastung* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege
 (in Euro je Monat, 1. Januar 2019)



Quelle: vdek. * Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten
 EEE – Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegegrade 2 bis 5).

BAUSTEINE EINER PROGRESSIVEN PFLEGE-POLITIK

Finanzierung gerecht organisieren

Auf Initiative Hamburgs und weiterer Bundesländer beschäftigte sich der Bundesrat 2018/19 mit einer gesetzlichen Regelung zur Deckelung des Eigenanteils der Pflegebedürftigen. Der SPD-Parteivorstand beschloss dieselbe ebenso wie die SPD-Bundestagsfraktion und die Grünen. Gleiches gilt für einige Kranken- und Pflegekassen sowie Sozial- und Wohlfahrtsverbände. Auch DGB-Gewerkschaften und andere positionierten sich in gleicher Weise. Aus der Wissenschaft wird die Forderung nach einer Deckelung der Eigenanteile oder einer vollständigen Übernahme der pflegebedingten Kosten lauter (Rothgang/Domhoff 2019).

Ziel der nächsten Reform der SPV muss sein, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen, mit dem Ziel, pflegebedingte Kosten nach individuellem Bedarf und feststehenden Regeln vollständig von der Versicherung zu übernehmen.

Die Pflegebedürftigen zahlen dann nur noch einen gesetzlich festgelegten Eigenanteil für Unterkunft und Verpflegung in Höhe der tatsächlichen häuslichen Ersparnisse. Zu den Unterkunftskosten gehören nicht die investiven Aufwendungen für die Infrastruktur der Einrichtungen, wie z. B. für die Gemeinschafts-, Therapie-, Versorgungs- und Freizeiträume. Gleiches gilt für die Investitionen, die für die Mobilitätsausstattung der Einrichtungen und des dort tätigen Personals erforderlich sind. Diese investiven Aufwendungen sind der allgemeinen Daseinsvorsorge zuzurechnen und deshalb gem. § 9 SGB XI aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Investitionsbedarfe in der ambulanten und teilstationären Pflege gelten ebenfalls als für die Versorgung erforderliche Infrastrukturausstattung und dürfen nicht den Pflegebedürftigen zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

Die Sicherung einer bedarfsgerechten, längerfristig stabilen und sozial gerecht finanzierten SPV sollte mittels Zusammenführung der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung (PPV) und der Verbeitragung weiterer Einkünfte (z. B. Kapitalerträge) herbeigeführt werden. Diese Pflege-Bürgerversicherung versichert alle Bürger_innen.

Die SPV und die PPV haben schon heute die gleichen Leistungen, Zugänge sowie Versorgungs- und Qualitätsstandards. Die PPV hat jedoch eine niedrigere Risikostruktur ihrer Versicherten und daraus folgend hohe Rücklagen, bei in der Regel sogar niedrigeren Beitragsleistungen der Versicherten.⁴ Es geht nicht darum, den Privatversicherten ihre gebildeten Rücklagen zu entziehen. Mit der Zusammenführung beider „Versicherungssysteme“ in eine Pflege-Bürgerversicherung wird die Solidarität gestärkt. Der größere Versichertenkreis und die Risikomischung ermöglichen für alle Beitragszahler_innen eine deutliche finanzielle Entlastung.

Die Verantwortung des Staats einfordern

Mehr öffentliche Verantwortung mit verbindlichen und einklagbaren Finanzierungspflichten zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflege- und Versorgungsinfrastruktur sollte gesetzlich fixiert werden. Hierzu bedarf es u. a. der Neufassung des § 9 SGB XI mit verbindlicher Steuerfinanzierung der pflege- und versorgungsrelevanten Infrastruktur und der betrieblichen Ausbildungskosten durch den Bund. Die Finanzierung der schulischen Ausbildung bleibt Sache der Länder.

Zur öffentlichen Verantwortung gehört auch die nachhaltige Absicherung einer eigenständigen Altersversorgung für pflegende Angehörige und die Schaffung von Bedingungen, welche die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit ohne Einbußen absichern.

Länder und kommunale Gebietskörperschaften in die Pflicht nehmen

Die **gesetzliche Verpflichtung der Länder** zur Sicherstellung und Durchsetzung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung u. a. mittels „pro-aktiver Rechtsaufsicht“, etwa durch Ersatzvornahmen bei der Nichteinlösung von Rechtsansprüchen der Versicherten, sollte neu gefasst werden. Dies gilt insbesondere für die Sicherstellung und Gewährung mobiler bzw. ambulanter Rehabilitationsleistungen, von Angeboten der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege, der Prävention und der Rehabilitation.

Auch die **gesetzliche Verpflichtung der kommunalen Gebietskörperschaften** zur Planung und Realisierung einer pflegerelevanten und auch pflegebedürftigkeitsvermeidenden Versorgungsinfrastruktur, wie z. B. Präventionsangebote für alle Risikogruppen, die Vorhaltung von Angeboten altersgerechten Wohnens, die Sicherung der Mobilität für alle, bedarf der gesetzlichen Konkretisierung mit ausreichender kommunaler Finanzausstattung.

Dies gilt in erster Linie für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeberatungsinfrastruktur gem. den §§ 7a und 7c, § 12, Abs. 1 und 2 SGB XI sowie § 4, Abs. 1 SGB XII. Damit alle gesundheits-, pflege- und versorgungsrelevanten Verantwortungsträger gemeinsam regional und bedarfsadäquat Versorgung gestalten und gewähren sowie den Rechtsanspruch auf Beratung und Begleitung der Hilfesuchenden sichern können, bedarf es der gesetzlichen Etablierung einer Zusammenarbeitspflicht der Kranken- und Pflegekassen mit den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern.

Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation nutzen

Prävention und Rehabilitation sind Instrumente, um Pflegebedürftigkeit zu mildern oder sogar ganz zu vermeiden. Im Koalitionsvertrag finden sich gute Ansätze, die auf ihre Realisierung warten.

So findet sich der Vorschlag, einen präventiven Hausbesuch bei Altershaushalten aus Mitteln des Präventionsgesetzes zu finanzieren. Dieser Vorschlag sollte im Präventionsgesetz mit dem Ziel konkretisiert werden, präventive Hausbesuche verpflichtend und flächendeckend einzuführen und von professionellen Präventionsfachkräften durchführen zu lassen.

Auch die GKV-finanzierten Rechtsansprüche auf Präventions- und Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftigkeitsgefährdete Versicherte bedürfen einer Konkretisierung in der Leistungsgewährung. Im SGB V sollte geregelt werden, dass diese Leistungen für Betroffene und pflegende Angehörige direkt vom Haus- oder Facharzt verordnet werden können und nicht mehr bei den leistungsverpflichteten Krankenkassen beantragt und durch sie genehmigt werden müssen.

Rechtsanspruch auf Pflegeberatung durchsetzen – Versorgungsmanagement sicherstellen

Die gesetzlichen Pflege- und Versorgungsleistungen und das komplexer werdende Versorgungsangebot in Gesund-

heit und Pflege sowie etwa die steigende Zahl allein lebender Hilfebedürftiger fordern eine bedarfsgerechte professionelle Beratung und Begleitung der Hilfesuchenden. Nur mit einem tatsächlich realisierten Rechtsanspruch auf Care- und Case Management können die komplexen Versorgungsbedarfe für alle pflegebedürftigen und multimorbiden Menschen sachgerecht, passgenau und rechtzeitig sichergestellt werden. Dazu müssen auch die aktuellen und zukünftigen Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden.

Die verpflichtende Durchsetzung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung gem. §§ 7a, 7c und 12, Abs. 1 und 2 SGB XI sowie § 4 Abs. 1 SGB XII sollte deshalb neu geregelt werden. Die Beratung sollte auf kommunaler bzw. regionaler Ebene in Trägerschaft einer kommunalen Gebietskörperschaft und mittels gesetzlich verpflichtender Kooperation mit den Kranken- und Pflegekassen sowie den überörtlichen Sozialhilfeträgern erfolgen.

Jede längerfristige Leistungsgewährung sollte zukünftig immer mit einer nachhaltigen Pflegeberatung (Case- und Care Management) verbunden sein. Der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung beinhaltet dann auch einen Anspruch auf unabhängige Hilfsmittel-, AAL-, Wohn- und Präventionsberatung. Pflegestützpunkte müssen dementsprechend bedarfsgerecht mit entsprechend qualifizierten Beratungsprofis ausgestattet sein (Kirchen-Peters 2016).

Beratung im Pflegestützpunkt sollte zukünftig immer auch das umfassende Versorgungsmanagement für multimorbide und chronisch kranke Menschen beinhalten. Sie kooperiert dabei mit dem Versorgungsmanagement der Kliniken sowie den einschlägigen Beratungsdiensten für Menschen mit Behinderungen gem. SGB IX – Bundesteilhabegesetz.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat zukünftig neben der Feststellung des jeweiligen Pflegegrads, gemeinsam mit der gesetzlichen Pflegeberatung, einen bedarfsgerechten Versorgungsplan zu erstellen. Dieser wird von der gesetzlichen Pflegeberatung in Abstimmung mit den Betroffenen fortgeschrieben.

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Sozial- und Eingliederungshilfe-Leistungsträger haben dieser Versorgungsplanung bei ihren Leistungsbewilligungen zu folgen. Gleiches gilt für die Umsetzung vorgeschlagener Anpassungsplanungen.

Personal gewinnen, halten und qualifizieren

Gute Pflege hängt entscheidend von der Zahl und Qualifikation der Pflegefachpersonen ab. Bereits 2015 wurde mit dem PSG II der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis zum 30. Juni 2020 erteilt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse müssen noch in dieser Legislaturperiode des Bundestags in eine verbindliche Personalvorgabe umgesetzt werden.

Damit spätestens dann entsprechendes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht, müssen jetzt die Aus- und Weiterbildungskapazitäten erheblich erweitert

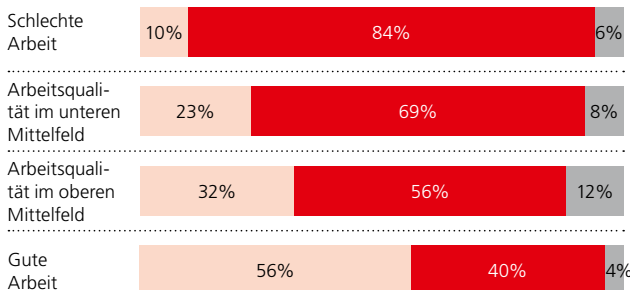
und eine nachhaltige Werbung für den pflegenden Beruf auf den Weg gebracht werden. Ein wichtiger Schritt muss sein, dass die große Zahl ausgebildeter Fachkräfte⁵ länger und mehr Stunden als bisher im erlernten Beruf arbeiten. Um das zu erreichen, sind die Einkommens- und Arbeitsbedingungen deutlich zu verbessern und Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu fördern.

Mit wertschätzender Führung, einer angemessenen Personalausstattung, guten Arbeitsbedingungen und qualifizierterer Ausbildung, betrieblicher Gesundheitsförderung sowie dem Eingehen auf individuelle Bedürfnisse von Beschäftigten können mehr Fachkräfte gewonnen und gehalten werden (siehe auch KAP-Vereinbarung). Einrichtungen mit guten Arbeitsbedingungen haben in der Regel einen niedrigeren Krankenstand und geringeren Personalwechsel.

Abbildung 2
Zukünftige Arbeitsfähigkeit und Qualität der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich insgesamt – der Zusammenhang*

„Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben können?“

- Ja, wahrscheinlich
- Nein, wahrscheinlich nicht
- Weiß nicht



* Bei guter Arbeit können sich 56 % der Beschäftigten im Pflegebereich vorstellen, bis zur Rente zu arbeiten. Bei schlechter Arbeit sind es gerade noch 10%.
 Quelle: Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege – Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, September 2018.

Deshalb ist es wichtig, die Einhaltung aller Arbeitnehmerschutzrechte und die Tarifbindung zur Voraussetzung für die Versorgungsverträge der Pflege- und Krankenkassen sowie der Sozialhilfeträger mit den Pflegeeinrichtungen zu machen. Damit wird auch die Bildung von tariffähigen Arbeitgeberverbänden gefördert. Seriöse Pflegeanbieter werden gestärkt und die Interessenvertretung der Beschäftigten durch Gewerkschaften unterstützt.

Vor allem in der ambulanten Pflege sollte es allen Beschäftigten ermöglicht werden, eine Vollzeitarbeitsstelle zu erhalten, wenn sie dies möchten. Heute arbeiten dort drei Viertel der Fachkräfte in Teilzeit. Rund 20 Prozent der Pflegefachpersonen – in den neuen Bundesländern sogar annähernd 50 Prozent – beklagen, dass ihnen keine Vollzeitstelle angeboten wird (IAB 2015).

Häusliche Betreuung transparent und rechtssicher gestalten

Die meisten Pflegebedürftigen wollen so lange wie möglich zu Hause leben. Ambulante Pflegedienste verrichten dort in der Regel eine fachlich gute Behandlungspflege. Doch schon bei der Grundpflege sowie der Unterstützung beim Einkauf, in der Haushaltsführung, bei der Sicherung der Mobilität und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mangelt es an geeigneter Unterstützung. Tagesbetreuung ist selten vorhanden, oft nur schwer erreichbar und auch nicht für jeden geeignet. Manche können auf Nachbarschaftshilfe zurückgreifen, viele nicht.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass immer mehr hilfebedürftige Menschen alleine leben, sie überhaupt keine oder keine Angehörige in der Nähe haben, bzw. diese aufgrund eigener beruflicher oder familiärer Pflichten die häusliche Versorgung nicht sicherstellen oder unterstützen können.

Pflegehaushalte, die über ein mittleres Einkommen verfügen, nehmen häufig Betreuungsdienste über Agenturen in Anspruch, die ihrerseits mit Dienstleister_innen aus Osteuropa kooperieren. Auch wenn es sich bei diesen Dienstleistungen nicht um originär pflegerische Versorgung handelt, ist es Aufgabe des Gesetzgebers, diese Arrangements gesetzlich zu regeln. Hier ist in den letzten Jahrzehnten eine eigenständige Versorgungssäule entstanden, die der sozial- und arbeitsrechtlichen Regelung bedarf. Pflegehaushalte dürfen nicht mit den Unsicherheiten der Gestaltung einer legalen Beschäftigung, der versicherungsrechtlichen Absicherung, der Betreuungsqualität und der sachgerechten Nutzung der sozialen Leistungen gem. SGB XI, XII usw. allein gelassen werden. Auch die ausländischen Betreuungskräfte brauchen den Schutz des Arbeits- und Sozialrechts.

Bei durchschnittlich je zwei sich abwechselnden Betreuungspersonen pro Haushalt arbeiten rund 600.000 (vor allem) Frauen aus EU-Osteuropa pro Jahr in ca. 300.000 Familien in Deutschland. Mit dem europarechtlich anerkannten „Vander-Elst-Visum“ können auch Betreuungspersonen aus sog. „EU-Drittstaaten“ legal in Deutschland arbeiten. Sie dürfen dies aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens dieser Länder mit einem EU-Mitgliedsland.

Es ist davon auszugehen, dass rund 90 Prozent dieser Betreuungspersonen illegal, ohne Sozialversicherungsschutz und/oder Verträge tätig sind. Hinzu kommt immer häufiger illegale Migration. Ohne Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis sind Betreuungspersonen aus diesen Ländern erpressbar und müssen zu Löhnen arbeiten, die häufig nur halb so hoch sind wie bei Betreuungspersonen, die legal in Deutschland arbeiten. Es gibt auch keine verlässliche Qualitätssicherung bei derartigen „Betreuungsarrangements“.

Die nächste Pflegereform darf sich deshalb an einer gesetzlichen Regelung des Einsatzes von in der Regel weiblichen osteuropäischen Betreuungskräften nicht vorbeimogeln. Schwarzarbeit oder Arbeit in der Grauzone sind weit verbreitet. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz sind an der Tagesordnung. Weder für Pflegebedürftige und

deren Angehörige noch für die osteuropäischen Betreuungspersonen ist diese Situation tragbar.

Wir brauchen Lösungen, um Betreuung zu Hause für alle, die sie benötigen, legal zu ermöglichen. Dringend notwendig sind u. a.:

- eine bundesgesetzliche Regelung zur Anwendung des EU-Entsenderechts in der häuslichen Betreuung hilfebedürftiger Menschen;
- eine spezifische mit dem Arbeitsrecht vereinbare Definition der „Betreuung in häuslicher Gemeinschaft“ (BihG), welche die besonderen Bedarfe und Anforderungen dieses Arbeitsbereichs umfasst;
- die Beratung und Unterstützung der Pflegehaushalte beim Abschluss von Arbeitsverträgen, als originäre Versicherungsleistung;
- die Definition von Vermittlungs- und Versorgungsstandards für Arbeitskräfte in der BihG, z. B. durch Agenturen und ihrer Qualifikation, sowie bzgl. der Qualifizierung, Beratung und Begleitung der Betreuungspersonen;
- die Abgrenzung bzw. Kooperation der BihG zu und mit professionellen Pflegediensten;
- die Anpassung des Leistungskatalogs für hilfebedürftige Menschen in SGB XI, XII u. a. bzgl. der besonderen Erfordernisse der BihG (z. B. Zusammenführung von Einzelleistungen zu „Betreuungspauschalen“).

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit gibt keinen Anlass zur Sorge, wenn die richtigen Weichen gestellt werden. Wie Pflege organisiert, gelebt und finanziert wird, ist letztlich eine Entscheidung, die Gesellschaft und Politik immer wieder neu treffen müssen.

Autoren

Armin Lang, Vorsitzender des Sozialverbands VdK Saarland

Severin Schmidt, Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der FES

Herbert Weisbrod-Frey, stellvertretender Bundesvorsitzender der AG der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Anmerkungen

- 1 – § 113c SGB XI – Abschluss der Erprobung ist der 30. Juni 2020.
- 2 – Bundesregierung 2019.
- 3 – Der Bundesdurchschnitt der Einrichtungsbezogenen Eigenanteile (EEG) beträgt 655 Euro. Einschließlich Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung müssen im Schnitt 1.830 Euro selbst getragen werden. Die Anteile schwanken sehr stark (siehe Abbildung 1).
- 4 – Die Alterungsrückstellungen der PPV im Jahr 2017 betragen rund 34,5 Milliarden Euro. Jährlich werden ca. 1,9 Milliarden Euro zugeführt (PKV-Verband, Zahlenbericht 2017).
- 5 – Zwischen 1,2 und 1,4 Millionen Fachkräfte aus weit mehr als 100 Nationen arbeiten heute in Deutschland in der Alten- und Krankenpflege.

Literaturhinweise

- Bundesregierung (Hrsg.) 2019: Konzertierte Aktion Pflege: Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5, Berlin.
- Hombrecher, Michaela et al. 2018: Homo Digitalis – TK Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz, hrsg. von der Techniker Krankenkasse, Hamburg.
- IAB 2015: Studie des IAB im Auftrag des Pflegebeauftragten der Bundesregierung vom 27. Januar 2015, S. 9.
- Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Baumeister, Peter; Mickley, Birgit 2016: Pflegestützpunkte in Deutschland: die Sicht der Mitarbeitenden – der rechtliche Rahmen – die politische Intention. WISO Diskurs 07/2016. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Lüngen, Markus 2012: Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen, Gutachten im Auftrag von ver.di, Osnabrück.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik 2019: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung: Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Impressum

© 2019

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn, Fax 0228 883 9202, 030 26935 9229, www.fes.de/wiso

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich:
Severin Schmidt, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.
Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-96250-447-2