

Soziale Sicherheit

ZEITSCHRIFT FÜR ARBEIT UND SOZIALES



sozialesicherheit.de

74. JAHRGANG
ISSN 0490-1630
D 6364

7 | 2025



Sozialversicherung

Solidarische Alternativen für Gesundheit, Rente und Pflege

BÜRGERGELD-DEBATTE Umfrage lässt Betroffene zu Wort kommen

RENTE Wie viel Umverteilung braucht die Alterssicherung? (Teil 2)

PFLEGEVERSICHERUNG Kein Pflegegeld für EU-Bürger:innen



NEU



Piel / Hofmann (Hrsg.)

Sozialversicherung mitgestalten

Handbuch für Selbstverwalter*innen

2024. 316 Seiten, kartoniert

€ 34,-

ISBN 978-3-7663-7411-0

bund-shop.de/7411

Der Ratgeber für die soziale Selbstverwaltung

Die soziale Selbstverwaltung ist ein wesentliches Prinzip der deutschen Sozialversicherungen: Versicherte und Arbeitgeber regeln die sie betreffenden öffentlichen Aufgaben selbst - über die von ihnen gewählten Vertretungen und im Rahmen der Gesetze. Rund 5.000 ehrenamtliche Selbstverwalterinnen und -verwalter vertreten also die Interessen von Versicherten in den Institutionen von Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung.

Die Ehrenamtlichen erhalten Unterstützung und Hilfestellung mit diesem Handbuch:

Wie man sich im Dschungel von Gesetzen, Verordnungen, Satzungen und Geschäftsordnungen zurechtfindet, welche Kompetenzen und vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten ihr Amt mitbringt - und welche Rechte und Ansprüche sie selbst im Rahmen ihrer Tätigkeit haben.

Vorteile auf einen Blick:

- Klar: Prinzipien, Aufgaben und Rechtsgrundlagen der Selbstverwaltung
- Hilfreich: Bei der Arbeit in den Selbstverwaltungs-Gremien
- Kompakt: Die Rechte in der Selbstverwaltung im Überblick
- Differenziert: Die Besonderheiten in den einzelnen Sozialversicherungszweigen

Einfach online bestellen:

1. Einsteigen auf bund-shop.de/7411 2. Daten eingeben 3. Absenden oder Coupon ausfüllen und abschicken:

Expl.	Best.-Nr. 978-3-7663-	Autor / Kurztitel	Preis / €
	7411-0	Piel / Hofmann (Hrsg.) Sozialversicherung mitgestalten	34,-

Absender: ☐ Frau ☐ Herr

Vorname / Name:

Firma / Funktion:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum / Unterschrift:

Immer topaktuell informiert sein

- ☐ Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter für Betriebsräte nutzen. Den Newsletter kann ich jederzeit wieder abbestellen.



Bund-Verlag GmbH
60424 Frankfurt am Main

Infotelefon:
069 / 79 50 10-20

Fax:
069 / 79 50 10-11

E-Mail:
kontakt@bund-verlag.de

www.bund-verlag.de

Finanzierung der Sozialversicherung: eine Verteilungsfrage

Von Markus Hofmann

Die Sozialversicherung ist die tragende Säule der sozialen Sicherheit. Sie ist effizient und schnell, staatsfern, aber nah an den versicherten Menschen. Sie sorgt bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung, Arbeitsunfall, Arbeitslosigkeit, Alter und Todesfall für Hilfe und Unterstützung. Alle Sozialversicherungsträger zusammen wendeten dafür im Jahr 2023 rund 751 Milliarden Euro auf. Der Bundeshaushalt hatte ein Volumen von rund 476 Milliarden. Das Sozialbudget betrug gut 1,2 Billionen Euro. Etwa zwei Drittel wurden über Sozialbeiträge, ein Drittel über Steuern finanziert. Die Sozialleistungsquote – das Verhältnis der Sozialleistungen zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) – betrug 30,3 Prozent. Dies entspricht in etwa dem Wert von 2019 (30,0 Prozent) und dem von 2009 (30,8 Prozent).

Bei diesen Volumina flammt immer wieder die Debatte auf, ob das Ganze denn bezahlbar sei. Ökonomen, Arbeitgeber und Politiker behaupten, wir könnten uns die Sozialversicherungen in ihrer heutigen Form nicht mehr leisten. Mit einer »Wir-müssen-den-Gürtel-engerschnallen«-Rhetorik, Mythen über einen bevorstehenden Kollaps und dem mantraartigen Hinweis auf mehr Eigenverantwortung vernebeln Politiker und Unternehmensverbandsvertreter den Blick. Die Debatte zielt vor allem darauf ab, Unternehmen zu entlasten und die paritätisch finanzierte Vorsorge durch allein vom Beschäftigten finanzierte Privatvorsorge zu ersetzen – mehr individuelle Dividende für Kapitaleigner versus kollektive soziale Sicherheit für Erwerbstätige.

Es geht folglich um Verteilungsfragen – darum, wer in welchem Umfang für die soziale Sicherheit der Erwerbstätigen bezahlen muss. Diese Erwerbstätigen erwirtschaften und sichern den Wohlstand, durch ihrer Köpfe und ihrer Hände Arbeit, Tag für Tag, Woche für Woche, über Jahre und Jahrzehnte. Sie haben nicht nur ein Recht auf gute Leistungen in den Wechselfällen des Lebens, sondern auch darauf, dass diese Leistungen solidarisch und gerecht finanziert werden.

Am Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung lässt sich veranschaulichen, wie schräg die Finanzierungsdebatte geführt wird. Die Auguren des Untergangs blenden aus, dass wir für die Rente seit 50 Jahren gerade einmal neun bis zehn Prozent vom BIP aufwenden, obwohl die Alterung der Gesellschaft und der Anteil der Rentenempfänger deutlich zugenommen hat. Ein Anteil von elf bis zwölf Prozent am BIP, der den demographischen Wandel unserer Gesellschaft antizipiert, stellt daher keineswegs den Untergang des Abendlandes dar. Entscheidend ist, wie wir die Lasten für eine halbwegs auskömmliche Alterssicherung verteilen. Dabei geht es nicht allein um die Beitragshöhe, sondern auch um die Beitragsbemessungsgrundlage.

Der Steueranteil in der gesetzlichen Rentenversicherung liegt seit Jahrzehnten bei rund 26 Prozent. Wenn dieser Anteil erhöht werden soll, kommt es auch darauf an, den Anteil anderer Einkommensquellen zu steigern, insbesondere durch Steuern auf große Vermögen und

Erbschaften. Eine bloße Umverteilung innerhalb der Klasse der Erwerbstätigen kann niemanden zufrieden stellen.

Handelt die Politik nicht, könnten die Beiträge der Versicherten bald auf 25 Prozent des Bruttolohns steigen. Auch viele gutwillige Beitragszahler werden dann an der Legitimation des Systems zweifeln – zum einen, weil die Leistungen bei Erwerbsminderung und im Alter nicht üppig sind, zum anderen wegen der zunehmenden Unterversorgung in den Bereichen Gesundheit und Pflege, vor allem im ländlichen Raum. Die Finanzierungsfrage ist auch eine Frage der Legitimität.

Wir haben zur Frage, wie die Sozialversicherung tragfähig und solidarisch finanziert werden kann, kein Erkenntnisproblem. Die Antworten liegen auf der Hand:

1. Der versicherte Personenkreis muss auf alle Selbständigen und Abgeordneten ausgeweitet werden. Die Hereinnahme der Selbständigen würde den Beitragssatz der gesetzlichen Rente um 0,6 Beitragssatzpunkte entlasten. Berechnungen von Heinz Rothgang für eine Pflegebürgerversicherung machen deutlich, wie positiv eine Pflegekasse für alle – ob Beschäftigte, Selbständige oder Beamte ab einem definierten Stichtag – sich auf die Beitragshöhe auswirkt (siehe den Beitrag ab Seite 8).
2. Wir brauchen mehr Steuermittel im System (wie in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung) oder überhaupt erst wieder Steuermittel (wie in der sozialen Pflegeversicherung). Sie dienen der akuten Stabilisierung, aber auch der Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Diese Steuermittel können wir uns aber nicht über höhere Einkommenssteuern für alle von denen holen, die bei den Beiträgen entlastet werden sollen. Sie müssen insbesondere von Höchstverdienern, Vermögenden und großen Erbschaften kommen. Das sorgt für mehr Verteilungsgerechtigkeit.
3. Unabdingbar ist zudem mehr Tarifbindung, also ein Stopp der Tariffucht vieler Arbeitgeber, damit die Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherungen aus Arbeit gestärkt wird. Mit Lohndumping und Tariffucht haben die Sozialversicherungen laut Berechnungen des DGB allein im Jahr 2023 rund 43 Milliarden Euro verloren – diese Summe entspricht rund zweieinhalb Beitragssatzpunkten zur Rente.

Die Antwort auf die Finanzierungsfrage der Sozialversicherung heißt Verteilung. Um diese solidarisch und gerecht zu gestalten, brauchen wir zudem einen intelligenten Finanzierungsmix aus Beiträgen und mehr Steuern. Das Ziel muss sein, nicht nur zukünftige Beitragssatzanstiege zu dämpfen, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungssysteme zu erhalten und auszubauen. Das stärkt das Vertrauen in unseren Sozialstaat und unsere Demokratie, schafft Legitimität und sozialen Frieden – die Grundlage für Freiheit und Wohlstand für alle.

Markus Hofmann ist Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand.

**TITELTHEMA SOZIALVERSICHERUNG**

Solidarische Alternativen für Gesundheit, Rente und Pflege

Die Beitragshöhe in den Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen steigt weiter an. Dafür erhalten die Versicherten aber keine zusätzlichen Leistungen, stattdessen sind sie konfrontiert mit einer mangelhaften und zunehmend lückenhaften Versorgung. Schon warnen manche Zeitschriften vor einem drohenden »Kollaps« des Systems. Dabei gibt es durchaus Möglichkeiten, um die Finanzen zu sanieren und gleichzeitig den Anstieg der Beiträge zu begrenzen.

10 HEINZ ROTHGANG**Die Pflegebürgerversicherung als Lösungsoption für Finanzierungsschwierigkeiten und normative Defizite**

Obwohl als Vollversicherung geplant, müssen Versicherte für die stationäre und häusliche Pflege wachsende Eigenanteile aufbringen. Die strukturelle Einnahmeschwäche resultiert daraus, dass »gute Risiken« die Versicherung tendenziell verlassen und lediglich Beiträge auf Arbeitseinkommen erhoben werden. Eine Pflegebürgervollversicherung könnte diese finanziellen Probleme lösen und zudem Gerechtigkeitsdefizite beseitigen.

19 MATTHIAS SCHRAPPE**Über-, Unter- und Fehlversorgung: aktueller denn je**

Krankenversicherte sind immer häufiger mit Unterversorgung konfrontiert: Sinnvolle Behandlungen sind nicht finanzierbar oder nicht erreichbar. Aber auch falsche und überflüssige medizinische Therapien bleiben ein Problem – zu viel und zu wenig Versorgung treten oft gemeinsam auf. Fehlversorgung hängt insbesondere mit der Versäulung im Gesundheitswesen zusammen.

- 25 **SILKE VAN DYK**
Sicherheit, Ungleichheit und Solidarität: die Rentenversicherung und das Sozialeigentum in der alternden Gesellschaft (Teil 2)
 Die klassenspezifische Lebenserwartung führt zu einer Umverteilung von unten nach oben. Das Rentensystem der Zukunft benötigt ein erweitertes Verständnis von Normalität und Arbeit, eine Stärkung der demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen und einen größeren Kreis von Beitragszahlern, um den kommenden Herausforderungen gerecht zu werden.

BERTOLD BRÜCHER / RAGNAR HOENIG

Rechtsprechung

- 31 **Versicherungs- und Beitragspflicht**
 BSG zur Beitragslast von freiwillig versicherten Pflegeeltern
 BSG, Urteil vom 25. 3. 2025 – B 12 KR 2/23 R
- 32 **Rentenversicherung**
 Höhere Altersrente durch Kindererziehungszeit in Österreich
 BSG, Urteil vom 27. 3. 2025 – B 5 R 16/23 R
- 34 **Versicherungs- und Beitragsrecht**
 BSG zur Beitragsfreiheit von freiwilligen Zusatzleistungen
 BSG, Urteil vom 13. 5. 2025 – B 12 BA 10/23 R
- 35 **Gesetzliche Rentenversicherung**
 Keine Grundrente für freiwillige Beitragszeiten
 BSG, Urteil vom 5. 6. 2025 – B 5 R 3/24 R
- 37 **Pflegeversicherung**
 Kein Pflegegeld für EU-Bürger:innen
 BSG, Urteil vom 12. 6. 2025 – B 3 P 8/23 R

RUBRIKEN

- | | | | |
|---|--|----|------------------|
| 3 | Position | 38 | Impressum |
| 6 | Magazin
Aus der Gesetzgebung
Bürgergeld: Umfrage offenbart Verzicht, Scham und Angst
Personalia
Termine | | |

Ab sofort können Sie auch das neue ePaper Ihrer »Soziale Sicherheit« nutzen.

- Das neue Format können Sie als PDF einfach über die Datenbank herunterladen und speichern.
- Sie können digital lesen im Zeitschriftenlayout – oder barrierefrei vorlesen lassen.

AUS DER GESETZGEBUNG

GESETZ/STAND 25.6.2025

EINIGE KERNPUNKTE

Verordnung zur Bestimmung des Rentenwerts in der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2025 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2025 – RWBestV 2025)

Am 1.7.25 in Kraft getreten.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Festsetzung des Rentenwerts auf 40,79 Euro
Festsetzung des Ausgleichsbedarfs auf 1,0000
Festsetzung des Sicherungsniveaus vor Steuern auf 48,00 Prozent

Alterssicherung der Landwirte:

Festsetzung des Rentenwerts auf 18,83 Euro

Gesetzliche Unfallversicherung:

Festsetzung des Anpassungsfaktors auf 1,0374
Festsetzung des Mindest- und Höchstbetrages des Pflegegeldes auf 462 Euro und 1838 Euro monatlich

Gesetz zu dem Übereinkommen Nr. 184 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) vom 21. Juni 2001 über den Arbeitsschutz in der Landwirtschaft

Gemäß der Verfassung der Internationalen Arbeitsorganisation ist das Übereinkommen am 12.6.25 für Deutschland in Kraft getreten.

Festlegung umfassender Mindeststandards für Arbeitnehmer:innen in der Landwirtschaft in Bezug auf Sicherheit, den Gesundheits- und Arbeitsschutz

Gesetz zur Änderung der Regelungen über die zulässige Miethöhe bei Mietbeginn

Vom Bundeskabinett am 18.6.25 beschlossen.

Verlängerung der Mietpreisbremse, die besagt, dass im Geltungsbereich bei der Neuvermietung einer Wohnung die Miete zu Mietbeginn höchstens um 10 Prozent über der ortsüblichen Vergleichsmiete liegen darf, bis zum Jahr 2029

Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2024/1069 über den Schutz von Personen, die sich öffentlich beteiligen, vor offensichtlich unbegründeten Klagen oder missbräuchlichen Gerichtsverfahren

Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz vom 20.6.25

Schutz vor missbräuchlichen Rechtsstreitigkeiten, die gegen eine Person wegen ihrer Beteiligung am öffentlichen Meinungsbildungsprozess angestrengt werden (sogenannte SLAPP-Verfahren)

Gesetz über den Zugang zu Schuldnerberatungsdiensten für Verbraucher (Schuldnerberatungsdienstegesetz – SchuBerDG)

Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz vom 23.6.25

Sicherung des Zugangs für Schuldner:innen zu unabhängigen Schuldnerberatungsdiensten und der in Deutschland verbreiteten Praxis, dass Schuldnerberatungsstellen Betroffene unentgeltlich unterstützen

Gesetz zur Änderung sicherheitsüberprüfungsrechtlicher und beamtenrechtlicher Vorschriften

Referentenentwurf des Bundesministeriums des Innern vom 17.6.25

Erweiterung der Befugnisse zur Verarbeitung personenbezogener Daten in Dateisystemen; Ausweitung und Intensivierung der Internetrecherche im Rahmen von Sicherheitsüberprüfungen; Einfügung einer befristeten Fiktion und einer risikoorientierten Bearbeitung für die Höchstdauer der Bearbeitungsdauer im Bundesbeamten-gesetz zur Stabilisierung der Beihilfeabrechnung in den Festsetzungsstellen des Bundes

Gesetz zur Beschleunigung des Wohnungsbaus und zur Wohnraumsicherung

Vom Bundeskabinett am 18.6.25 beschlossen.

Befristetes Abweichen von bauplanungsrechtlichen Vorschriften; Möglichkeit im Geltungsbereich eines Bebauungsplans mehr Wohnbebauung auch über die Vorgaben des Plans hinaus zuzulassen; Neuerrichtung von Wohngebäuden, wo sie sich nicht in den Bebauungszusammenhang einfügen; Verlängerung des Umwandelungs-schutzes in Gebieten mit angespanntem Wohnungsmarkt um fünf Jahre; Vereinfachung der Nachverdichtung

Bürgergeld: Umfrage offenbart Verzicht, Scham und Angst

Die neue Bundesregierung plant den Umbau des erst unter der Vorgängerregierung aus Hartz IV weiterentwickelten Bürgergelds. Vor allem auf Betreiben der Union, die seit geraumer Zeit immer wieder Kampagnen gegen Transferleistungsbeziehende fährt, soll es dabei zu deutlichen Verschärfungen kommen. »Dabei hat es bisher noch keine umfassende wissenschaftliche Evaluierung des Bürgergeldes gegeben und Bürgergeldbeziehende selbst sind in der Debatte kaum gehört worden«, so der Verein Sanktionsfrei, der am 23. Juni zusammen mit Marcel Fratzscher, Präsident des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und Thomas Wasilewski, Bürgergeldbeziehender und Ehrenamtlicher bei der Tafel, eine vom Umfrageinstitut Verian durchgeführte Befragung von 1014 Bürgergeldbeziehenden vorstellte – mit der er den Betroffenen selbst eine Stimme in der Auseinandersetzung um das Bürgergeld gibt. Und diese Stimme spricht eine deutliche Sprache.

Demnach reicht der Regelsatz von monatlich 563 Euro laut 72 Prozent der Befragten nicht aus, um ein würdevolles Leben zu führen. Selbst Grundbedürfnisse ließen sich damit nicht ausreichend erfüllen. So habe nur jede zweite befragte Person angegeben, dass in ihrem Haushalt alle satt werden. Vor allem Eltern (54 Prozent) verzichteten den Angaben zufolge zu Gunsten ihrer Kinder auf Essen. 28 Prozent sorgen sich, obdachlos zu werden. »Über die Hälfte der Eltern müssen regelmäßig auf Essen verzichten, damit ihre Kinder satt werden. Da läuft etwas grundlegend falsch. Statt das zu ändern, plant die Politik neue Verschärfungen beim Bürgergeld und diskutiert immer noch darüber, ob der Regelsatz zu hoch ist«, so Helena Steinhaus, Vorstand von Sanktionsfrei.

Gleichzeitig ist laut Umfrage der Wunsch bei den Betroffenen, vom Bürgergeld unabhängig zu werden, mit 74 Prozent stark ausgeprägt.

Allerdings seien nur 26 Prozent der Befragten auch zuversichtlich, eine Stelle zu finden, mit der sie den Bürgergeldbezug beenden können. Neben »Hindernissen auf der individuellen und strukturellen Ebene« würden auch die Jobcenter bei der Suche nach einer Stelle »nur als bedingt hilfreich« wahrgenommen.

Hinzu kommt, dass den Angaben zufolge unter den Befragten eine gesellschaftliche Stigmatisierung und Scham sehr präsent sind. Demnach fühlten sich nur zwölf Prozent der Gesellschaft zugehörig, für den Bürgergeldbezug schämten sich 42 Prozent. Auch die anhaltenden Diskussionen und Anfeindungen hinterlassen offenbar Spuren bei den Betroffenen. So hat laut der Umfrage mit 72 Prozent die Mehrheit der Befragten Angst vor weiteren Verschärfungen im Bürgergeld. Vor allem die mögliche Wiedereinführung eines vollständigen Leistungsentzugs werde demnach von den Befragten als akut existenzgefährdend bezeichnet.

»Unser Leben findet in ständiger Unsicherheit statt. Es reicht kaum für die nötigsten Nahrungsmittel und auch der Schulalltag ist dadurch für unsere Kinder besonders schwer. Diese Stimme im Kopf ist immer präsent: Wie soll es morgen weitergehen? Das zerfrisst die Seele. Es ist unerträglich zu erleben, wie meine Söhne leiden, weil ihnen das Allernötigste fehlt«, beschrieb Thomas Wasilewski seine Erfahrungen im Bürgergeldbezug. Marcel Fratzscher forderte: »Das Bürgergeld muss so ausgestaltet sein, dass es die Teilhabe aller betroffenen Menschen gewährleistet. Eine Kürzung der Leistungen ist kontraproduktiv, nicht nur für die betroffenen Menschen, sondern auch für Unternehmen, Gesellschaft und Sozialstaat, da dies die Arbeitsaufnahme erschweren und nicht verbessern würde. Politik und Wirtschaft müssen mehr und nicht weniger in Menschen mit Bürgergeld investieren.«

■ mdr

Doppelt so viele Pflegebedürftige

In einer alternden Gesellschaft ist die Pflege ein zentrales Thema – und wird in Zukunft noch mehr Aufmerksamkeit benötigen. Zur Einschätzung der aktuellen Situation der Pflege trägt seit Anfang Juni auch der erste »Report Pflegebedürftigkeit« des Medizinischen Dienst Bund (MDB) bei. Demnach hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2014 auf 5,6 Millionen Menschen Ende 2024 verdoppelt – »Tendenz weiter steigend«, so der MDB. Verantwortlich für die steigende Anzahl der Pflegebedürftigen sei dabei zum einen die demografische Entwicklung. Zum anderen sei auch die Pflegereform im Jahr 2017 verantwortlich, die das Begutachtungsverfahren grundlegend verändert habe, weil seitdem körperliche, kognitive, psychische sowie psychiatrische Beeinträchtigungen bei der Feststellung des Pflegegrades umfassend berücksichtigt werden könnten.

Pflege, so bestätigt der Bericht, ist dabei zuvorderst eine häusliche Angelegenheit: Mit knapp 90 Prozent lebt die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen im eigenen Zuhause und wird von An- und Zugehörigen versorgt. Mehr als jeder zweite Betroffene organisiert dabei die Versorgung ohne professionelle Unterstützung. Dies spiegelt sich auch in den beantragten Leistungen wider. Laut MDB beantragte im Jahr 2024 mit 57,4 Prozent mehr als die Hälfte der Antragstellenden Pflegegeld. Nur 11,6 Prozent hingegen beantragten den Angaben zufolge ambulante Leistungen. 20,4 Prozent entschieden sich demnach für Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Sachleistungen. Und lediglich 10,2 Prozent stellten einen Antrag auf vollstationäre Pflege.

Mit Bezug auf die häusliche Pflege erklärte Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund: »Die Pflegebegutachtung sollte sich auf diese Pflegesituationen fokussieren, um im Zusammenwirken mit Pflegekassen, Kommunen und weiteren Akteuren, die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen besser unterstützen und entlasten zu können.«

■ mdr

PERSONALIA

- ▶ **Jürgen Dusel** ist am 28. Mai vom Bundeskabinett erneut zum Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen bestellt worden. Das Amt übt er bereits seit 2018 aus. Zuvor war er als Beauftragter der Landesregierung für die Belange behinderter Menschen in Brandenburg tätig. **Katrin Staffler** ist ebenfalls am 28. Mai vom Bundeskabinett zur Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bestimmt worden. Die gelernte Biochemikerin ist seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestages. **Stefan Schwartze** bleibt zudem Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Er hatte das Amt bereits in der vergangenen Legislatur inne. Schwartze ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages.
- ▶ **Volker Geyer** ist am 23. Juni zum neuen Bundesvorsitzenden des dbb beamtenbund gewählt worden. Er folgt auf **Ulrich Silberbach**, der aus gesundheitlichen Gründen zum 23. Juni seinen Rücktritt erklärt hatte. Zuvor war Geyer stellvertretender Bundesvorsitzender und Fachvorstand Tarifpolitik. **Andreas Hemsing**, bisher ebenfalls stellvertretender dbb-Chef und Bundesvorsitzender der komba gewerkschaft, wurde zu Geyers Nachfolger in dieser Position gewählt.
- ▶ **Bernd Meurer** wurde am 27. Mai erneut zum Präsidenten des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste gewählt. Meurer hat das Amt bereits seit 1997 inne.
- ▶ **Dominik Heck** ist seit 20. Mai neuer Geschäftsführer Kommunikation beim Verband der Privaten Krankenversicherung. Er folgt auf **Stefan Reker**, der in den Ruhestand getreten ist.
- ▶ **Sabine von Homeyer** ist seit 7. Juni neue Vorstandsvorsitzende des AWO Bezirksverbands Mittelrhein. Sie folgt auf **Michael Mommer**, der im Januar 2026 in den Ruhestand tritt und bis dahin weiterhin dem Vorstandsgremium angehören wird. **Silke Arens** komplettiert den neuen Vorstand.
- ▶ **Claudia Kokott** wird zum 1. Dezember neue Finanz- und Personalvorständin des Caritasverbandes für das Bistum Dresden-Meißen. Sie folgt auf **Wolfram Mager**, der zum Jahresende in den Ruhestand tritt. Derzeit ist Kokott Leiterin Finanz- und Rechnungswesen bei den Pfeifferschen Stiftungen in Sachsen-Anhalt.
- ▶ **Dietmar Kauderer** wird zum 1. September Vorstand mit den Schwerpunkten Altenhilfe und Finanzen der Samariterstiftung in Baden-Württemberg. Kauderer ist seit Oktober 2020 Vorstand Organisationsmanagement und Digitalisierung der Diakonissen Speyer.
- ▶ **Christoph Seese** ist seit 1. Juni Vorstand der Martha Stiftung in Hamburg. Er folgt auf **Martina Pleyer**, die in den Ruhestand tritt. Zuletzt war Seese Geschäftsführer beim Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V.
- ▶ **Anne Wendler** ist seit 1. Juli neue Geschäftsführerin des Diakonischen Werks im Evangelischen Kirchenbezirk Hochrhein. Sie ist die erste Frau in diesem Amt. Wendler folgt auf **Andreas Harder**, der Ende Juni in den Ruhestand getreten ist. Wendler ist bereits seit 2023 Teil der Geschäftsführung, zuletzt als stellvertretende Geschäftsführerin.
- ▶ **Martin Hoyer** ist seit 1. Juli neuer Geschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Landesverband Berlin. Er folgt auf **Gabriele Schlimper**, die Ende August ihre Tätigkeit bei dem Verband beendet. Zuletzt war Hoyer bereits stellvertretender Geschäftsführer des Paritätischen Berlin.
- ▶ **Hülya Özkan** ist seit Anfang Mai neue Vorsitzende des Bundesverbands der Berufsbetreuer*innen (BdB). Sie folgt auf **Thorsten Becker**, der nicht erneut für das Amt kandidierte.
- ▶ **José Luis Cobos Serrano** ist seit Juni neuer Präsident des International Council of Nurses (ICN). Er ist der erste Mann auf diesem Posten. Zuletzt war Cobos Serrano Vizepräsident im spanischen Berufsverband Consejo General de Enfermería de España (CGE) sowie Mitglied im ICN-Vorstand. Er folgt auf **Pamela Cipriano**, die das Amt seit 2021 innehatte.

Beratungsfachkräfte: Integration wird von Migrationspolitik erschwert

Anlässlich des Weltflüchtlingstages am 20. Juni hat die Diakonie Deutschland mehr als 100 Fachkräfte befragt, die in Migrationsberatungsstellen tätig sind. In den Ergebnissen spiegelt sich ganz deutlich die derzeitige politische Stoßrichtung wider: »Der verschärfte Kurs der Bundesregierung in der Asyl- und Migrationspolitik wirkt sich negativ auf die Arbeit der bundesweiten Migrationsberatung und den gesellschaftlichen Zusammenhalt vor Ort aus und erschwert die Integration von Migrantinnen und Migranten«, so die Diakonie.

Demnach berichteten 97 Prozent der Befragten von einer signifikant gestiegenen Verunsicherung unter den Ratsuchenden und 79 Prozent gaben ein dadurch erhöhtes Beratungsaufkommen an. Nach Einschätzung der Fachkräfte liege dies vor allem an Irritationen verursacht durch migrationspolitische Entscheidungen und Gesetzesänderungen der schwarz-roten Regierung wie der Aussetzung des Familiennachzugs für subsidiär Schutzberechtigte und dem Ende der erleichterten Einbürgerung. 69 Prozent der Beratungskräfte beobachteten bei den Ratsuchenden psychische Belastungen wie Retraumatisierungen. Ein Drittel der Befragten erzählte zudem von gut qualifizierten Migrant:innen, die mit dem Gedanken spielten, in ein anderes Land auszuwandern.

»Diese Blitzumfrage sollte uns nicht nur als offenes Land, sondern auch als Land mit Arbeits- und Fachkräftemangel zu denken geben«, so Elke Ronneberger, Bundesvorständin Sozialpolitik der Diakonie Deutschland. »Nur wer sich als Teil der Gemeinschaft fühlt, kann sich positiv in diese Gemeinschaft einbringen und einen Beitrag für dieses Land leisten. Grundvoraussetzungen dafür sind, dass für alle in Deutschland lebenden Menschen die gleichen Rechte und Pflichten gelten, Deutschland sich zum Flüchtlingsschutz und seiner gesellschaftlichen Vielfalt bekennt und Politik und Verwaltung mit einer Kultur des Willkommenheißen und Teilhabeangeboten dafür sorgen, dass sich alle zugehörig fühlen können.« ■ **mdr**

Rufe nach mehr Hitzeschutz

Auch wenn das Thema Hitzeschutz seit einigen Jahren von der Politik mehr Aufmerksamkeit bekommt, bleibt noch viel zu tun. Daran erinnern zahlreiche Akteure anlässlich des Hitzeaktionstags, der von einem breiten Bündnis aus Krankenkassen, Wohlfahrts- und Klimaorganisationen sowie Mitwirkenden aus der Privatwirtschaft veranstaltet wird. »Wir alle spüren die Folgen der Klimakrise, aber wir spüren sie nicht alle gleich«, so Katja Kipping, Geschäftsführerin des Paritätischen Gesamtverbandes, der Teil des Bündnisses ist. »Ältere, kranke und arme Menschen stellt die zunehmende Hitze vor weit größere Herausforderungen. Viele verfügen nicht über die Mittel, sich selbst zu schützen – sie brauchen unsere Hilfe, unsere Solidarität und vor allem strukturelle Unterstützung.«

Gleichzeitig weist Kipping auch darauf hin, dass Hitzeschutz eine große finanzielle Herausforderung darstellt: »Das Förderprogramm »Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen« geht in die richtige Richtung, jedoch konnten zuletzt viel zu wenige Einrichtungen davon profitieren. Oft ist es nur der sprichwörtliche Tropfen auf den heißen Stein.« Angesichts der baulichen Maßnahmen, die auf viele Wohlfahrtsanbieter zukämen, müsse hier massiv aufgestockt werden.

Auch der SoVD, der sich ebenfalls als offizieller Partner am Hitzeaktionstag beteiligt, fordert: »Der Schutz vor Hitze muss ganz oben auf die politische Agenda.« Für den Verband braucht es etwa »endlich eine flächendeckende Umsetzung kommunaler Hitzeaktionspläne – mit klaren Zuständigkeiten, ausreichender Finanzierung und verbindlichen Zielen«. SoVD-Vorstandsvorsitzende Michaela Engelmeier sieht hier auch klar die Bundesregierung in der Verantwortung. Diese müsse dafür sorgen, dass der Hitzeschutz nicht länger als freiwillige Maßnahme behandelt werde. »Hitzeschutz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wenn wir nichts tun, zahlen die Schwächsten in unserer Gesellschaft den höchsten Preis – mit ihrer Gesundheit oder sogar mit ihrem Leben.« ■ **mdr**

TERMINE

AUGUST 2025

4./5.8.: **Psychologische Erste Hilfe** • Ort: Hannover • Veranst.: DiaCampus – Zentrum für Erwachsenenbildung, 0511 5353 611, seminare@zeb.stephansstift.de, www.dachstiftung-diakonie.de

21.8.: **Rechtsprechung: Up To Date – aktuelle Urteile (SGB)** • Ort: Hannover, Akademie für RehaBerufe • Veranst.: Lebenshilfe Landesverband Niedersachsen, 0511 909 257 10, akademie@lebenshilfe-nds.de, www.akademie-fuer-rehaberufe.de

22./23.8.: **Recht für pädagogische Fachkräfte** • Ort: Online-Veranstaltung • Veranst.: Akademie für Kindergarten, Kita und Hort Gbr, 02941 82865 70, info@kindergartenakademie.de, www.kindergartenakademie.de

25./26.8.: **Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie** • Ort: Erkner, Bildungszentrum • Veranst.: Deutsche Rentenversicherung Bund, Fortbildungen-Reha@DRV-Bund.de, www.deutsche-rentenversicherung.de

27.8.: **Hybride Teamarbeit – Einblicke und erste Schritte** • Ort: Mühlheim, Katholische Akademie Die Wolfsburg • Veranst.: Berufsbildungswerk Deutscher Krankenhäuser, 02932 952 244 880, welcome@BBDK.de, www.bbdk.de

30./31.8.: **Psychologie der Gesundheitsbildung und der Beratung in der Prävention** • Ort: Berlin, Paritätische Akademie • Veranst.: Paritätische Akademie Berlin, 030 275 82 82 24, spies@akademie.org, akademie.org

SEPTEMBER 2025

1.9.: **Selbstbestimmung achten und fördern: Wie kann das gelingen?** • Ort: Online-Veranstaltung • Veranst.: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 030 394 064 540, info@dvsg.org, dvsg.org

1.-3.9.: **Sicher und gesund in der Behindertenhilfe. BGW forum 2025** • Ort: Hamburg, Grand Elysée • Veranst.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, bgwforum@bgw-online.de, www.bgw-online.de

3.9. und 8.10.: **Sozialleistungen im Migrationsrecht** • Ort: Online-Veranstaltung • Veranst.: Caritasverband für das Bistum Aachen, 0241 431 226, gahlers@caritas-ac.de, www.caritas-ac.de

10./11.9.: **Marketing-Werkstatt für soziale Organisationen (inkl. Grundlagen)** • Ort: Berlin, Paritätische Akademie • Veranst.: Paritätische Akademie Berlin, 030 275 82 82 11, fitting@akademie.org, akademie.org

11./12.9.: **Betriebliche Soziale Arbeit trifft Künstliche Intelligenz – Chancen, Herausforderungen und Perspektiven. Jahrestagung des Bundesfachverbands Betriebliche Soziale Arbeit** • Ort: Hybrid, online und Köln • Veranst.: Bundesfachverband Betriebliche Soziale Arbeit, 0251 4176722, info@bbs-ev.de

18.9.: **Wie kann Sozialraumorientierung Teilhabe ermöglichen? - Hintergründe, Anforderungen und Anwendungsmöglichkeiten** • Ort: Online-Veranstaltung • Veranst.: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 030 394 064 540, info@dvsg.org, dvsg.org

25.9.: **Gewaltschutz nach §37a SGB IX – Vom Gewaltschutzkonzept zur Umsetzung** • Ort: Online-Veranstaltung • Veranst.: Landschaftsverband Rheinland, 0221 809 6973, veranstaltungen-soziales@lvr.de, www.lvr.de

30.9.: **Kongress Zusammenhalten! Zusammen handeln! Für ein Ende der Gewalt gegen Beschäftigte im öffentlichen und privatisierten Sektor** • Ort: Berlin, EUREF-Campus • Veranst.: Deutscher Gewerkschaftsbund, 030 24060 450, alexander.boettcher@dgb.de

Die Pflegebürgerversicherung als Lösungsoption für Finanzierungsschwierigkeiten und normative Defizite

Von Heinz Rothgang

1. Einleitung

Dreißig Jahre nach ihrer Einführung weist die Pflegeversicherung hinsichtlich ihrer Finanzierung grundlegenden Reformbedarf auf. Im Koalitionsvertrag 2021 wurde die Einrichtung einer Expertenkommission vereinbart, die bis 2023 konkrete Vorschläge erarbeiten sollte. Diese Kommission wurde nie eingerichtet. Stattdessen erarbeitete eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen Bericht, der im Frühjahr 2024 unter dem Titel »Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung« veröffentlicht wurde.¹ Dieser Bericht beruht in weiten Teilen auf Berechnungen, die das IGES-Institut im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt hat.² Wie der Untertitel des Berichts bereits deutlich macht, geht es um die »Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen«. Hieraus einen eigenen Reformvorschlag abzuleiten, ist der damaligen Bundesregierung nicht mehr gelungen.

Deshalb muss sich auch die neue Bundesregierung der Finanzreform der Pflegeversicherung widmen. Im Koalitionsvertrag wird diesbezüglich eine »große Pflege-reform« angekündigt, deren Grundlagen eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände erarbeiten soll. Die Vorschläge reichen von einer zusätzlichen Privatversicherung über die Stärkung der Sozialversicherung bis zu verstärkter Steuerfinanzierung. Um diese Vorschläge zu bewerten, wird nachfolgend zunächst das »doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung« beleuchtet. Darauf aufbauend wird das Konzept einer Pflegebürgerversicherung diskutiert.

2. Das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung steht vor einem doppelten Finanzierungsproblem. Zum einen steigen die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen aufgebracht werden müssen, kontinuierlich an und werden ceteris paribus auch weiter steigen, obwohl ihr Ausmaß mittlerweile die Legitimation der Pflegeversicherung als Sozialversicherung in Frage stellt. Zum anderen erweist sich die Finanzierung der Pflegeversicherung selbst als problematisch, was auch auf Geburtsfehler des Systems zurückgeht.

2.1 Eigenanteile der Pflegebedürftigen

Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos wurde seit Mitte der 1970er Jahre mit der Forderung begründet, die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu beenden.³ Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert. Darauf wird auch im allgemeinen Teil der Begründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt: »Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.«⁴

Um dies zu realisieren, wurde das Heimentgelt in drei Teile aufgeteilt. Die Länder sollen die Investitionskosten tragen, die Heimbewohnenden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die pflegebedingten Kosten dagegen sollten durch die neue Pflegeversicherung übernommen werden. Entsprechend heißt es: »Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind.«⁵ Im ersten Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung von 1997 wird dies noch einmal bestätigt: »Die Pflegeversicherung [...] soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken.«⁶

1 Bundesregierung (2024): Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen; online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Zukunftssichere_Finanzierung_der_SPV-2024.pdf.

2 IGES (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung; online: www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73229/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ges.pdf; IGES (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV); online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_2-IGES-Bericht_Stellschrauben_der_langfristigen_Finanzentwicklung_der_SPV.pdf.

3 Kuratorium Deutsche Altershilfe (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.

4 Gesetzesbegründung, PflegeVG-E, Seite 2.

5 A.a.O. Seite 115.

6 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995, Seite 8 f., online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

Wenn heute darauf verwiesen wird, dass die Pflegeversicherung als »Teilkaskoversicherung« eingeführt wurde, wird meist der Eindruck erweckt, dass in der stationären Pflege eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten intendiert war. Aber das ist falsch. Die Leistungen der Pflegeversicherung waren zwar gedeckelt, sollten aber ausreichen, um die durchschnittlichen Pflegekosten abzudecken. Der Teilleistungscharakter des Systems beruht lediglich darauf, dass Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der pflegebedürftigen Person zu tragen sind sowie die Pflegekosten bei überdurchschnittlich teuren Heimen. Die ursprüngliche Konzeption entspricht damit weitgehend einer »Vollversicherung«, die zum Beispiel vom »Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung« gefordert wird.⁷ Insofern ist die Forderung nach einer Vollversicherung nur eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung.⁸

Den Anspruch, pflegebedingte Entgeltbestandteile der Heimvergütung vollständig zu übernehmen, konnte die Pflegeversicherung bei Einführung der stationären Leistungen 1996 noch weitgehend erfüllen. Aber bereits 1999 lagen die durchschnittlichen Pflegesätze über den Versicherungsleistungen.⁹ Seitdem steigen die pflegebedingten Eigenanteile fast kontinuierlich. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 sorgte erstmalig für eine merkliche Entlastung der Pflegebedürftigen und senkte den Eigenanteil um rund 40 Euro pro Monat.¹⁰ Auch der im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)¹¹ vom 11. Juli 2021 erstmalig eingeführte prozentuale *Leistungszuschlag*, der nach Dauer des Heimaufenthalts gestaffelt ist, führte nach seiner Einführung im Januar 2022 zu einem kurzfristigen Rückgang, aber dieser Effekt wurde bald durch die Anstiege überkompensiert.

Die Anhebung der prozentualen Leistungszuschläge im Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I, Nr. 155) und die Anhebung der Leistungen bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI zum 1. Januar 2025 sind in ihrer Wirkung (vergleiche Abbildung 1) kaum noch wahrnehmbar. Schon Ende 2023 waren die bundesdurchschnittlichen Gesamteigenteile wieder höher als vor Einführung der Leistungszuschläge. Hierfür sind nicht zuletzt die von der Konzierten Aktion

Pflege angestrebten und ebenfalls im GVWG eingeführten Verpflichtungen zur Bezahlung der Pflegekräfte nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif oder zumindest gemäß dem regional üblichen Entgeltniveau und die Verbesserung der Personalausstattung in Heimen ausschlaggebend. Dies hat zu entsprechenden Anstiegen der Pflegesätze geführt und damit den Entlastungen entgegengewirkt.

Noch einmal deutlich höher liegen die privat zu tragenden Eigenanteile zu Beginn der Heimpflege. Die pflegebedingten Eigenanteile im ersten Jahr nach Heimeinzug betrugen Ende 2024 1493 Euro pro Monat und damit 543 Euro mehr als bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, was zu Gesamteigenanteilen von knapp 3000 Euro geführt hat.

Da die Leistungsdynamisierungen bis 2029 bereits gesetzlich geregelt sind, können Vorausberechnungen angestellt werden. Die durchschnittlichen monatlichen Gesamteigenanteile werden 2029 bereits 3200 Euro betragen (bei einem entsprechend der Dauer der Heimpflege gewogenen Mittelwert) beziehungsweise 4000 Euro im ersten Jahr (in jeweiligen Preisen).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die im Titel des § 43c SGB XI formulierte »Begrenzung« der Eigenanteile nicht erreicht wurde. Durch die anteiligen Leistungszuschläge wurde lediglich eine kurzfristige Entlastung der Pflegebedürftigen bewirkt, die aber binnen kürzester Zeit wieder von den Steigerungen der Heimpreise eingeholt wurden. Ende 2024 sind die pflegebedingten Eigenanteile höher als je zuvor, übersteigen die durchschnittlichen Alterseinkommen erheblich und führen dazu, dass die Zielvorgabe, einen sozialen Abstieg in Folge von Pflegebedürftigkeit *im Regelfall* zu vermeiden, verfehlt wird.

Entsprechend ist mit weiter steigenden Sozialhilfequoten und Sozialhilfeausgaben zu rechnen. Die Forderung nach einer »Vollversicherung«, bei der die pflegebedingten Kosten der Heimpflege – nicht aber Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten – von der Pflegeversicherung übernommen werden sollen, findet daher breiteren Zuspruch. Es ist sicher kein Zufall, dass die Forderungen nach einer Vollversicherung politische Unterstützung vor allem aus den Bundesländern bekamen (wie in Äußerungen des sächsischen Ministerpräsidenten Kretschmer sowie des nordrhein-westfälischen Landesgesundheitsministers Laumann und des bayerischen CSU-Fraktionsvorsitzenden und ehemaligen Landesgesundheitsministers Holetschek im August 2024). Bereits die Pflegeversicherung wurde 1994 maßgeblich deshalb eingeführt, weil die Kosten der Hilfe zur Pflege die Länderfinanzen überforderten.¹² Dieser Effekt droht jetzt wieder. Jede Maßnahme zur Reduktion der Eigenanteile erhöht aber die Ausgaben der Pflegeversicherung und verschärft damit das zweite Finanzproblem, die Beitragssatzentwicklung (siehe unten).

7 Vergleiche zum Beispiel www.der-paritaetische.de/presse-kampagnen/pflege-aber-sicher.

8 Rothgang, Heinz (2020): Pflege als »Teilkaskosystem«? Zur richtig verstandenen Bedeutung von Verantwortungsteilung in der Pflege, in: Zerth, Jürgen (Hrsg.): Pflege-Perspektiven. Ordnungspolitische Aspekte, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine gute Praxis der Pflege. Medhochzwei, 29-42. Rothgang, Heinz (2025): Mythen in der Pflegeversicherung, in: sozialpolitikblog des Deutschen Instituts für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung (DIFIS); online: www.difis.org/blog/?blog=165.

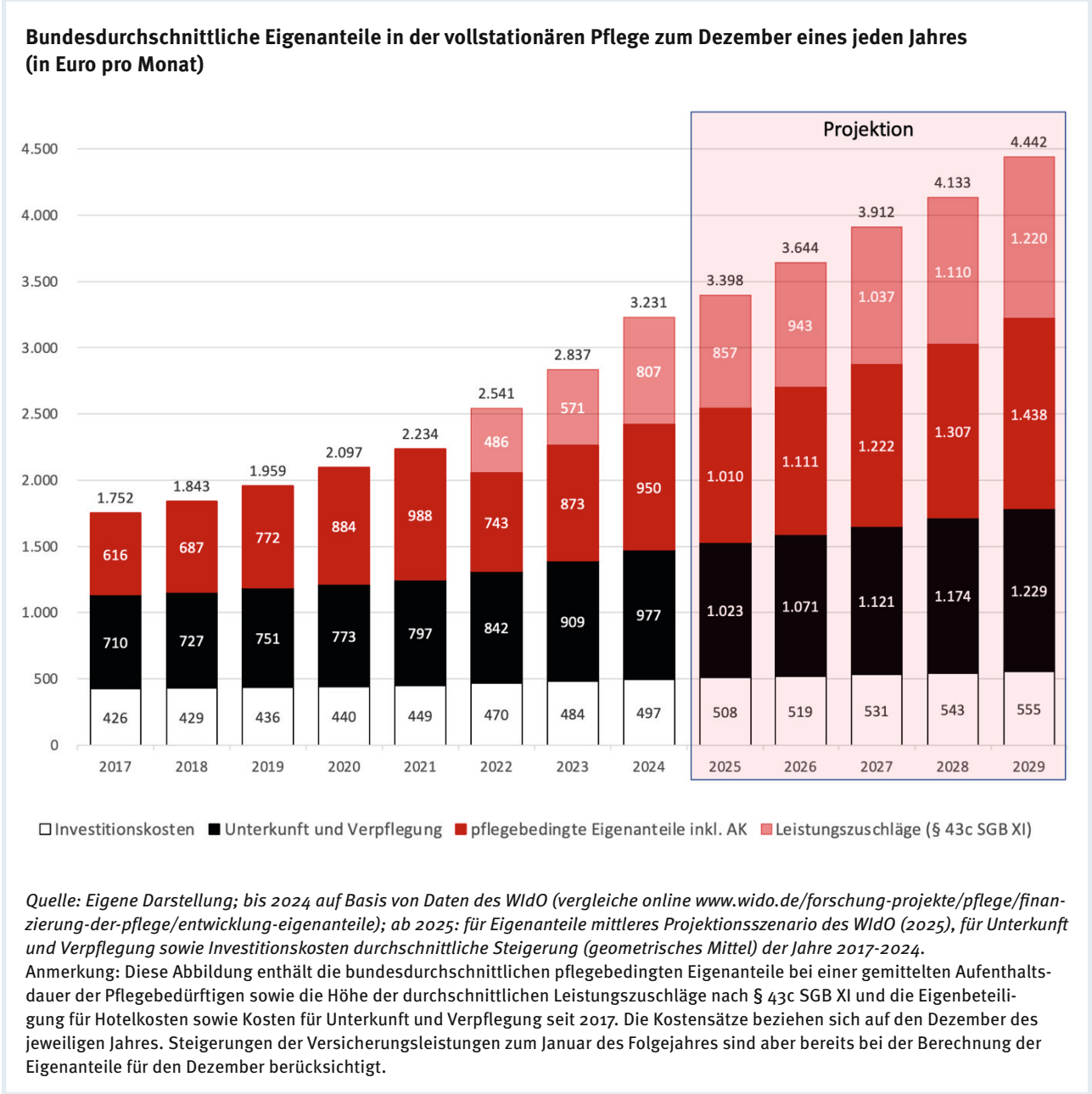
9 Roth, Günter & Rothgang, Heinz (1999): »Angleichung nach oben«: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Heft 4: 307-336.

10 Rothgang, Heinz / Schmid, Achim / Maaß, Laura / Preuß, Benedikt & Wagner, Christian (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluation/Abschlussbericht_Los_4_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf.

11 BGBl. I, S. 2754.

12 Götze, Ralf / Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100. Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.

ABBILDUNG 1



In der stationären Pflege sind die steigenden Eigenanteile deutlich erkennbar. Gleiches gilt in der *häuslichen Pflege* nicht. Zwar wird in Befragungen immer wieder deutlich, dass Privathaushalte auch eigene Mittel für Pflegegüter und -leistungen einsetzen.¹³ Allerdings reagieren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf Preissteigerungen vor allem mit einer rückläufigen Inanspruchnahme von Pflegediensten. Da rückläufige Inanspruchnahme zugleich auch aus einer Angebotsbeschränkung resultieren kann, sind die Wirkungen einer

unzureichenden Leistungsdynamisierung in der *häuslichen Pflege* »unsichtbar«.

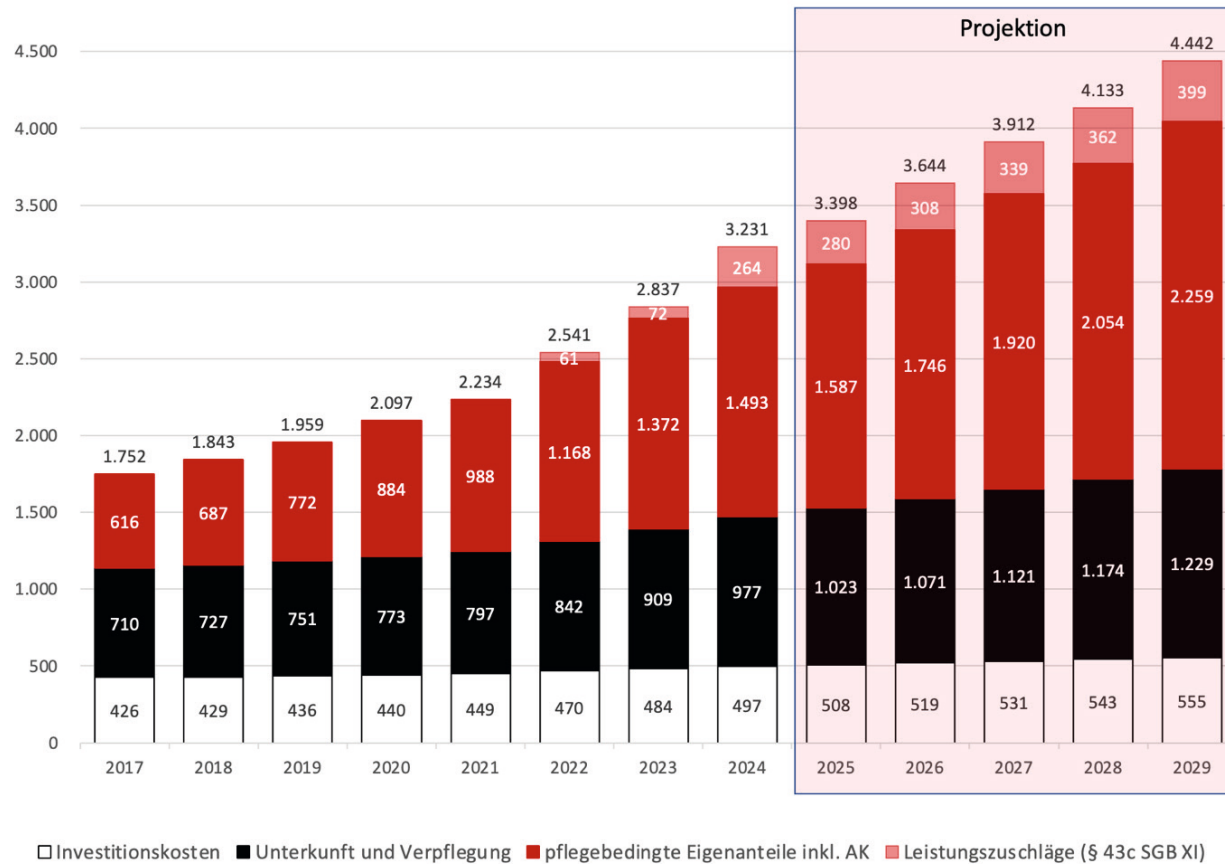
Die Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen kann jedoch bewertet werden. Das Pflegegeld wurde zwar von 2017 bis 2023 um 9,7 Prozent erhöht. Da die kumulierte Inflationsrate für diesen Zeitraum bei 22 Prozent lag¹⁴, ist der Realwert des Pflegegeldes in diesem Zeitraum jedoch um 15 Prozent gesunken. Da die fünfprozentige Erhöhung der Leistungssätze zum 1. Januar 2024 unterhalb der kumulierten Inflation der Folgejahre liegen wird, droht bis 2028 ein weiterer Realwertverlust.

13 Vergleiche zum Beispiel Schwinger, Antje / Zok, Klaus (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. In: WIdOmonitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Ausgabe 1/2024: 1-12, online: www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf.

14 Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44, Seite 35, online: www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflegereport-2023-data.pdf.

ABBILDUNG 2

Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres im ersten Jahr der vollstationären Pflege (in Euro pro Monat)



Quelle: Eigene Darstellung; bis 2024 auf Basis von Daten des WIdO (siehe Abbildung 1); ab 2025: für Eigenanteile mittleres Projektionsszenario des WIdO (2025), für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten durchschnittliche Steigerung (geometrisches Mittel) der Jahre 2017-2024.

Ähnlich stellt sich die Situation bei den Pflegesachleistungen dar. Zwar hat es hier im GVWG bereits eine fünfprozentige Anhebung der Leistungsbeträge gegeben, allerdings übersteigen die Preissteigerungen für Pflegeleistungen die allgemeine Inflationsrate deutlich. Tatsächlich reichen die Leistungssätze nicht aus, um die tatsächlichen Bedarfe zu decken. Dies führt zum einen zu privat getragenen Ausgaben für Pflegeleistungen in Höhe von monatlich durchschnittlich 136 Euro¹⁵, zum anderen aber dazu, dass bestehende Bedarfe bestehen, die nicht privat zugekauft werden, sondern ungedeckt bleiben.

¹⁵ Diese Zahl ergibt sich aus der Befragung von Schwinger und Zok, wobei der Anteil der Befragten mit Angaben zu selbst getragenen Kosten nur bei 41,8 Prozent lag. Diese haben im Mittel 325 Euro aufgebracht. Die Multiplikation dieser Zahlen ergibt den Wert von 136 Euro, der die getätigten Ausgaben insoweit unterschätzt als möglicherweise nicht alle Befragten mit Ausgaben auch diesbezügliche Angaben gemacht haben.

Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Finanzierung der Pflegeversicherung weist zwei zentrale Probleme auf: Gerechtigkeitsdefizite, die aus der Konstruktion der dualen Versicherung resultieren und die strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialversicherung, die steigende Beitragssätze nach sich zieht.

2.1.1 Gerechtigkeitsdefizite im System der dualen Versicherung

Eine *normative Grundlage* für die Bewertung des Systems der »dualen Versicherung« bietet der zweite Leitsatz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung. Darin hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Kompetenz des Gesetzgebers bestätigt, mit dem Pflegeversicherungsgesetz »eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung« einzurichten. Dabei habe der Gesetzgeber »eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen«, wobei er »die einzelnen Gruppen dem einen

oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen« durfte.¹⁶

Damit hat das Bundesverfassungsgericht den normativen Maßstab genannt, an dem Finanzierungsgerechtigkeit zu bemessen ist: eine »ausgewogene Lastenverteilung«. Diese ist insbesondere zwingend, weil die weit überwiegende Zahl der Versicherten entweder der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) zugewiesen wird, ohne diesbezüglich ein Wahlrecht zu haben.¹⁷ Werden Versicherte einem System zugewiesen und ihnen dadurch höhere Finanzierungslasten auferlegt, lässt sich dafür keine überzeugende Begründung finden.¹⁸

Tatsächlich kann von einer »ausgewogenen Lastenverteilung« nicht die Rede sein. Privatversicherte haben eine günstigere Alters-, Geschlechter- und Risikostruktur.¹⁹ Die durchschnittlichen Leistungsausgaben liegen in der SPV fast um den Faktor 3 höher als in der PPV. Werden die Leistungsausgaben durch Beihilfe einbezogen, reduziert sich der Unterschied, liegt aber immer noch bei einem Faktor von 1,9 – bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsregeln. Unterschiede zeigen sich auch im jährlichen Durchschnittseinkommen, das bei Privatversicherten fast doppelt so hoch ist wie bei den Sozialversicherten. Wenn auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen nach derzeitiger Rechtslage unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze und der Begrenzung der Beitragspflicht auf bestimmte Einkunftsarten abgestellt wird, sind die Einkommen der Privatversicherten immer noch um die Hälfte höher als die der Sozialversicherten.²⁰

Der kombinierte Effekt aus besserer Risikostruktur und höherem Einkommen zeigt sich, wenn der Beitragssatz berechnet wird, den das Kollektiv der bislang Privatversicherten zahlen müsste, wenn es eine eigene Sozialversicherung nach den Finanzierungsregeln der SPV bilden würde. Dieser läge fast um den Faktor 3 niedriger als der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz im Kollektiv der SPV-Versicherten.

Die beiden Versichertenkollektive unterscheiden sich in Bezug auf Einkommen und Pflegerisiko somit erheblich. Von der vom Bundesverfassungsgericht geforderten »ausgewogenen Lastenverteilung« kann nicht die Rede sein. Vielmehr zeigt sich hier aus Gerechtigkeitsüberlegungen ein deutlicher und dringender Reformbedarf.

2.1.2 Strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung

Das sogenannte »duale System« von Sozial- und Privatversicherung führt nicht nur zu einer höchst ungleichen und damit ungerechten Lastenverteilung zwischen Sozial- und Privatversicherten, es ist auch dysfunktional für eine *nachhaltige Sozialversicherung*, da »gute Risiken« die Sozialversicherung verlassen. Die *strukturelle Einnahmeschwäche* der Pflegeversicherung besteht darin, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkünfte langsamer wächst als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

Sie beruht allerdings nicht nur darauf, dass im Zeitverlauf »gute Risiken« von der SPV in die PPV wechseln. Vielmehr kommt es auch bei den SPV-Versicherten zu einem negativen Effekt, weil nur bestimmte Einkommensarten verbeitragt werden, nämlich im Wesentlichen die Einkommen aus Arbeit (einschließlich Lohnersatzleistungen und Renten / Pensionen) – und auch dies nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Steigen die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und Einkommen aus anderen Einkunftsarten stärker als die verbeitragten Einkünfte, führt auch das dazu, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Von 2000 bis 2023 ist das BIP um 95 Prozent gestiegen, die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied dagegen nur um 51 Prozent.²¹

Die strukturelle Einnahmeschwäche ist – neben der demographischen Entwicklung und der Ausweitung des Leistungsanspruchs insbesondere durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz – ein wesentlicher Grund für die Beitragssteigerungen. Nicht zuletzt aufgrund dieser strukturellen Einnahmeschwäche, errechnet das IGES-Institut unter Annahme einer werterhaltenen Leistungsanpassung einen Beitragssatzanstieg auf 4,5 Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2035.²²

¹⁶ BVerfG 2001: Rn. 92.

¹⁷ Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt 60(4/5): 81–87.

¹⁸ Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Gesundheitswesen 72(3): 154–160.

¹⁹ 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.

²⁰ Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung, Seite 20, online: www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2025/2025-01-29%20Pflegevollversicherung_Gutachten.pdf.

²¹ Eigene Berechnung auf Grundlage von Bundesministerium für Gesundheit: Kennzahlen und Faustformeln, Statistisches Bundesamt Fachserie 18 Reihe 1.5 (zuletzt 2024).

²² IGES (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung; online: www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73229/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ges.pdf. IGES (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit. Online: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88710/data/a57e74372daa9edc30149d9b452e96fo/250121-download-kurzbericht-pk-rekordanstieg-bei-sozialabgaben.pdf>.

TABELLE 1

Beitragssatzeffekte im Umstellungsjahr 2023

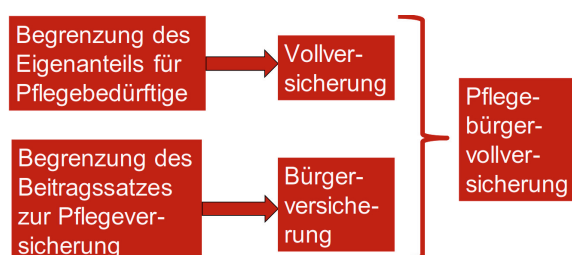
Modell	Ausgaben in Mrd. Euro pro Jahr	Ausgabendecken- der Beitragssatz in Prozentpunkten	Veränderung zum Status quo in Beitrags- satzpunkten
Status quo: soziale Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung	58,7	3,45	-
Bürgerversicherung: Alle Personen eingeschlossen, alle Einkommen verbeitragt, BBG 85.200 Euro (RV West)	61,1	2,76	-0,70
Vollversicherung (Variante 1) in der SPV (ohne Bürgerversicherung)	76,6	4,44	+0,99
Vollversicherung (Variante 2) in der SPV (ohne Bürgerversicherung)	81,4	4,77	+1,32
Pflegebürgervollversicherung (Variante 1)	79,8	3,54	+0,09
Pflegebürgervollversicherung (Variante 2)	87,2	3,81	+0,35

3. Pflegebürgervollversicherung als Lösungsoption

Das doppelte Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung benötigt eine entsprechende doppelte Lösung: Eine *effektive Begrenzung des Eigenanteils* kann durch eine *Vollversicherung* gewährleistet werden, die alle pflegebedingten Kosten der stationären Pflege übernimmt und in der häuslichen Pflege die Sachleistungen erhöht um die bislang gezahlten durchschnittlich gezahlten Eigenanteile zu kompensieren. Eine solche Vollversicherung erhöht aber – ceteris paribus – die Ausgaben der Pflegeversicherung. Dem kann durch eine *Bürgerversicherung* entgegengewirkt werden, die die gesamte Bevölkerung einbezieht und so den Beitragssatz begrenzt. Werden beide Reformelemente verknüpft, entsteht eine *Pflegebürgervollversicherung* (Abbildung 3). Um die strukturelle Einnahmeschwäche zu bekämpfen, können zudem weitere Einkunftsarten verbeitragt und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden.

ABBILDUNG 3

Pflegebürgervollversicherung als Lösung für das doppelte Finanzierungsproblem



Wie sich eine solche Pflegebürgervollversicherung auf die Beitragssatzentwicklung auswirkt, wurde jüngst in einem Gutachten für das »Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung« untersucht.²³ Für die Berechnungen wurden verschiedene Szenarien und Varianten verwendet, in Bezug auf den versicherten Personenkreis, die verbeitragten Einkommensarten, die Beitragsbemessungsgrenze und die Leistungshöhen.²⁴ Nachstehend werden die Ergebnisse in Bezug auf fünf Szenarien berichtet, die (Pflege)Vollversicherung (in zwei Varianten), die (Pflege)Bürgerversicherung und die (Pflege)Bürgervollversicherung (in zwei Varianten).²⁵

Berechnet wird der Effekt jeweils zunächst im »day after«-Szenario, also am Tag nach einer Umstellung und unter der Annahme, dass die Umstellung in einer virtuellen Sekunde sofort vollständig durchgeführt wurde. Damit kann der »reine« policy-Effekt gezeigt werden. Tatsächlich sind auch schrittweise Umstellungen denkbar, etwa indem die umfassende Versicherungspflicht für die Sozialversicherung ohne die Exit-Option private Pflegepflichtversicherung zunächst nur für alle Neufälle, nicht aber für die derzeit bereits Privatversicherten vorgesehen wird, wie unten ausgeführt wird.

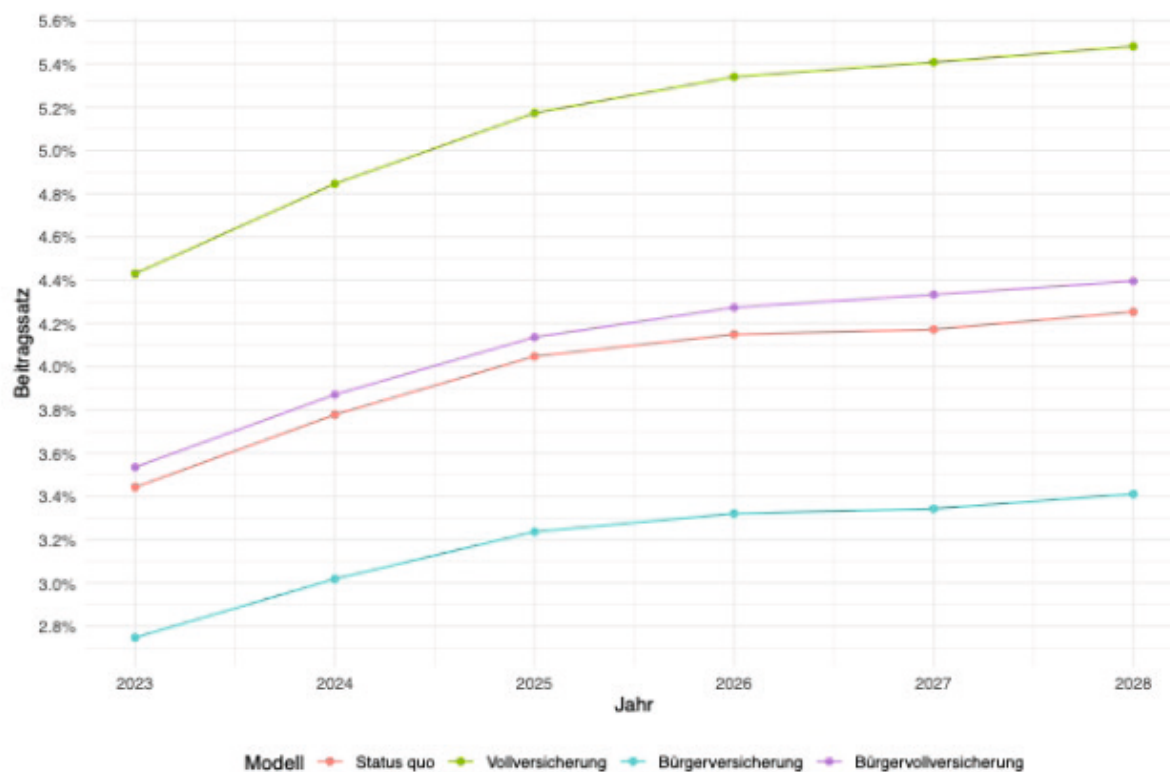
23 Rothgang / Domhoff (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung (wie FN 20).

24 Diese Beträge setzen sich aus zwei Komponenten zusammen. Einem pauschalen Betrag von monatlich 100 Euro zur Fallsteuerung und einem Betrag zur Abdeckung der Eigenanteile. Diese liegen in der häuslichen Pflege derzeit bei durchschnittlich 130 Euro. Für eine weitere Variante wurde dieser Betrag verdoppelt, um bislang ungedeckte Bedarfe abzubilden.

25 Die beiden Varianten unterscheiden sich lediglich dadurch, ob in der häuslichen Pflege eine Anhebung der Sachleistungen von 130 oder 260 Euro unterstellt wird.

ABBILDUNG 4

Prognose der Beitragssätze bis 2028



Das ausgewiesene *Basisjahr* der Berechnungen ist 2023. Dieses Jahr wurde gewählt, da 2022 das letzte Jahr ist, für das im Sozioökonomischen Panel die für die Berechnung notwendigen Mikrodaten umfassend und valide enthalten sind. Die Berechnungen werden zudem für eine *mittlere Frist* bis 2028 durchgeführt, da die aktuelle Gesetzeslage die Leistungsdynamisierung bis in dieses Jahr regelt. Sie werden ergänzt durch eine *langfristige Modellrechnung*, bei der Annahmen für die Leistungsdynamisierung beziehungsweise – im Vollversicherungsmodell – für die Entwicklung der Pflegesätze getroffen werden müssen, in Anlehnung an das Basiszenario der IGES.²⁶ Die Effekte werden in Beitragssatzpunkten dargestellt und zur Veranschaulichung beispielhaft in Euro-Beträge umgerechnet.

3.1 Beitragssatzeffekte zum Umstellungszeitpunkt

Eine Bürgerversicherung, bei der die gesamte Bevölkerung in die Versicherungspflicht der Sozialversicherung einbezogen wird und bei der gleichzeitig alle Einkommensarten beitragspflichtig werden und die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird, führt – *ceteris paribus* – zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes von 0,7 Beitragssatzpunkten.

Eine Vollversicherung in der beschriebenen Ausprägung erhöht den ausgabendeckenden Beitragssatz dagegen um einen Beitragssatzpunkt (in der Variante 1) bzw. 1,3 Beitragssatzpunkte (in Variante 2). Der ausgabendeckende Beitragssatz einer Bürgerpflegevollversicherung liegt in der Variante 1 nur geringfügig (weniger als ein Zehntel Beitragssatzpunkt) über dem ausgabendeckenden Beitragssatz im Status quo. In der großzügigeren Variante 2 ergibt sich dann jedoch ein Beitragssatzanstieg von 0,35 Beitragssatzpunkten.

Für Versicherte mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von bis zu 5.000 Euro würde die Pflegebürgervollversicherung (Variante 1) einen umfassenden Versicherungsschutz für einen Zusatzbeitrag von maximal 5 Euro ermöglichen.

3.2 Mittel- und langfristige Beitragssatzeffekte

Der positive Beitragssatzeneffekt der Bürgerversicherung ist auch auf mittlere Sicht bis 2028 annähernd ausreichend, um die Vollversicherung in Variante 1 zu finanzieren (Abbildung 4). In Variante 2 liegt der ausgabendeckende Beitragssatz dagegen dann bereits um mehr als vier Zehntel Beitragssatzpunkte oberhalb des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo.

Diese Effekte bleiben im Wesentlichen auf längere Frist stabil. Auch im Status quo steigt der Beitragssatz bis in die 2050er Jahre und erreicht gemäß Modellrechnung

²⁶ IGES, Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung (wie FN 2).

dann einen maximalen Wert von 5,1 Beitragssatzpunkten. Dieser Anstieg kann nur verhindert werden, indem auf eine werterhaltende Leistungsdynamisierung verzichtet wird, was aber zu einem kontinuierlichen Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen, steigenden Eigenanteilen und letztlich zu einer Delegitimierung der Pflegeversicherung führen würde.²⁷

In Bezug auf die hier untersuchten Reformmaßnahmen erweist sich der beitragsenkende Effekt der *Bürger-Versicherung* als langfristig stabil, obwohl sich die Altersstruktur der bislang Privatversicherten stärker ins höhere Alter verschiebt als die Altersstruktur der Sozialversicherten.²⁸ So liegt der ausgabendeckende Beitragssatz der Bürgerversicherung am Ende des Betrachtungszeitraums um knapp einen Beitragssatzpunkt niedriger als der im Status quo. Umgekehrt führt die *Voll-Versicherung* in Variante 1 – ceteris paribus – zu einem ausgabendeckenden Beitragssatz, der 2060 um 1,4 Beitragssatzpunkte oberhalb des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo liegt. Der ausgabendeckende Beitragssatz der *Pflegebürgervollversicherung* unterscheidet sich auch am Ende des Betrachtungszeitraums nur geringfügig (0,2 Beitragssatzpunkte) von dem Satz im Status quo.

Fazit

Die Pflegeversicherung hat ein doppeltes Finanzierungsproblem: Zum einen sind die Eigenanteile in der stationären Pflege derzeit – gemessen an der Zielsetzung der Pflegeversicherung – zu hoch und werden ohne weitere Maßnahmen in Zukunft noch weiter steigen. Zum anderen führt die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung gemeinsam mit demographisch bedingten und auf Leistungsverbesserungen beruhenden Ausgabensteigerungen dazu, dass der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in jüngster Vergangenheit in immer rascherer Folge deutlich angehoben werden musste, was der Zielsetzung, den Sozialversicherungsbeitrag insgesamt zu begrenzen, entgegenläuft. Im aktuellen Koalitionsvertrag wird daher eine »große Pflegereform« angekündigt.

Ein konkreter Reformvorschlag ist die *Pflegebürgervollversicherung*. Dies bezeichnet den Ausbau der Sozialversicherung zu einer Vollversicherung für die pflegebedingten Kosten in Kombination mit einer Bürgerversicherung, die gekennzeichnet ist durch den Einbezug der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung und die Verbeitragung aller Einkommensarten bis zu der Beitragsbemessungsgrenze, die bisher in der Rentenversicherung (West) gilt. Dabei wird unterstellt, dass die Versicherungspflichtgrenze gemeinsam mit der Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird.

Die Pflegebürgervollversicherung lässt sich gut begründen. Sie adressiert mit der Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege das aus Sicht der Pflegebedürftigen aktuell dringendste Problem, sieht aber auch zusätzliche Leistungen in der häuslichen Pflege vor, die in Variante 1 den bislang durchschnittlich aufgebrachtten Eigenanteilen entsprechen und zudem noch einen weiteren Betrag enthalten, der genutzt werden kann, um notwendige Fallsteuerungen zu finanzieren. In einer Variante 2 wurde zudem eine noch weitergehende Anhebung der ambulanten Sachleistung modelliert.

Die Vollversicherung führt zu Mehrausgaben, die aber bei gleichzeitiger Einführung der Bürgerversicherung praktisch ohne Beitragssatzsteigerung finanziert werden können. Die Berechnungen zeigen, dass die durch die Bürgerversicherung generierte Verbesserung der Finanzsituation auch langfristig ausreicht, um die Vollversicherung in der hier parametrisierten Variante 1 zu finanzieren. Werden für den ambulanten Bereich noch weitere Leistungen vorgesehen, resultiert allerdings ein relevanter Beitragssatzanstieg.

Die einzelnen Stellschrauben der Bürgerversicherung, nämlich die Einbeziehung der bisher Privatversicherten in die Sozialversicherung, der Einbezug weiterer Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führen jeweils für sich genommen zu einer Reduktion des ausgabendeckenden Beitragssatzes, und zwar in Höhe von je 0,3 Beitragssatzpunkten (Einbeziehung der bislang Privatversicherten, Verbeitragung aller Einkommensarten) bzw. 0,2 Beitragssatzpunkten (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze). Die errechneten Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Berechnungen von IGES.²⁹ Der größte Effekt von 0,7 Beitragssatzpunkten wird erzielt, wenn alle drei genannten Reformelemente gemeinsam umgesetzt werden.

Für die Versicherten mit einem Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze führt die Einführung der Pflegebürgerversicherung in der Variante 1 nur zu einer marginalen Veränderung der monatlichen Beiträge von weniger als 5 Euro. Dem steht die vollständige Übernahme der pflegebedingten Kosten in der Heimpflege und eine Leistungserhöhung im ambulanten Bereich gegenüber, die ausreichend ist, die derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteile zu kompensieren.

Für die Pflegesozialversicherung führen die Bürgerversicherungselemente zu einer Beendigung der strukturellen Einnahmeschwäche und stabilisieren die Finanzierung dieses Systems daher auch nachhaltig. Dennoch ist – allein aufgrund der demographischen Entwicklung – auch weiterhin mit einem Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen. Dieser wird gemäß den Ergebnissen der Modellrechnung in Variante 1 der Pflegebürgervollversicherung aber bis zum Ende des Projektionszeitraums einen Wert von 5,3 nicht übersteigen und damit lediglich 0,2 Beitragssatzpunkte über dem Wert für den Status quo liegen.

²⁷ Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus. IGES (2024), Langfristige Finanzentwicklung (wie FN 2).

²⁸ Rothgang / Domhoff (2019), Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung (wie FN 20).

²⁹ IGES (2024): Finanzielle Auswirkungen verschiedener Stellschrauben (wie FN 2).

Eine Pflegebürgervollversicherung ist also geeignet, die identifizierten Problemlagen effektiv zu bearbeiten und normativ gut begründbar. Ihre Einführung ist dennoch schwierig. Hierbei geht es zum einen um den konkreten Prozessverlauf und zum anderen um politische Widerstände, die Abstriche in der Konzeption erforderlich machen können.

Denkbar ist eine *schrittweise Einführung der Bürgerversicherung*, etwa indem zunächst ab einem Stichtag eine umfassende Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für alle neuen Versicherten verfügt wird, so dass die private Pflegepflichtversicherung ab diesem Zeitpunkt keine neuen Kunden mehr gewinnen kann. Der fiskalische Effekt entfaltet sich dann aber nur sehr langsam und ist zunächst vernachlässigbar gering. Bei einer solchen Umsetzungsstrategie ist die Bürgerversicherung daher als Maßnahme zur Gegenfinanzierung der Mehrkosten durch die Vollversicherung nicht geeignet. Das gilt auch, wenn etwa nur ein Teil der derzeit Privatversicherten in die SPV überführt wird, während ein ähnlich großer Teil in der PPV verbleibt.

Allerdings wäre eine solche Strategie gut mit Elementen der *Steuerfinanzierung* verknüpfbar. In ordnungspolitischer Betrachtung sollten »allgemeine Staatsaufgaben« beziehungsweise »gesamtgesellschaftliche Aufgaben« steuerfinanziert werden, während die Sozialversicherung nur die Ausgaben für das Eintreffen der Risiken finanziert, für die sie gegründet worden ist.

Bereits im Koalitionsvertrag 2021 wird festgestellt, dass die Beiträge, die von der Pflegeversicherung zur Sicherung der informellen Pflegepersonen an die Rentenversicherung abgeführt werden, eine allgemeine Staatsaufgabe sind, da sie der Armutsvermeidung dienen. Für deren Finanzierung wird – so wie für die besonderen Ausgaben in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie – ein Steuerzuschuss gefordert. Zudem wird die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in § 8 Abs. 1 SGB XI

ausdrücklich als »eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe« definiert. Diesem Gedanken folgend ließe sich daher ein Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung auch über die genannten Ausgabenposten hinaus fordern.

Eine andere Form der Umsetzung des Grundgedankens der Bürgerversicherung wäre als erster Schritt die Etablierung eines umfassenden *Finanzausgleichs auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite*. Analog zu den Regelungen im Gesundheitsfonds könnten die Versicherten dabei einkommensabhängige Beiträge in den Ausgleichsfonds abführen, während ihr Versicherungsträger im Gegenzug nach Alter und Geschlecht differenzierte standardisierte Leistungsausgaben erhält. Um die unterschiedlichen Pflegeprävalenzen der Privatversicherten zu berücksichtigen, wäre in der nächsten Ausbaustufe die Berücksichtigung weiterer Morbiditätsdaten vorzusehen – wie sie auch bei der Umwandlung des (alten) Risikostrukturausgleichs in der GKV zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bestimmt wurden.

Schließlich wären auch Abstriche bei der Vollversicherung möglich. So wird im Modell des Sockel-Spitzen-Tausches an einer Eigenbeteiligung auch an den pflegebedingten Kosten festgehalten, allerdings wird für diesen Eigenanteil ein maximaler monatlicher Betrag festgesetzt, der zudem einen gleichfalls festgesetzten Gesamtbeitrag nicht überschreiten darf.³⁰ So kann der notwendige Finanzmehrbedarf abgesenkt werden, während die Eigenanteile auf ein sozialverträgliches Niveau begrenzt werden.



Heinz Rothgang forscht und lehrt an der Universität Bremen, wo er die Abteilung »Gesundheit, Pflege und Alterssicherung« leitet.

³⁰ Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung, Seite 20, online: www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2025/2025-01-29%20Pflegevollversicherung_Gutachten.pdf.

Über-, Unter- und Fehlversorgung: aktueller denn je

Von Matthias Schrappe

Seit dem Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR Gesundheit) aus dem Jahr 2000 ist die Wortmelodie der Termini »Über-, Unter- und Fehlversorgung« aus der gesundheitspolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Lange hat man sich vor allen mit der Über- und Fehlversorgung beschäftigt, die durch Behandlungsmethoden ohne hinreichenden Nutzenbeleg und durch solche mit Mängeln in punkto Qualität und Patientensicherheit gekennzeichnet sind. Heute ist die Bevölkerung allerdings, wie Umfragen in großer Deutlichkeit zeigen, in zunehmendem Maße mit Unterversorgung konfrontiert: einer Nichtverfügbarkeit von medizinisch und pflegerisch indizierten, Nutzen-basierten Leistungen.

Hintergrund

Die Symptomatik der Defizite der Gesundheitsversorgung sind bekannt.¹ Die deutsche Gesundheitsversorgung in Therapie-orientiert und vernachlässigt (und unterfinanziert) die Prävention. Die Versorgung orientiert sich an Institutionen (»die Krankenhäuser«, »die Hausärzte«) statt am Bedarf der Patienten. Sie ist bedingt durch die pauschalierte Finanzierung (zum Beispiel durch die DRG im Krankenhaus) einem starken Mengenanreiz ausgesetzt. Sie ist operativ orientiert statt konservativ (operative Eingriffe sind abrechnungstechnisch besser zu fassen), und sie leidet unter einer Sektor-egoistischen Optimierung, wodurch die regional und Populations-bezogenen Versorgungsbedürfnisse aus dem Blick geraten. Diese Fehlorientierung bildet sich in den gesundheitspolitischen Gesetzgebungsinitiativen idealtypisch ab (zum Beispiel Krankenhaus-Reformen). Bei diesen handelt es sich ausnahmslos um sektorale Optimierungsversuche, die absehbar keinerlei positive Veränderungen

erbringen werden – dafür aber die unerwünschten Nebenwirkungen in vollem Umfang präsentieren (wie etwa die Unterversorgung, siehe unten). Die Gesamtheit der Versorgung in ihrer regional und von Population zu Population sehr unterschiedlichen Morbiditäts- und Finanzierungsstruktur wird nicht adressiert. Das aktuell diskutierte »Primärarzt-System« führt sogar noch eine zusätzliche Sektorschranke zwischen der primär- und sekundärfachärztlichen Versorgung ein. Die Versuche, durch mehr als ein Dutzend von Ansätzen zur »Integrierten Versorgung« in ihren zahlreichen Spielarten eine Verbesserung der Interaktion der Sektoren (ambulante Versorgung, stationärer Bereich, Pflege etc.) zu erreichen, erreicht gerade dies nicht: eine wirkliche Integration durch eine Auflösung der Sektorengrenzen. Der neueste Versuch mit den sogenannte »Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen« nach §115g SGB V aus der Krankenhausreform, die rein nach den Regeln der stationären Budgetlogik finanziert werden, ist ein beredtes Beispiel.

 Tabelle: Jede sektorale Optimierung war von vergeblichen Versuchen zur Steigerung der Integration begleitet: GSG Gesundheitsstrukturgesetz, Amb. OP Ambulantes

1 Vergleiche Matthias Schrappe, Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen, Berlin 2014.

TABELLE			
1993	GSG (Seehofer)	FP und SE	Prä-, poststat. Behandlung § 115a, Amb. OP § 115b
2000	GRG (Schmidt)	DRG	DMP's § 137, Integrierte Versorgung § 140a ff.
2003/4	FPG GMG (Schmidt)	DRG G-BA	MVZ § 95, HZV § 73b, Amb. Bhdg. im Krhs § 116a, Hochspez. Leistungen § 116b
2011	VStG (Bahr)	Amb. Vers.	Amb. Spezialfachärztl. Versorgung nach § 116b [neu] als sog. ASV
2013	PsychEntgG (Bahr)	Psych-DRG	Geriatr. Institutsamb. GIA § 118a
2015	GKV-VSG (Gröhe)	Amb. Vers.	Besondere Vers. § 140a ff. [neu] Inno-Fonds mit SP Integration
2024	KhTrG (Lauterb) KHVVG (Laut.)	Versorg.-Level Vorhaltebudget	Spez. Sektor-gleiche Vers. § 115 f. Sektorübergr. Versorgungseinrichtungen § 115g

Operieren, GRG Gesundheitsreformgesetz, DMP Disease Management Programm, FPG Fallpauschalengesetz, DRG Diagnosis-Related Groups, MVZ Med. Versorgungszentrum, HZV Hausarzt-Zentrierte Versorgung, GMG Gesundheitsmodernisierungsgesetz, G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss, VStG Versorgungs-Stärkungsgesetz, ASV Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, PsychEntG Psychiatrie-Entgelt-Gesetz, GKV-VSG Gesetzliche Krankenversicherungs-Versorgungs-Stärkungs-Gesetz, InnoFonds Innovationsfonds, KHTrG Krankenhaus-Transparenz-Gesetz, KHVVG Krankenhaus-Versorgungs-Verbesserungs-Gesetz.

Systematik

Die genannten grundsätzlichen Fehlanreize im deutschen Gesundheitssystem führen oft zu einem gleichzeitigen Auftreten eines »Zuviel« an Versorgung, einer ungenügenden Qualität und Patientensicherheit und, neuerdings verstärkt, zu einem »Zuwenig« an Versorgung. Qualitätsmängel und dieses Zuviel beziehungsweise Zuwenig hängen aber natürlich in starkem Maße von der jeweiligen Sichtweise ab. Manchen Patienten kann es gar nicht zu genug Behandlung geben, gerade wenn er ängstlich oder selbst in seiner gesundheitlichen Wahrnehmung unsicher ist. Anderen Patienten ist jeder Arztkontakt lästig, sie minimieren ihn nach Möglichkeit. Und schließlich gibt es Personen, denen die Wartezeit im Arztzimmer (ein Qualitätsmangel) gar nicht lange genug dauern kann, weil die dortigen Gespräche unter Nachbarn der einzige Außenkontakt sind. Studien belegen zudem, dass viele Patienten bereitwillig und informiert Qualitätsmängel eingehen, wenn sie dafür eine Wohnort-nahe Versorgung erhalten.

Historisch betrachtet gaben lange Zeit die Aussagen der Ärzte und der Behandlungsinstitution in der Versorgung den Ausschlag. Wurde betont, es sei alles gut gelaufen, dann galt dies unhinterfragt als das letzte Wort. Wenn es hieß, der Patient müsse noch über das Wochenende im Krankenhaus bleiben, wurde dies befolgt, kaum jemand fragte nach. Im Gefolge der Individualisierung und (so man könnte sagen) Ent-Säkularisierung der Gesundheitsversorgung hat sich die Lage verändert. Heute ist der »informierte Patient« mit hoher Selbständigkeit das *role model*, wobei es auch Ausnahmen gibt. Einige Patienten geben lieber alles aus der Hand, weil sie sich zum Beispiel mit den anstehenden Entscheidungen nicht auseinandersetzen möchten. Es bleibt dabei: dem ärztlichen Wort wird hohes Gewicht beigemessen.

Eine zumindest graduelle Änderung trat ein, als die Evidenz-basierten Medizin (EbM) begann, die Wissensbasis für medizinische und pflegerische Entscheidungen systematisch darzustellen und dabei das fachliche beziehungsweise wissenschaftliche Wissen einzubeziehen, und zwar unabhängig vom individuellen Meinungsbild der Behandler. Dieses Prinzip hielt auch in gesundheitspolitischen Entscheidungen Einzug, wo man gerne eine Methodik nutzen wollte, die eine Lobbyisten-freie Bewertung von Behandlungsmethoden versprach. Diese

Evidence-based Health Care (EBHC) bezog sich auf Populationen und stellte sich der schwierigen Aufgabe, auch Studienergebnisse jenseits des klassischen Designs der kontrolliert-randomisierten Studie für die Bewertung zu nutzen.²

Der Dreh- und Angelpunkt der EBHC ist der Nachweis von Nutzen einer Behandlungsmethode. Der Nutzen muss nicht nur auf individueller Ebene dargelegt werden, sondern auch auf der Ebene der Populationen, also zum Beispiel bestimmte Altersgruppen oder Patientengruppen mit definierten Vorerkrankungen oder auch gleichem Wohnort. Dies spielt eine große Rolle, wenn es um den Bedarf an einer Behandlungsmethode und die damit verknüpfte Allokationsentscheidungen geht.

Vor gut zweieinhalb Jahrzehnten griff der SVR Gesundheit in dem bereits erwähnten berühmten Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung diesen Ansatz auf.³ Der Bedarf von Nutzen- und Evidenz-basierten Methoden sollte systematisch erfasst und einerseits vom Begriff der Nachfrage und andererseits vom subjektiven Bedürfnis nach einer Behandlung abgegrenzt werden. Das Gutachten führte den Begriff des »objektiven Bedarfs«⁴ ein. Er postulierte, dass so adressierte Behandlungsmethoden auch in der politischen Priorisierung vorgezogen und in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden müssten.

Den Wunsch nach einer kosmetischen Behandlung beispielsweise bezeichnete der SVR dagegen als »subjektiven Bedarf«. Die im Laufe der Zeit auftretenden Zweifel an der Trennschärfe dieser Systematik antizipierte er bereits damals.⁵ Die Nachfrage, sprich: die Zahlungsbereitschaft, sah er jedenfalls nicht als ausreichende, auch nicht als notwendige Bedingung an.

Aus dieser Grundüberlegung heraus definierte der SVR die Begriffe Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung und stellt damit eine Systematik auf, die bis heute ihre Gültigkeit bewahrt hat.⁶ Die Überversorgung wird im Gutachten wie folgt definiert:

»Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen (z. B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden, sind medizinische Überversorgung.«⁷

2 Vergleiche Matthias Schrappe / Peter Scriba, Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100, 2006, 571-80.

3 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Teil III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nr. 20-23. Online: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Band_III_BT_Drucksache.pdf.

4 A.a.O., Nr. 19.

5 Gerade im Zusammenhang mit auch politisch zu entscheidenden Allokationsfragen ist neben dem Wirksamkeitsnachweis immer auch die Frage der Angemessenheit zu berücksichtigen. Zum Begriff siehe Matthias Schrappe / Holger Pfaff, Einführung in die Versorgungsforschung. In: Dies. / Edmund Neugebauer / Gerd Glaeske (Hrsg.) Lehrbuch Versorgungsforschung, 2017, 32-35, online: https://schrappe.com/ms2/texte/vf2014/index_html_files/vf_kap1_schrappe_pfaff_2017.pdf.

6 Ebenda, Seite 1-68.

7 SVR Gesundheit 2000/1, III-1, Seite 52, Nr. 40.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat 2019 die Leitlinie »Schutz vor Unter- und Überversorgung« veröffentlicht. Sie bestimmt die Begriffe der Unter- und Überversorgung in Bezug auf den »gesundheitlichen Nutzen und Schaden«. Jede medizinische Behandlung und Diagnostik bringt Risiken mit sich und führt möglicherweise zu Schäden. Sofern der Nutzen überwiegt, spricht die Leitlinie an das Gutachten des SVR Gesundheit von »Bedarf«. Eine »Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen«, sind demnach eine Überversorgung. In solchen Fällen besteht kein Bedarf, daher ist kein Nutzen zu erwarten. Wenn dagegen potentiell nützliche Behandlungen unterbleiben, handelt es sich um Unterversorgung. Die Leitlinie definiert sie als »unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung«.

Bei der Überversorgung handle sich um ein weitverbreitetes Problem: »Schätzungen gehen in westlichen Ländern von bis zu 30 Prozent nutzlosen und 10 Prozent sogar schädlichen medizinischen Leistungen aus – eine andere Arbeit berichtet von 15 Prozent Überversorgung.« Bei rund 500 Milliarden Euro pro Jahr, die in das deutsche Gesundheitswesen fließen, könnten die finanzielle Kosten entsprechend zwischen 150 und 300 Milliarden Euro betragen, wobei die unterschiedlichen, nicht-inzidierten Therapien natürlich

unterschiedlich hohe Kosten verursachen (Arztgespräche, Medikationen, chirurgische Operationen etc.,). Die finanziellen Schäden durch Fehlversorgung lassen sich kaum beziffern, aber sie sind beträchtlich. Sowohl zu wenig als auch zu viel medizinische Interventionen ziehen hohe Folgekosten nach sich. Unterversorgung und fehlende Prävention führen zu längeren, schwereren und häufiger chronischen Erkrankungen, die behandelt werden müssen. Diese so entstehenden Kosten sind hinzuzurechnen.

Die DEGAM-Leitlinie erwähnt als negative Folgen außerdem verschwendete Arbeitszeit und den überflüssigen Ressourcenverbrauch. »Da Überversorgung im Bereich technischer Interventionen, Medikamentenabgaben und unnötiger Konsultationen (Verkehr) stattfindet, nehmen wir an, dass in Deutschland etwa 0,1-0,25 Tonnen CO₂ pro Kopf durch Überversorgung entsteht.«

In Bezug auf die strukturellen Ursachen von Überversorgung heißt es in der Leitlinie: »In ungünstiger Weise ressourcenverbrauchend wirkt auch die Orientierung der Medizin an den Prinzipien des freien Marktes. Kliniken, Ärzt:innen und andere Gesundheitsdienstleister werben um Patientinnen und Patienten mit vielfältigen, populären, zweifelhaften und auch unseriösen Angeboten, sogenannten IGeL-Leistungen.«

Quelle: DEGAM e.V. (2025) Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie Living Guideline. Seite 8, 13, 17. ■ mb

Häufig tritt eine Überversorgung gemeinsam mit einer sogenannten Fehlversorgung auf:

»Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht, bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotential ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen.«⁸

Im Kontext der Gesundheitsversorgung sind jedoch nicht nur die Begriffe Über- und Fehlversorgung eng mit den Themen Bedarf, Nutzen und somit auch Evidenz verbunden, sondern auch der Begriff Unterversorgung. Der SVR definiert:

»Eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind, ist eine Unterversorgung.«⁹

Zusätzlich zu dem »anerkannten Bedarf« müssen also Leistungen »mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen vorliegen«, sonst wäre der Begriff der Unterversorgung nicht objektivierbar. Wie vorangehend ausgeführt, war diese Bezugnahme historisch möglich

und realistisch, weil in den Jahren zuvor durch das Aufkommen der *Evidence-Based Medicine* erstmalig eine Methode zur Verfügung stand, die das für die Nutzenbeurteilung notwendige fachliche und wissenschaftliche Wissen identifizieren, in ihrer Tragfähigkeit beurteilen und transparent synthetisieren konnte (zum Beispiel durch Systematische Reviews und Metaanalysen). Die »Eminenz-basierte Entscheidungsfindung« durch Stellungnahmen und Fachkongresse konnte so ergänzt und überwunden werden, wodurch Bewertungen und Allokationsentscheidungen auf ein anderes Fundament gestellt wurden.

Im typischen Fall tritt eine Unterversorgung jedoch nicht isoliert auf, sondern in Kombination mit einer Überversorgung. Ja sie kann sogar durch eine solche bedingt sein, wenn zum Beispiel die Personalressourcen durch Maßnahmen der Überversorgung absorbiert werden und daher für eine adäquate Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Aus dieser Perspektive kann eine Unterversorgung auch als Fehlversorgung verstanden werden, »da entgangener Nutzen [durch das Unterlassen der Behandlung, MS] vermeidbaren Schaden bedeutet.«¹⁰

8 Ebd.

9 Ebd.

10 Ebd.

Übersicht: Die Aktualität des Begriffs

Unterversorgung

Zunächst ist jedoch eine systematische Strukturierung des Begriffs der Unterversorgung geboten. Es sind folgende Fälle zu unterscheiden:

- Patienten haben keinen Zugang zu einer Behandlung, entweder weil sie darüber nicht informiert sind, weil sie diese nicht erreichen können oder weil die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangs- bzw. access-Problematik);
- Patienten haben Zugang, die Behandlungsleistung wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (Kombination mit Fehlversorgung, s.o.);
- Patienten erhalten grundsätzlich Zugang, die Leistung wird adäquat erbracht, aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems werden die Leistungen verknappt oder wären gar nicht indiziert gewesen (wären vermeidbar gewesen, zum Beispiel durch Prävention und Kooperation der Behandler).

Es gibt Überschneidungen dieser drei Formen, sie können oft gemeinsam auftreten.

Fall 1: Mangelnder Zugang als Ursache von Unterversorgung¹¹

Ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen eingeschränkt, äußert sich dies meist durch die Schwierigkeit, einen Termin für eine Behandlung zu erhalten, gerade im Bereich der ambulanten Facharztversorgung. Es sind drei Fälle zu unterscheiden:

1. Die Patienten erhalten keinen Zugang zu einer Leistung, da sie über das Vorhandensein der Leistung nicht informiert sind, oder weil sie nicht wissen, dass sie indiziert wäre.¹² Krankenkassen und auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Unabhängige Patientenberatung sind zwar verpflichtet, Patienten über Gesundheitsleistungen und ihre Indikationen aufzuklären, aber es bleiben Defizite bestehen (Thematik Gesundheitserziehung). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat die Informationsplattform www.gesundheitsinformation.de zur Verfügung gestellt, es gibt außerdem eine ganze Reihe von Krankheits- bzw. Krankheitsgruppen-spezifischer Foren.
2. Patienten wollen Leistungen in Anspruch nehmen, können dies jedoch nicht. Dies ist die klassische Zugangsproblematik, der für Gesundheitssysteme insgesamt und für regionale bzw. Populations-bezogene Versorgungskonzepte typisch ist und durch sogenann-

te *area*-Indikatoren beschrieben wird. Man unterscheidet folgende Unterformen:

- 2a. Geographische Dimension: der Zugang ist nicht möglich, da Patienten die Versorgung wegen der Entfernung und/oder der Verkehrsinfrastruktur nicht erreichen können. In den letzten Jahren ist dieser Sachverhalt in vielen Regionen durch die Schließung von Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder auch Apotheken auch in Deutschland sichtbar geworden. Er spielt eine große Rolle bei der Bedarfsplanung von Versorgungsstrukturen (z.B. Krankenhausversorgung), vor allem auch als »Gegenspieler« zur Zentralisierung, für die aus Gründen der Volume-Outcome-Beziehung eine Qualitätsverbesserung angenommen wird, und bei der der etwaige Qualitätsgewinn nicht durch eine Verschlechterung der Erreichbarkeit egalisiert oder ins Gegenteil verkehrt werden sollte.
- 2b. Finanzielle Dimension der Zugangs-Problematik: Die Leistung ist erreichbar und den Patienten bekannt, sie können diese Leistung jedoch aus ökonomischen Gründen (z.B. durch mangelnden Versicherungsschutz¹³) nicht wahrnehmen.¹⁴ Diese Form der Zugangs-bedingten Unterversorgung war und ist in den USA eines der Hauptprobleme der Gesundheitsversorgung.
- 2c. Die soziale Dimension, davon abzugrenzen, beschreibt Gesundheitsversorgung als Problem der gesellschaftlichen Stellung der Patienten. Dazu gehört nicht nur Schichtzugehörigkeit, sondern auch Bildungsstand, Wohn- und Arbeitssituation. Hier liegt eines der wichtigsten Defizite heutiger Gesundheitspolitik, in der Gesundheit und Krankheit zunehmend individualisiert werden und die soziale Bedingtheit vollständig aus dem Blick geraten ist (wie etwa die Vernachlässigung sozialer Aspekte bei der nicht-pharmakologischen Prävention während der Corona-Epidemie verdeutlicht).
- 2d. Strukturelle Bedingungen, in erster Linie in der Kooperation und Koordination der Behandlung durch die unterschiedlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung (wobei Überschneidungen mit Fall 2 vorliegen). Alle Versorgungsangebote sind erreichbar, aber die Patienten erhalten nicht die indizierte Versorgung, da die Interaktion der Behandler nicht abgestimmt ist.
- 2e. Die navigationale Unterversorgung ist verschränkt mit den strukturellen Bedingungen (2d) und beschreibt eine Unterversorgung wegen der (verständlichen) Unfähigkeit der Patienten, sich in dem hochkomplexen Versorgungssystem zurechtzufinden.¹⁵ Dies beginnt bereits bei der Terminvergabe, »weil man niemanden kennt«. Dies betrifft im nicht nur GKV-versicherte Patienten, sondern auch »nicht vernetzte« Privatversicherte.

11 Dieser Abschnitt basiert in Teilen auf dem Gutachten der Autorengruppe Gesundheit vom 30. 3. 2025: Matthias Schrappe / Hedwig Francois-Kettner / Franz Knieps / Klaus Kraemer / Hartmut Reiners / Martin Scherer und Thomas Voshaar, Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen - das unterschätzte Problem. Monitor Versorgungsforschung 18, 2/2025, 47-64 (unter Mitarbeit von Jürgen Windeler).

12 Eva Maria Bitzer / Kristine Soerensen, Gesundheitskompetenz – Health Literacy. In: Das Gesundheitswesen 2018, 80, 756-66.

13 Zur Problematik im deutschen Gesundheitswesen bzgl. GKV / PKV vergleiche Markus Lungen, Björn Stollenwerk / Philipp Messner / Karl Lauterbach / Andreas Gerber, Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. In: International Journal for Equity in Health, 7, 2008, 1.

14 Vergleich den Leitartikel von Renie Drummond / Phil Fontanarosa, Theme Issue on Access to Health Care. Call for Papers. In: The New England Journal of Medicine. 295, 2006, 2182-3.

15 Andrea Foltmann / Amelie Kießling, Gesundheitsrecht.blog Nr. 41, 2024, online: <https://doi.org/10.13154/294-12601>.

Fall 2: Qualitätsdefizite und andere Formen der Fehlversorgung

Eine Versorgung mit negativem Nettonutzen, so die Kurzdefinition von Fehlversorgung, ist ein umfangreiches Thema. In der Vergangenheit wurde Fehlversorgung immer im Zusammenhang mit Überversorgung diskutiert, der zusammengesetzte Begriff der »kombinierten Über- und Fehlversorgung« galt als omnipräsente Diagnose. Derzeit rückt jedoch die Kombination zwischen Fehlversorgung und Unterversorgung in den Blickpunkt. Einerseits wird Unterversorgung durch eine fehlerhafte, nicht den medizinischen Standards entsprechende Versorgung verursacht. Andererseits liegt Fehlversorgung vor, wenn die indizierte Versorgung durch Elemente von Überversorgung substituiert oder ergänzt wird (zum Beispiel die erzwungene Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen als Eingangshürde für die Terminvergabe).¹⁶

1. Die Unterversorgung durch Qualitätsdefizite kann hier nur kurz dargestellt werden. In Deutschland konzentriert sich die Qualitätsdiskussion und die Verfügbarkeit von Qualitätsindikatoren immer noch auf die operativ zu behandelnden Akuterkrankungen. Defizite in der Behandlung von multimorbiden chronisch Erkrankten werden weder gemessen noch einem Verbesserungsansatz unterworfen (Beispiel: MRT bei Rückenschmerzen). Sowohl die Kombination von Fehl- und Unterversorgung als auch die Kombination von Fehl- und Überversorgung verwehren den Patienten die Inanspruchnahme von adäquaten Leistungen.
2. Eine Unterversorgung durch den Ersatz von angemessenen Leistungen durch Elemente von Überversorgung (kombinierte Über- und Unterversorgung) ist häufiger als gemeinhin angenommen. Überversorgung bindet nicht zuletzt Arbeitszeit und verschlechtert schon allein dadurch den Zugang zu Behandlungsleistungen. Sogenannte IGeL-Leistungen werden Patienten oft sehr eindringlich nahegelegt. Vermehrt wird auch berichtet, dass solche Untersuchungen und Leistungen als Eintrittsbedingungen zur regulären Behandlung genannt werden. Da diese Leistungen von den Patienten finanziell selbst getragen werden müssen, bilden sie eine Zugangsbarriere für die eigentliche Behandlung, ganz abgesehen von der Fehlversorgung, die von solchen Leistungen ausgehen kann (zum Beispiel falsch-positive Befunde bei falsch eingesetzten Screening-Untersuchungen).

Fall 3: Unterversorgung durch Struktureigenschaften des Gesundheitssystems

Selbst wenn Patienten informiert sind, die Leistungen grundsätzlich angeboten werden und die Patienten Zugang zu ihnen haben, kann Unterversorgung durch eine

Verknappung auf Systemebene entstehen. Der bekannteste Fall ist das staatliche *Nation Health System* in Großbritannien, das durch Sparmaßnahmen derart zerrüttet ist, dass lange Wartezeiten selbst auf dringliche Behandlungen entstehen. Allerdings muss auch in Deutschland mit solchen Formen der Unterversorgung gerechnet werden, zum Beispiel in der Arzneimittelversorgung, soweit Systemfragen (System der Preisverhandlungen) für diese verantwortlich sind.

Der zweite Fall bezieht sich auf eine Unterversorgung, die selbst dann auftritt, wenn eine solche Knappheit nicht besteht, aber die Versorgung wegen Dysfunktionalitäten dennoch nicht beim Patienten ankommt. Im deutschen Gesundheitswesen führt vor allem die Sektorisierung dazu, dass trotz grundsätzlich gegebenem Zugang, genügenden finanziellen Mitteln und dem Vorhandensein der Behandlungsleistungen trotzdem die Versorgung und Versorgungsqualität nicht zufriedenstellend ist. Verstärkt wird diese Situation durch die nicht sinnvolle Dualität von privaten und gesetzlichen Kassen im Versicherungssystem.

Aktuell: Gefährdung Evidenz-geleiteter Behandlungs- und Allokationsentscheidungen

Die Gleichung »Studien => Evidenz für Nettonutzen => Allokationsentscheidung auf Systemebene« eignet sich grundsätzlich dazu, eine bedarfsgerechte Versorgung festzulegen und ein Zuviel oder ein Zuwenig festzustellen. Allerdings schließt das Konzept EbM Entscheidungen unter Berücksichtigung der individuellen Situation ein, was die Bewertung von Unter- oder Überversorgung schwieriger macht. Diese Abgrenzung der Allokationsentscheidung auf Systemebene von der individuellen Behandlungsentscheidung spielt natürlich umso weniger eine Rolle, je eher eine klare Evidenz und günstige finanzielle Umfeldbedingungen für eine Behandlung sprechen. Problematischer ist die Abgrenzung aber zum Beispiel bei Behandlungsmethoden mit professioneller Akzeptanz, aber (noch) ungenügender Studienlage, insbesondere, wenn die Generierung guter Evidenz auf Hindernisse stößt (gerade bei nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden wie Physiotherapie etc.).

Wie bereits erwähnt führte der SVR den Begriff des »objektiven Bedarfs« ein: »Ein objektiver Bedarf für eine Behandlungsmethode einer medizinisch nachweisbaren Krankheit liegt vor, wenn sie fachlich und wissenschaftlich begründet einen positiven Nettonutzen aufweist.«¹⁷

Ein objektiver Bedarf für eine Intervention besteht folglich dann, wenn diese ausdrücklich auf der Basis derzeit bester Evidenz im Einzelfall eine positive Nutzen-Schaden-Relation erwarten lässt. Der Bedarf umfasst dabei Inhalt, Zeit, Ort und Qualität dieser Intervention. Diesen objektiven Bedarf festzustellen und damit eine Messlatte für die Bewertung von Unter- oder Überversorgung zu liefern, wird jedoch zunehmend schwierig.

¹⁶ Siehe Forsa-Umfrage, FAZ vom 25.6.25: »In der Forsa-Umfrage stellte sich heraus, dass 56 Prozent der Kassenpatienten gegenüber Privatversicherten bei der Terminvergabe schon einmal benachteiligt wurden; 35 Prozent verneinten das. 17 Prozent hatten einen zeitnahen Termin nur deshalb bekommen, weil sie zusätzlich oder alternativ Selbstzahler- oder IGeL-Leistungen gebucht hatten, also individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht im Katalog der gesetzlichen Kassen enthalten sind und daher privat bezahlt werden müssen.«

¹⁷ SVR 2000/1, III-1, Nr. 19 (wie FN 4).

Insbesondere betrifft dies die Differenzierung zwischen Behandlungswunsch (auch »subjektiver Bedarf«) und Behandlungsentscheidungen bei positiver Nutzenbewertung mit hinreichender externer Evidenz (»objektiver Bedarf«). In der Konsequenz fallen die *Evidence-based Practice*, wo der patientenseitige Behandlungswunsch und die fachliche Erfahrungsebene der Behandler eine zentrale Rolle spielen, und die *Evidence-based Health Policy* (Allokationsentscheidung im G-BA) immer weiter auseinander.

Dazu tragen mindestens fünf externe Faktoren maßgeblich bei, die das Nutzen-bezogene Konzept professioneller und Systementscheidungen bedrohen:

1. Durch die Wiederbelebung des »Kochbuch-Medizin«-Argumentes aus den 90er Jahren wird die Methode der EbM von Identifikation von Wissen, dessen Bewertung und Synthese (systematische Reviews und Metaanalysen) als Innovations-hemmend bezeichnet und gemeinsam mit dem Hinweis auf dessen angeblich paternalistischen Charakter (»Ihr Arzt kann nicht frei entscheiden«) als medizinische Versorgung auf Substandard-Niveau dargestellt.¹⁸
2. Kontrollierte klinische Studien sollen durch Auswertungen großer Datenmengen abgelöst werden (»big data«), bei denen sogar die grundlegende wissenschaftliche Forderung der ex ante-Festlegung von präzisen Fragestellungen relativiert wird (»end of theory-Ansatz«).¹⁹
3. Durch das Aufkommen der »personalisierten Medizin« wird eine so ausgeprägte Differenzierung von Patientengruppen propagiert, dass nicht nur die *Orphan Drug*-Regelungen des SGB V in Anspruch genommen werden konnten (erleichterte Zulassung²⁰), sondern über den »n=1 Ansatz« die Sinnhaftigkeit von Studien mit doppelblindem Randomisationsdesign grundsätzlich in Frage gestellt wird.²¹
4. Zunehmend werden Patientenverbände in die Entscheidung einbezogen, die teilweise ganz offen durch Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse unterstützt werden und die strenge Methodik der Evidenzgenerierung als zu schwerfällig und langsam darstellen beziehungsweise einen rascheren Zugang zu neuen oder alternativen Behandlungsmethoden fordern.²²
5. Durch gesundheitspolitische Interventionen in den letzten beiden Legislaturperioden wurde die Begründungspflichtigkeit für Therapien und Interventionen auf Systemebene immer weiter nivelliert, wie es geradezu paradigmatisch im »Gesundes-Herz-Gesetz« sichtbar wurde: Das Bevölkerungs-Screening auf Hyperlipidämien mit anschließender medikamentöser Behandlung ist wissenschaftlich nicht abgesichert.²³

All diese Entwicklungen führen zu einer Relativierung beziehungsweise sogar zu einem Verlust des Maßstabs, sodass die Schwelle für einen objektiven Bedarf abgesenkt wird und es zu einer »Inflation« von Unterversorgung kommt. Wird die Relevanz einer Evidenz-basierten Nutzenbewertung in Frage gestellt, dann besteht die Gefahr, dass der Begriff der Unterversorgung als Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussion ausfällt. Dies ist gesundheitspolitisch brisant, weil so die tatsächliche Unterversorgung kaschiert und nicht mehr adäquat thematisiert werden kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Thematik »Unterversorgung« nicht nur von hoher tagespolitischer Relevanz, sondern verweist auch auf die Herausforderung einer Neubewertung und Erweiterung ihrer theoretischen Grundlagen. Es ist insbesondere eine stärkere Ziel- und Problem-Orientierung des Begriffes anzustreben, was letztlich einer ergänzenden Bewertung auf der Ebene von Angemessenheit und politischer Präferenz gleichkommt. Nicht alles, was bewiesen ist, entspricht auch den gesellschaftlichen Haltungen und Konventionen.



Matthias Schrappe ist Internist und Infektiologe und APL-Professor an der Medizinischen Fakultät Köln. Neben zahlreichen weiteren Positionen war er Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005 bis 2011), Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (2002 bis 2011) und Vorstand des Deutschen Netzwerkes Evidenz-basierte Medizin.

18 Vergleiche zum Beispiel Martin Eichler / Roman Pokora / Lukas Schwentner / Maria Blettner, Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen. In: Deutsches Ärzteblatt, 112, 2015, 2190-2.

19 Vergleiche Christ Anderson, The End of Theory: The Data Deluge Makes the Scientific Method Obsolete. In: Wired Magazine, 23. 6. 2008. Online: <https://pdodds.w3.uvm.edu/files/papers/others/2008/anderso-n2008a.pdf>.

20 Nach §35a Abs. 1 Satz 11 SGB V.

21 »Big Data revolutioniert die Arzneientwicklung«, FAZ vom 13.8.2018, online: www.faz.net/pro/digitalwirtschaft/zukunft-der-medicin-big-data-revolutioniert-die-arzneientwicklung-15734636.html. Unter »n=1«-Ansatz versteht man die Abkehr von Studiendesigns in repräsentativen Patientengruppen, weil jeder Patient seine eigene Behandlungsgruppe darstelle. Im Gegenschluss bedeutet das, dass keine verlässlichen Studien mehr notwendig sind (und das bedeutet: zurück zur Arzt-zentrierten, »Eminenz-basierten« Einzelfallentscheidung).

22 Zur Kritik an der Unabhängigen Patientenberatung vergleiche zum Beispiel Werner Bartens / Markus Grill, »Schlecht beraten«, SZ vom 28.9.2018, online: www.sueddeutsche.de/gesundheitspolitik/medizin-offiziel-le-patientenberatung-fuehrt-hilfesuchende-in-die-irre-1.4147159.

23 Gesundes-Herz-Gesetz Referentenentwurf online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_RefE_bf.pdf, als Kommentar Jürgen Winder: EbM und Gesundheitspolitik heute – und morgen? In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 189 / 2024, online: [www.zefq-journal.com/article/S1865-9217\(24\)00155-7/fulltext](http://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00155-7/fulltext).

Sicherheit, Ungleichheit und Solidarität: die Rentenversicherung und das Sozialeigentum in der alternden Gesellschaft (Teil 2)

Silke van Dyk

Der Beitrag fragt in drei Schritten, was das Soziale in der Sozialversicherung ist, worin die aktuellen Herausforderungen der Rentenversicherung bestehen und was ihr demokratisches Potenzial in Zeiten des Rechtsrucks ist. In Teil 1 (Soziale Sicherheit 6 / 2025) wurde die Sozialversicherung als politische Technologie eingeführt und die Rente als Sozialeigentum analysiert. Es folgten mit dem demografischen Wandel und der Finanzialisierung der Alterssicherung die ersten beiden Herausforderungen der Sozialversicherung. Hier nimmt der zweite Teil den Faden auf und fährt mit weiteren aktuellen Herausforderungen fort, bevor abschließend das Demokratische der Sozialversicherung diskutiert wird.

Die Rente, der Arbeitsmarkt und der Wandel von Arbeits- und Geschlechterverhältnissen

Wie Robert Castel darlegt, beruht die Rentenversicherung auf dem Nexus ›Arbeit-Sicherheit‹ mit sozialversicherungspflichtiger, lebenslanger Vollzeiterwerbstätigkeit als Referenzgröße, obwohl dieses so genannte Normalarbeitsverhältnis für substantielle Teile der Bevölkerung – insbesondere für (westdeutsche) Frauen – noch nie normal war. Parallel haben Deregulierung und Prekarisierung sowie die Massenarbeitslosigkeit nach der Wiedervereinigung dazu beigetragen, dass die Norm für immer mehr Menschen nicht zu realisieren ist.¹ Im Lichte der Geschlechtsspezifität, des Wandels von Arbeitsverhältnissen und der damit verbundenen notwendigen Neubestimmung des Nexus ›Arbeit-Sicherheit‹ sind drei Erweiterungen erforderlich: ein *erweitertes Normalitätsverständnis*, ein *erweiterter Arbeitsbegriff* sowie ein *erweiterter Personenkreis* in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Standardrente berechnet sich nach 45 Beitragsjahren. Die durchschnittliche Lebensarbeitszeit beträgt aber lediglich 38 Jahre und die tatsächliche Lebensarbeitszeit ist hochgradig divers, geschlechts- und klassenspezifisch ausdifferenziert. Der sogenannte Eckrenter sollte als das benannt werden, was er ist: eine Sozialfigur aus einer anderen Zeit und Geschlechterordnung. Mit einem erweiterten Arbeitsbegriff ist zweitens der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung Rechnung zu tragen, wie es in Ansätzen mit der Anerkennung von Kindererziehungs- und Pflegezeiten bereits geschieht, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Drittens

sollte »die derzeitige Zwei-Klassen-Gesellschaft bei den Alterssicherungssystemen«² überwunden und die gesetzliche Rentenversicherung auf ein breiteres personelles Fundament gestellt werden.³

Durch die Einbeziehung von Selbstständigen, Abgeordneten und Beamten könnte eine solidarische Erwerbstätigenversicherung für alle entstehen, wobei für diesen Prozess viel vom österreichischen Fall zu lernen ist.⁴ In finanzieller Hinsicht wird der (dauerhafte) Beitrag einer Erwerbstätigenversicherung für die Bewältigung des demografischen Wandels in der Alterssicherung kontrovers diskutiert, da neue Beitragszahler:innen natürlich auch zukünftige Leistungsempfänger:innen sind und gerade viele Beamte höhere Ansprüche erwerben. Trotzdem spricht viel dafür, dass es mit neuen Beitragszahler:innen gelingen kann, den ›demografischen Buckel‹ durch die Verrentung der Generation der Babyboomer abzufedern, steigt die Anzahl der Leistungsempfänger:innen doch erst zeitverzögert an.⁵ Daneben ist zu berücksichtigen, dass mit der Einbeziehung von privilegierten Beschäftigengruppen (Abgeordnete und Beamte) neue Spielräume für eine stärkere Umverteilung innerhalb der Rentenversicherung entstehen, worauf ich noch zurückkommen werde.

¹ Robert Castel / Klaus Dörre (Hrsg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung*. Frankfurt/New York: Campus; Oliver Nachtwey, *Die Abstiegsgesellschaft. Über das Aufbegehren in der regressiven Moderne*, Berlin 2009.

² Norbert Tremmel: *Mit der Erwerbstätigenversicherung jetzt beginnen: mehr Solidarität und weniger Generationen-Ungerechtigkeit*, Stuttgart 2024, Seite 17.

³ Vgl. zu den Potenzialen einer Erwerbstätigenversicherung Oliver Ehrentraut / Stefan Moog, *Möglichkeiten und Grenzen ausgewählter Reformvorschläge. Zukunft der gesetzlichen Rentenversicherung*, Düsseldorf 2017, Seite 32 ff.

⁴ Für einen Überblick über das österreichische Rentensystem vgl. das Rentenupdate der Deutschen Rentenversicherung »Vorbild« Österreich? Was macht unser Nachbarland anders bei der Rente?, Ausgabe 3: 02/2024, online: https://rentenupdate.driv-bund.de/DE/1_Archiv/Archiv/2024/03_Oesterreich.html.

⁵ Vgl. Fußnote 27, Seite 3.

Neben den finanziellen Erwägungen spricht aber auch gesellschaftspolitisch viel für eine solidarische Erwerbstätigenversicherung für alle: Wenn wir mit François Ewald die Vergesellschaftungsfunktion der Versicherung ernst nehmen, ist eine Erwerbstätigenversicherung eine solidarische Institution, die dem Leitbild einer Gesellschaft der Ähnlichen sehr viel besser Rechnung trägt als ein Zwei-Klassen-System mit divergierenden Ansprüchen, Sicherungsniveaus und Privilegien.

»Vital Inequality«: Klassenspezifische Lebenserwartung als Motor der Umverteilung in der Rentenversicherung

Während das Problem sozial ungleicher Lebenserwartung unter Renten- und Gesundheitsexpert:innen ein viel diskutiertes Thema ist, spielt diese Dimension sozialer Ungleichheit in Deutschland weder medial noch politisch eine bedeutende Rolle. Auch wer Menschen im Alltag dazu befragt, macht die Erfahrung, dass allen die (deutlich sichtbarere) Geschlechtsspezifik, nicht aber die Klassenspezifik der Lebenserwartung bewusst ist. Wenn die ungleiche Lebenserwartung doch einmal zum Thema wird, werden oft Lebensstilfaktoren wie Ernährung und Bewegung überakzentuiert, während strukturelle Faktoren, insbesondere Arbeits- und Wohnverhältnisse oder finanzielle Prekarität, unterbelichtet bleiben. Wer aber sein Leben lang körperlich hart oder im Schichtbetrieb arbeitet, kann reihenweise Yogakurse besuchen oder gedünstetes Gemüse essen – diese Arbeitsbedingungen sind nicht einfach zu kompensieren. Auch biografischen Faktoren und frühe Prägungen von Kindern müssen Rechnung getragen werden.⁶

Daten des Robert-Koch-Instituts belegen diese »killing fields of inequality«⁷: Männer, die weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens verdienen, leben 8,6 Jahre kürzer als Männer die mehr als 150 Prozent des Durchschnittseinkommens verdienen (mittlere Lebenserwartung bei Geburt). Bei Frauen beträgt der Unterschied 4,4 Jahre.⁸ Bedeutsam ist zudem der Befund, dass der Abstand zwischen Arm und Reich in der Lebenserwartung wächst, wie Kohortenvergleiche des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zeigen.⁹

Der bekannte niederländische Gerontologe Jan Baars hat kürzlich ein umfassendes Werk zum Thema mit dem Titel »Long lives are for the rich«¹⁰ vorgelegt. Allerdings erzählt dieser das Problem pointiert zuspitzende Titel nicht die ganze Geschichte gesundheitlicher Ungleichheit: Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit existieren nicht nur in den Extremen – im Sinne langer Leben für die Reichen und kurzer Leben für die Armen –, sondern sie durchziehen die gesamte soziale Schichtungsstruktur; auch Menschen im zweithöchsten Einkommensdezil leben kürzer als Menschen im obersten Einkommensdezil. Dieser soziale Gradient der Mortalität ist in einer Vielzahl bevölkerungsbezogener Studien weltweit nachgewiesen worden.¹¹

Welche Auswirkungen hat die klassenspezifische Lebenserwartung auf das System der Rentenversicherung? Ihr Äquivalenzprinzip wäre nur dann verteilungsneutral, wenn alle im gleichen Alter verrentet würden und die gleiche Lebenserwartung hätten. Beides ist nicht der Fall, was bei der Beurteilung der Verteilungseffekte berücksichtigt werden muss. Einerseits liegt es nahe, dass Menschen, die mehrere Jahre früher versterben, deutlich weniger Rentenleistungen erhalten. Andererseits muss in Rechnung gestellt werden, dass Frühverrentungsmöglichkeiten und Erwerbsminderungsrenten eher von Menschen aus den unteren Einkommensgruppen in Anspruch genommen werden. Untersuchungen des DIW belegen die regressive Verteilungswirkung der ungleichen Lebenserwartung und zeigen auf, dass die Rendite in den unteren Lohndezilen deutlich niedriger ist als in den höheren.

Auch wenn dies vor allem im untersten Lohndezil durch die Inanspruchnahme von Frühverrentungsoptionen und Erwerbsminderungsrenten teilweise ausgeglichen wird,¹² überwiegen die regressiven Verteilungseffekte und nehmen in jüngeren Kohorten sogar zu. Der Grundgedanke der Äquivalenz, dass jeder Euro an Beiträgen den gleichen finanziellen Anspruch an monatlichen Rentenzahlungen erzielt, wird damit für die überwiegende Mehrheit der Anspruchsberechtigten konterkariert; es wird – wie insbesondere Wissenschaftler:innen des DIW aufgezeigt haben – in der Rentenversicherung damit von unten nach oben umverteilt.¹³

6 Matthias Richter / Klaus Hurrelmann, Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, 3-10; zum Spektrum der Erklärungsfaktoren vgl. Johannes Siegrist / Ursula M. Staudinger, Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf, in: Dies. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit und ihre Bedeutung für die Prävention, Halle 2019, 4-23.

7 Goran Therborn, The Killing fields of inequality, Cambridge 2013.

8 Thomas Lampert / Jens Hoebel / Lars Eric Kroll, Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends, in: Journal of Health Monitoring, 1/2019, 3-15, hier Seite 8.

9 Peter Haan / Daniel Kemptner / Holger Lüthen, Besserverdienende profitieren in der Rentenversicherung zunehmend von höherer Lebenserwartung, in: DIW Wochenbericht Heft 23/2019.

10 Jan Baars, Long lives are for the rich. Ageing, the life course, and social justice, New York / London 2024.

11 Für die aktuelle Datenlage in Deutschland vgl. auch: Jens Hoebel / Stephan Müters, Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland, in: WSI-Mitteilungen, 77(3), 2024, 172-179.

12 Wie FN 8.

13 Johannes Geyer, »Bei der Rente wird teilweise von unten nach oben verteilt«, in: DIW-Wochenbericht, 25/2024, S. 401; Marcel Fratzscher, Schluss mit der Umverteilung von arm nach reich, in: Zeitonline, 13. Januar 2023.

Diese Befunde sind für die Frage der Solidarität und des Äquivalenzprinzips im Rentensystem von großer Brisanz. Sie zeigen, dass eine stärkere Umverteilung das Äquivalenzprinzip nicht abschwächt, sondern – ganz im Gegenteil – zentrale Voraussetzung seiner Realisierung ist. Oder anders formuliert: »Systemische Ungleichheit in der Lebenserwartung rechtfertigt Abkehr von Beitragsäquivalenz«¹⁴, um hinsichtlich der Gesamtbezugsdauer der Renten Äquivalenz zu erzielen. So wäre es denkbar, für obere Einkommensschichten einen Zuschlag auf die Rentenbeiträge einzuführen, der nicht rentensteigernd für die Einzelnen wirkt, sondern zur gesamtgesellschaftlichen Finanzierung des Rentensystems beiträgt. Ein Blick in andere Länder, zum Beispiel nach Frankreich oder Spanien, zeigt zudem, dass die überproportionale Absicherung von Menschen mit geringeren Einkommen vielerorts bereits Praxis ist.

Alternative Vorschläge, insbesondere ein vereinfachter Zugang zur Erwerbsminderungsrente und Frühverrentungsoptionen für Geringverdienende¹⁵ sind zwar sinnvoll, um die regressiven Verteilungswirkungen für die untersten Einkommensdezile abzuschwächen, aber nicht geeignet, um das Problem grundsätzlich zu lösen. Vor allem übersehen Vorschläge dieser Art, dass wir nicht nur mit einer früheren Sterblichkeit von Armen und Geringverdiener:innen konfrontiert sind, sondern mit einem linearen Zusammenhang von Einkommen und Mortalität, den es mit progressiven Umverteilungsmaßnahmen in der Breite (und nicht nur zugunsten der Ärmsten) zu adressieren gilt.

Die durch die ungleiche Lebenserwartung bedingte Umverteilung von unten nach oben läuft auf die faktische Enteignung der Rentenanwartschaften der frühzeitiger Versterbenden hinaus. Auch wenn es sich hierbei nicht um direkte Eingriffe des Gesetzgebers in das Eigentum der Versicherten handelt, ist es instruktiv, sich vor Augen zu führen, dass hier substantiell auf eigenen Leistungen beruhende Anwartschaften vorenthalten werden – ohne, dass dieser Eingriff die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Haushalte, das Äquivalenzprinzip oder die Ausgleichsfunktion stärken würde – die gesetzgeberischen Ziele, die seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Februar 1980 als legitim gelten.

Statt diese fundamentale doppelte Verletzung des Äquivalenz- und Solidarprinzips anzugehen, drohen die verbreiteten Vorschläge, das Renteneintrittsalters an die *durchschnittliche* Lebenserwartung zu koppeln, das Problem weiter zu verschärfen. Abgesehen davon, dass das Leben nicht für alle gleichermaßen immer länger wird und die Unterschiede in der Lebenserwartung sogar zunehmen, läuft eine längere Regelarbeitszeit

für jene, die dem gesundheitlich nicht gewachsen sind, auf eine faktische Rentenkürzung hinaus. Die vielstimmig beschworene Gesellschaft des langen, immer gesünderen Lebens spiegelt sicherlich die soziale Realität vieler Wissenschaftler:innen, Politiker:innen und Journalist:innen wider, die mit der Thematik befasst sind, nicht aber die Statistiken und den Alltag weniger Privilegierter.

Warum wir nicht von Lebensstandardsicherung reden und von Infrastruktur- und Vermögenspolitik schweigen können

Wenn die Lebensstandardsicherung der Dreh- und Angelpunkt der Rentenversicherung ist, muss darüber gesprochen werden, welche Ausgaben vom Renteneinkommen zu bestreiten sind. Dafür ist es sinnvoll, den Fokus vom Haushaltsnettoeinkommen zum Haushaltsresidualeinkommen zu verschieben, verstanden als das tatsächlich verfügbare Einkommen nach der Finanzierung existenzieller und teilhabesichernder Ausgaben.¹⁶ Ob eine Rente lebensstandard- und existenzsichernd ist, hängt zunächst und besonders stark von den Wohnkosten ab. Diese sind gerade in Ballungsräumen zuletzt stark gestiegen, mit der Folge, dass viele Haushalte mehr als ein Drittel des Nettoeinkommens allein für das Wohnen ausgeben.

Darüber hinaus ist für die Höhe des Residualeinkommens entscheidend, welche Bereiche der sozialen Daseinsvorsorge öffentlich und kostenfrei oder kostengünstig zur Verfügung gestellt werden – vor allem in den Feldern Gesundheit und Pflege, Bildung und Kultur, Mobilität und Kommunikation.¹⁷ Diese Angebote haben unmittelbare Auswirkungen auf die faktische Einkommenssituation von Haushalten und eine starke, umverteilende Wirkung, da sie für ärmere Haushalte proportional von größerer Bedeutung sind. Daten der OECD zeigen etwa, dass die Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge in der untersten Einkommensgruppe einem Äquivalent von circa 75 Prozent des Nettohaushaltsnettoeinkommens entspricht, verglichen mit weniger als 15 Prozent bei den wohlhabendsten Haushalten.¹⁸ Damit treffen auch Umstrukturierungen des öffentlichen Sektors durch Leistungskürzungen und Privatisierungs-, Kommodifizie-

14 Johannes Geyer und Peter Haan, Zusammenhang von Gesundheit und Lebenserwartung bei Renten- und Pflegeversicherung stärker berücksichtigen, Berlin: DIW 2025, S. 3.

15 Vgl. z.B. entsprechende Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Fußnote 20, S. 78.

16 Vgl. Luca Calafati / Julie Froud / Colin Haslam / Karel Williams, Diversity in leading and lagging regions: living standards, residual income and regional policy, in: Cambridge Journal of Regions, Economy and Society, 14(1), 2021, 117–139.

17 Vgl. hierzu die Debatten um *Universal Basic Services* und neue Infrastrukturpolitik: Foundational Economy Collective, Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik. Berlin 2019; Silke van Dyk, Privateigentum als Schuld an der Gesellschaft und eine neue Politik des Öffentlichen, in: Silke van Dyk / Tilman Reitz / Hartmut Rosa, Nach dem Privateigentum? Güter, Infrastrukturen und Weltverhältnisse im Kapitalismus des 21. Jahrhunderts, Frankfurt / New York 2024, 131–225.

18 Ian Gough, Universal Basic Services: A Theoretical and Moral Framework, in: Political Quarterly 2019, 1–9, hier Seite 6.

rungs- und Finanzialisierungsprozesse¹⁹ das Residualeinkommen ärmerer Haushalte überproportional stark.

Natürlich sind dies keine Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche der Rentenversicherung. Es sind aber wesentliche Kontextbedingungen, die für die Diskussion um die Lebensstandardsicherung und ein armutsfestes Existenzminimum nicht unberücksichtigt bleiben dürfen. Mit Robert Castel gesprochen stellt auch das Kollektiveigentum an öffentlichen Diensten und Infrastrukturen ein wichtiges funktionales Äquivalent für all diejenigen dar, denen es an finanziellen Mitteln fehlt, um existenz- und teilhabesichernde Güter und Dienstleistungen am Markt zu kaufen.

Die Frage, ob Rentenleistungen dazu angetan sind, Teilhabe, Existenz und Lebensstandard zu sichern, ist ohne Berücksichtigung des Kollektiveigentums nicht zu beantworten, zumal die Prekarität der öffentlichen Daseinsvorsorge zusätzlich durch die demografischen Veränderungen und die gewandelten Geschlechterverhältnisse befördert wird. Auch wenn in den Bereichen Kinderbetreuung und Pflege ein antizyklischer Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen zu beobachten ist, werden diese den tatsächlichen Bedarfen nicht annähernd gerecht. Im Lichte dessen ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten im Übrigen eine Aktivierung älterer Menschen zu beobachten, die als engagierte Großeltern die fehlende Nachmittagsbetreuung ersetzen, bei der Pflege der Nachbarin helfen und im Besuchsdienst des Krankenhauses engagiert sein sollen, um die Versorgungslücken zu schließen.²⁰ Hier treten soziale Gaben an die Stelle sozialer Rechte – wovon abermals vor allem diejenigen betroffen sind, die aus finanziellen Gründen nicht auf professionelle Angebote ausweichen können.

Öffentliche Daseinsvorsorge und gut finanzierte Infrastrukturen kosten Geld und sind jahrelang auf Verschleiß gefahren worden. Mit dem vom alten Bundestag im März 2025 beschlossenen Sondervermögen für Infrastrukturen im Volumen von 500 Milliarden Euro (für den Zeitraum von 12 Jahren) sind neue Verteilungsspielräume entstanden, und es ist deutlich geworden, dass leere öffentliche Kassen kein Naturgesetz sind, sondern das Ergebnis politischer Entscheidungen. Ein Blick auf den großen privaten Reichtum und seine extreme Konzentration zeigen sich zudem deutliche Spielräume für höhere Staatseinnahmen durch eine progressivere Steuerpolitik.

Verteilungsfragen werden in Deutschland – politisch wie medial – hauptsächlich als Einkommensfragen diskutiert. Nicht selten wird in der öffentlichen Debatte der Gini-Index der verfügbaren Einkommen, der sich in Deutschland 2023 mit 0,29 im europäischen Mittelfeld bewegt, als Maß sozialer Ungleichheit angegeben. Ein

Blick auf die Vermögensverteilung bietet aber ein gänzlich anderes Bild, ist diese doch, wie in allen Ländern der EU, erheblich ungleicher als die Einkommensverteilung: Hier bewegt sich Deutschland (2023) mit einem Wert von circa 0,73 nicht im Mittelfeld, sondern weist mit Österreich die höchste Vermögenskonzentration innerhalb der EU auf.

Dass sich das gesamte private Nettovermögen in Deutschland seit der Jahrtausendwende fast verdoppelt hat, wirkt sich deshalb sehr unterschiedlich aus: Die reichsten 10 Prozent der Bevölkerung verfügen heute über circa zwei Drittel, das wohlhabendste eine Prozent über mehr als ein Drittel des Gesamtnettovermögens, während die ärmere Hälfte der Bevölkerung gut wie nichts besitzt oder sogar Schulden hat. Analysen des DIW haben zuletzt gezeigt, dass moderatere Daten aus früheren Jahren auf eine systematische empirische Untererfassung der Superreichen zurückzuführen waren.²¹

Die starke Konzentration politischer und medialer Debatten auf die Einkommensverteilung und die De-Thematisierung großer Vermögen haben zur Folge, dass die im Alltag oft unsichtbare Vermögensungleichheit in der Bevölkerung radikal unterschätzt wird.²² Das hat Konsequenzen für die Akzeptanz und politische Durchsetzbarkeit einer höheren Besteuerung von Vermögen, etwa durch die Wiedereinführung der 1996 ausgesetzten Vermögenssteuer, höhere bzw. an den Einkommenssteuersatz angepasste Kapitalertragssteuern und / oder eine progressivere Besteuerung von Erbschaften. Obwohl gerade Erbschaften dazu beitragen, dass die soziale Schere immer weiter auseinandergeht, wird die Erbschaftsteuer – oftmals in Unkenntnis ihrer tatsächlichen Wirkungen – auch von Menschen abgelehnt, die von einer solchen Steuer nicht betroffen wären.²³

Die Vermögensverteilung ist aber nicht nur hinsichtlich der stärkeren Besteuerung Vermögender zur Finanzierung des Kollektiveigentums relevant für die Zukunft der Rentenversicherung. Zudem erweisen sich die Rentenanwartschaften als wesentliche Vermögenssäule der Eigentumslosen, weshalb Leistungseinschränkungen die ungleiche Vermögensverteilung weiter verschärfen. Eine 2023 vorgestellte DIW-Studie bewertet mithilfe von SOEP-Daten die Vermögensverteilung bei Berücksichtigung der gesetzlichen und betrieblichen Rentenan-

19 Vgl. Norbert Frei / Dietmar Süß (Hrsg.), *Privatisierung. Idee und Praxis seit den 1970er Jahren*. Göttingen 2012; Christoph Hermann / Jörg Flecker (Hrsg.), *Privatization of Public Services. Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe*. London / New York 2012.

20 Vgl. Silke van Dyk / Tine Haubner, *Community-Kapitalismus*, Hamburg 2021.

21 Carsten Schröder / Charlotte Bartels / Konstantin Göbler / Markus Grabka / Johannes König, *MillionärInnen unter dem Mikroskop*, in: DIW Wochenbericht 29 / 2020, 512-521; vgl. zur Einkommens- und Vermögensungleichheit im Überblick: Charlotte Bartels / Theresa Neef, *Einkommens- und Vermögensverteilung in Deutschland*, in: *Wirtschaftsdienst*, 104(7) / 2024, 441-447.

22 Zu Fehlwahrnehmungen sozialer Ungleichheit vgl. Marius Brusemeyer, *Reiche Menschen unterschätzen, wie gut es ihnen geht*, in: ZEITonline, 15. Mai 2023, online: www.zeit.de/arbeit/2023-05/vermoegen-unterschaetzung-reiche-ungleichheit; Simone M. Schneider, *Illusion der Gleichheit. Über die Perzeption sozialer Ungleichheit*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 37-38 / 2022, 17-22.

23 Für eine Analyse von erbschaftsteuerkritischen Deutungsmustern vgl. Jens Beckert / Lukas R. Arndt, *Verdient – unverdient. Der öffentliche Diskurs um die Erbschaftsteuer in Deutschland und Österreich*, in: *Berliner Journal für Soziologie* 27/2017, 271-291.

wirtschaften.²⁴ Rentenansprüche machen demnach ein Drittel des Vermögens aller Haushalte in Deutschland aus und sind damit nach dem Immobilienvermögen der wichtigste Baustein im erweiterten Vermögensportfolio von Haushalten. Doch auch hier verschleiern die Durchschnittswerte mehr als sie zu erkennen geben: Im Portfolio der ärmeren Hälfte der Bevölkerung summieren sie sich auf 70 Prozent des Vermögens – der Anteil der ärmeren Hälfte am Gesamtvermögen steigt damit von zwei auf neun Prozent –, während Renten beim reichsten einen Prozent nur 2,6 Prozent des Vermögens ausmachen. Offensichtlich gibt es erhebliche Umverteilungspotenziale, sowohl innerhalb der Versichertengemeinschaft als auch gesamtgesellschaftlich.

Die Verteilungswirkungen auf die ärmere Hälfte der Bevölkerung sollten bei anstehenden Reformen stärker berücksichtigt werden, auch um der zunehmenden Armutsgefährdung im Alter Rechnung zu tragen.²⁵ Da Armutsbekämpfung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht allein der Versichertengemeinschaft aufgebürdet werden sollte, wäre eine durch vermögensbezogene Steuern finanzierte Erhöhung der Bundeszuschüsse ein sinnvoller Weg für die solidarische Finanzierung einer Mindestsicherung, die ihren Namen verdient.

Das Demokratische in der Sozialversicherung: Die Rentenversicherung in Zeiten des Rechts- rucks und der Demokratiegefährdung

Wir erleben derzeit weltweit – wie auch in Deutschland – die Gefährdung und Herausforderung liberaler Demokratien durch rechte und rechtsextreme, offen demokratiefeindliche Kräfte – eine fundamentale Krise der Demokratie. Wie hängen die soziale Frage und der Aufstieg der Rechten zusammen? Wie beantworten rechte und autoritäre Akteure die soziale Frage, insbesondere in der Alterssicherung? Und was hat das mit der Institution der Rentenversicherung zu tun?

Der französische Soziologie Didier Eribon beschrieb als einer der ersten den Aufstieg der französischen rechtsextremen Partei *Front National* (heute *Rassemblement National*) als »eine Art politische Notwehr« der unteren Schichten.²⁶ Zwar sind die empirischen Befunde zur Einkommensabhängigkeit rechter Wahlentscheidungen nicht eindeutig; es zeigt sich aber, dass Menschen mit geringerer Bildung ebenso wie Arbeiter:innen und Gewerkschaftsmitglieder sowie Bewohner:innen strukturschwacher Regionen (in allen Einkommenslagen)

überdurchschnittlich häufig die AfD wählen.²⁷ Angesichts dessen trifft die Diagnose einer »Arbeiterbewegung von rechts«²⁸ bzw. eines »Rechtsruck[s] von unten«²⁹ einen Punkt, ohne dass deshalb die ebenfalls vorhandene Unterstützung für rechte Politik in der Mittelschicht und in oberen Klassenlagen aus dem Blick treten muss.

Besonders kontrovers diskutiert wird die Frage, ob ökonomische oder kulturelle Faktoren ausschlaggebend für die Unterstützung rechter Kräfte sind. Eine Zusammenführung der Erklärungsansätze ist am vielversprechendsten:³⁰ Man kann die große Bedeutung von rassistischen und flüchtlingsfeindlichen Einstellungen für rechte Wahlentscheidungen anerkennen, ohne zu negieren, dass das langjährige – seinerseits antidemokratische – neoliberale Diktum der Alternativlosigkeit von Austerität, Deregulierung und Privatisierung und die dadurch erzeugte alltägliche soziale Verunsicherung mit dazu beigetragen haben, dass die *Alternative für Deutschland* groß werden konnte. Auch die jahrzehntelange Politik der Leistungskürzungen, Privatisierungen und Vermarktlichungen hat die sozialen Grundlagen des demokratischen Kapitalismus erodieren lassen.

Ein Ansatzpunkt gegen rechts ist die Stärkung des sozialen Fundaments durch armutsfeste und lebensstandardsichernde Transfereinkommen wie die Rente sowie durch öffentliche Dienste und Infrastrukturen, denn Menschen brauchen (soziale) Sicherheit und Verlässlichkeit, um sich angesichts multipler Krisen Veränderungen zuzutrauen. Eine Studie des *Kieler Instituts für Weltwirtschaft* hat jüngst im Vergleich europäischer Staaten gezeigt, dass die Zustimmung zu rechten Parteien infolge von Investitionen in regionale Infrastrukturprojekte sinkt.³¹

Innerhalb der AfD konkurrieren ein national-sozialer und ein in der Tendenz wirtschaftsliberaler Flügel, wobei ersterer in den vergangenen Jahren deutlich an Einfluss gewonnen hat. Wortführer dieses Flügels ist der thüringische AfD-Vorsitzende Björn Höcke, der die soziale Frage als nationale Frage formuliert: »Die soziale Frage der Gegenwart ist nicht primär die Verteilung des Volksvermögens von oben nach unten, unten nach oben, jung nach alt oder alt nach jung. Die neue deutsche Soziale Frage des 21. Jahrhunderts ist die Frage nach der Verteilung des Volksvermögens von innen nach außen.«³² Ich kann an

24 Charlotte Bartels / Timm Bönke / Rick Glaubitz / Markus Grabka / Carsten Schröder, Rentenvermögen macht Großteil des Vermögens der ärmeren Bevölkerungshälfte in Deutschland aus, in: DIW-Wochenbericht 45 / 2023, 626-632.

25 Claudia Vogel / Harald Künemund, Einkommen und Armut im Alter, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 72(20) / 2020, 12-19.

26 Didier Eribon, Rückkehr nach Reims, Berlin 2016, Seite 124.

27 Frank Decker, Wahlergebnisse und Wählerschaft der AfD, Bundeszentrale für Politische Bildung, 2. Dezember 2022, online: www.bpb.de/themen/parteien/parteien-in-deutschland/afd/273131/wahlergebnisse-und-wahlerschaft-der-afd.

28 Vgl. Karina Becker / Klaus Dörre / Peter Reif-Spirek (Hrsg.) Arbeiterbewegung von rechts? Ungleichheit – Verteilungskämpfe – populistische Revolte, Frankfurt / New York 2018.

29 Anton Jäger, Rechtsruck von unten?, in: Hintergrund Rosa-Luxemburg-Stiftung, 16. 10. 2024.

30 Vgl. Silke van Dyk / Stefanie Graefe, Identitätspolitik oder Klassenkampf? in: Karina Becker / Klaus Dörre / Peter Reif-Spirek (Hrsg.), Arbeiterbewegung von rechts?, Frankfurt / New York 2018, 337-354.

31 Vgl. Robert Gold / Jakob Lehr, Paying off populism: How regional policies affect voting behavior, Kiel Working Paper No. 2266, 2024, Kieler Institut für Weltwirtschaft.

32 Rede von Björn Höcke im April 2016 in Schweinfurt, online: www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/afd-programm-106.html.

dieser Stelle den Spannungen und Widersprüchen zwischen ›national-sozialen‹ und wirtschaftsliberalen Positionen nicht nachgehen, Fakt ist aber, dass keine Partei so radikal zugunsten der wohlhabenden Bevölkerungsgruppen umverteilen will wie die AfD, während sie sich parallel als Partei der kleinen Leute inszeniert und Ressentiments gegen Menschen im Sozialleistungsbezug ohne deutschen Pass schürt.

Das Credo einer Sozialpolitik für Deutsche findet sich auch in den Rentenplänen der AfD: Die Partei schlägt eine so genannte Staatsbürgerrente vor, die steuerfinanzierte Aufschläge nur für Deutsche, eine Beitragskopplung an die Kinderzahl (von Kindern mit deutscher Staatsbürgerschaft) sowie eine Finanzialisierung durch personenbezogene Kindersparfonds vorsieht.³³ Es ist ein Rentenkonzept, das auf der Diskriminierung von Nicht-Deutschen und Kinderlosen beruht, eine völkische Versicherung mit einem eingebauten Prinzip pronatalistischer Bevölkerungspolitik.

Wenn die Rentenversicherung als Sozialversicherung eine politische Technologie der Solidarität ist, muss sie ein Bollwerk gegen Angriffe auf die liberale und soziale Demokratie sein. Angesichts einer gesichert rechtsextremen Partei, die die Umdeutung der sozialen in eine nationale und »patriotische« Frage betreibt und eine völkische Sozialpolitik anstrebt, ist diese Aufgabe drängender denn je. Die Rentenversicherung kann und sollte aber auch ein Akteur der Demokratisierung der Demokratie sein, die mit der jahrelangen neoliberalen Aushöhlung Schaden genommen hat. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Stärkung der eigenen demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen, die derzeit nur von wenigen Versicherten als Orte der Demokratie und Partizipation wahrgenommen und genutzt werden. Die Versicherung als Schule der Demokratie würde – mit François Ewald – gesprochen, ihrem Charakter als Gesellschaftsvertrag Rechnung tragen. Dafür ist es unabdingbar, dass substanzielle Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung existieren und transparent gemacht werden, die sich nicht nur auf technische Umsetzungsfragen beziehen.³⁴

Fazit: Das Soziale, das Herausfordernde und das Demokratische in der Rentenversicherung

Sechs zentrale Schlussfolgerungen möchte ich abschließend festhalten:

1. Die Rentenversicherung als politische Technologie der Solidarität und zentrale Instanz der Vergesellschaftung sollte eine einheitliche Erwerbstätigenversicherung sein, die alle Berufsgruppen umfasst.
2. Äquivalenz und Umverteilung sind nicht notwendig Antipoden: Es braucht angesichts der ungleichen Lebenserwartung mehr Umverteilung, um »der Beitragsäquivalenz unter Berücksichtigung der Rentenbezugszeiten besser zu entsprechen«.³⁵
3. Die Rentenversicherung braucht zudem mehr Umverteilung, um dem Solidaritätsprinzip zu genügen. Das Prinzip der Lebensstandardsicherung läuft ohne eine existenzielle Haltelinie einer Mindestrente ins Leere; eine »Gesellschaft der Ähnlichen« (Robert Castel) entsteht durch das Austarieren von Leistungs-, Bedarfs- und Gleichheitsprinzip.
4. Wenn die Rente das Vermögen der ärmeren Hälfte der Bevölkerung ist, gilt es dieses besonders zu schützen – fehlt hier doch die finanzielle Kapazität, den Verlust sozialer Sicherheit privat auszugleichen. In Anlehnung an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sollte die Enteignung von Sozialeigentum auf die politische Tagesordnung gesetzt werden.
5. Die Rentenversicherung braucht ein gutes Fundament. Wer über soziale Sicherheit im Alter spricht, kann von öffentlicher Armut und privaten Reichtum nicht schweigen. Das hoch konzentrierte Privatvermögen sollte stärker zur Finanzierung des Sozialeigentums (Transfereigentum + Kollektiveigentum) herangezogen werden.
6. Die Rentenversicherung hat eine Aufgabe als demokratische Institution in Zeiten von Rechtsruck und Demokratiegefährdung: Das Versicherungskollektiv muss ein Bollwerk gegen völkische Exklusivität sein und in der demokratischen Selbstverwaltung ein Ort gelebter Demokratie werden.



Silke van Dyk ist Soziologin, lehrt an der Universität Jena und beschäftigt sich insbesondere mit Fragen des Wohlfahrtsstaats, Alters und der Demografie.

33 Vgl. Fraktion der Alternative für Deutschland (2023): Renten kollaps und Altersarmut? Nicht mit Uns! Das 10-Punkte-Programm der AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag, Berlin. Vgl. auch Christoph Butterwegge: Antisozialer Patriotismus. Die Rentenpläne der AfD, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 9 / 2019, 99-106.

34 Winfried Schmähl, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Wirtschaftsdienst 7 / 2010, 474-478.

35 Fritz Helmedag, Das Umlageverfahren: Idee und Wirklichkeit, in: Wirtschaftsdienst, 104(2), 2024, 92-97, hier Seite 96.

Versicherungs- und Beitragspflicht

BSG zur Beitragslast von freiwillig versicherten Pflegeeltern

BSG, Urteil vom 25. 3. 2025 – B 12 KR 2/23 R

Zwischen mehreren Landessozialgerichten war umstritten, ob und inwieweit der Erziehungsbeitrag nach dem SGB VIII bei Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen von freiwillig versicherten Pflegeeltern zu berücksichtigen ist. Der 12. Senat hat in einem Fall nun die Beitragslast von Pflegeeltern reduziert, wichtige Einzelfragen aber weiter offengelassen.

Die Klägerin ist bei der beklagten Bahn BKK Pflegekasse freiwillig kranken- und pflegeversichert. Schon seit mehreren Jahren betreute die Klägerin drei entwicklungsbeeinträchtigte Geschwisterkinder, wofür sie vom zuständigen Jugendamt – neben den Leistungen für materielle Aufwendungen der Pflegekinder – auch einen Betrag in Höhe von 1.892 Euro für ihre erzieherische Tätigkeit erhielt. Nach dem die Beklagte aus diesen Einnahmen einen monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag in Höhe von zunächst rund 336 Euro berechnet und die Klägerin daraufhin einen Überprüfungsantrag gestellt hatte, reduzierte die Beklagte den Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag kurzzeitig auf den gesetzlichen Mindestbeitrag. Mit Bescheid vom 29. 3. 2017 legte die Beklagte die Leistungen des Jugendamtes für die erzieherischen Tätigkeiten der Klägerin bei der Beitragsberechnung wieder zugrunde und erhöhte den monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag wieder entsprechend. Der Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos.

SG und LSG stimmten für eine Verbeitragung des Erziehungsbeitrags

Mit der Klage zum Sozialgericht (SG) Schleswig und der Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Schleswig-Holstein ist die Klägerin erfolglos geblieben (vergleiche Urteile vom 22. 8. 2019 – S 10 KR 15/18 bzw. vom 14. 12. 2022 – L 5 KR 35/20). Beide Instanzen haben zur Begründung zunächst auf § 240 Abs. 1 SGB V bzw. § 57 Abs. 4 SGB XI verwiesen, wonach die Beitragsbemessung bei freiwillig versicherten Selbstzahler:innen einheitlich durch den GKV-Spitzenverband geregelt wird und dabei die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen ist. Der GKV-Spitzenverband hat auf dieser Grundlage die Beitragsverfah-

rensgrundsätze Selbstzahler erlassen, die in § 3 Abs. 1 vorsehen, dass für Selbstzahler:innen alle Einnahmen und Geldmittel der Beitragsbemessung unterworfen sind, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder werden können – und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Sinne gehörten bei der Klägerin auch die Leistungen zur Anerkennung bzw. Abgeltung ihrer Erziehungskosten. § 39 SGB VIII unterscheide bei dem notwendigen Lebensunterhalt des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses zwischen dem Sachaufwand auf der einen Seite und der Pflege und Erziehung auf der anderen Seite. Die Beklagte habe zu Recht nur den sogenannten Erziehungsbeitrag berücksichtigt. Denn dieser Teil der SGB-VIII-Leistungen diene nicht dem Ausgleich des anfallenden Sachaufwandes des Kindes, sondern solle die Pflegeeltern für die geleistete Erziehung entgelten. Auch wenn es sich nicht um Lohn handele, könnten die Pflegeeltern über diesen Teil frei verfügen. Die Zweckbestimmung als Kosten für Pflege und Erziehung stünden einer Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung nicht entgegen. Weder die gegenteilige Auffassung des LSG Berlin-Brandenburg noch die teilweise Freilassung des Erziehungsbeitrags bei der Einkommensanrechnung im SGB II konnten insbesondere das LSG Schleswig-Holstein von einer anderen Entscheidung im vorliegenden Fall überzeugen.

BSG für Beitragsfreiheit des Erziehungsbeitrags unter Bedingungen

Mit ihrer Revision zum BSG hat die Klägerin einen Erfolg erzielt. Anders als das LSG Schleswig-Holstein hat sich der 12. Senat für eine Beitragsfreiheit des Erziehungsbeitrags unter bestimmten Voraussetzungen ausgesprochen.

Zunächst betont der Senat, dass der Erziehungsbeitrag – anders als die im Erziehungsgeld ebenfalls enthaltenen Leistungen für den Sachaufwand – dem Zweck dienen, dass das Kind oder der/die Jugendliche eine Person findet, die bereit ist, anstelle der Eltern die Erziehungsaufgaben zu übernehmen. Dieser Zweck der Förderung, Anerkennung und Honorierung der Vollzeitpflege von Pflegekindern würde geschmälert, wenn der Erziehungsbeitrag in die Beitragsbemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von freiwillig versicherten Pflegeeltern einbezogen würde. Allerdings formuliert der 12. Senat auch Bedingungen für die Beitragsfreiheit des Erziehungsbeitrags. Die Beitragsfreiheit gelte jedenfalls dann, wenn sich der Erziehungsbeitrag wie im vorliegenden Fall nach dem vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge empfohlenen Pauschalbetrag von derzeit 237 Euro im Monat richtet. Unschädlich sei auch, so der Senat weiter, wenn dieser Pauschalbetrag wegen etwaiger Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen verdoppelt oder verdreifacht wird. Was für den Fall einer gewinnorientierten Erwerbstätigkeit mit entsprechender Vergütung gilt, hat der Senat hingegen offengelassen. Ebenso offengelassen hat er, ob die Regelung des § 11a Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB II für die Beitragsbemessung bei Selbstzahler:innen entsprechend anzuwenden ist. Nach dieser Regelung ist der Erziehungsbeitrag nur teilweise als Einkommen beim Bürgergeld anzurechnen – und zwar für das dritte Kind in Höhe von 75 Prozent und für jedes weitere Kind vollständig. Selbst wenn bei analoger Anwendung dieser Regelung für das dritte Pflegekind 75 Prozent des Erziehungsbeitrags bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen wären, hätte die Klägerin die Mindestbeitragsbemessungsgrenze nicht erreicht.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

12. Senat bezieht Stellung und lässt zugleich Fragen offen

Die Beitragspflicht des Erziehungsbeitrags bei freiwillig versicherten Pflegeeltern ist zwischen dem LSG Schleswig-Holstein und dem Hessischen LSG auf der einen Seite und dem LSG Berlin-Brandenburg auf der anderen Seite schon lange umstritten (vergleiche im Einzelnen LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24. 8. 2022 – L 1 KR 448/19 Rn. 34). Während die Pflegeeltern nach Auffassung des LSG Schleswig-Holstein aus dem Erziehungsbeitrag Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entrichten mussten (s.o.), hat das LSG Berlin-Brandenburg dies abgelehnt (vergleiche LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.). Das LSG Berlin-Brandenburg hatte seine Anschauung vor allem damit begründet, dass es für die Beitrags-

pflicht nicht darauf ankomme, ob die Einnahme tatsächlich für den Lebensunterhalt verwendet werden kann, sondern darauf, ob sie zumindest auch für den allgemeinen Lebensbedarf bestimmt ist oder nicht. Der Erziehungsbeitrag diene nicht dem allgemeinen Lebensbedarf, sondern habe eine Anreizfunktion. Auch eine analoge Anwendung der Regelung des § 11a Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB II zur Ermittlung eines zumindest beitragspflichtigen Anteils des Erziehungsbeitrags hat das LSG Berlin-Brandenburg abgelehnt. Denn § 3 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler reiche aufgrund ihres generalklauselartigen Charakters schon als hinreichend bestimmte Rechtsgrundlage für eine Verbeitragung des Erziehungsbeitrags nicht aus.

Der 12. Senat hat den Streit zwischen den Landessozialgerichten nun insoweit entschieden, als auch

er eine Beitragsfreiheit des Erziehungsbeitrags vor dem Hintergrund seiner Anreizfunktion in gewissem Umfang für geboten hält. Dies gelte jedenfalls für Erziehungsbeiträge, die sich nach den empfohlenen Pauschalen des Deutschen Vereins richten und keine Vergütung im Sinne einer gewinnorientierten Erwerbstätigkeit darstellen. Was dies genau bedeutet, hat der Senat nicht beantwortet. Auch die Frage, ob die Regelung des § 11a Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB II für die Bemessung eines beitragspflichtigen Teils des Erziehungsbeitrags herangezogen werden kann, hat der 12. Senat offengelassen. Die Auseinandersetzungen um die Beitragspflicht des Erziehungsbeitrags bei den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen von Selbstzahler:innen werden auch nach dieser Entscheidung nicht beendet sein.

Rentenversicherung

Höhere Altersrente durch Kindererziehungszeit in Österreich

BSG, Urteil vom 27. 3. 2025 – B 5 R 16/23 R

Versicherte, die in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigt waren und dann zeitweise im EU-Ausland gelebt und dort ausschließlich Kinder erzogen haben, können eine höhere Altersrente beanspruchen, auch wenn sie nach ihrer Rückkehr nur freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben – so der 5. Senat am Beispiel von Kindererziehungszeiten in Österreich.

Für die Erziehung von Kindern, die vor 1992 geboren sind, werden seit dem 1. 1. 2019 die ersten zweieinhalb Jahre als rentenrechtliche Kindererziehungszeiten angerechnet, sofern die Kindererziehung in Deutschland erfolgt ist oder einer solchen Erziehung gleichsteht. Die Kindererziehung im Ausland stellt § 56 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB VI vor allem dann gleich, wenn entweder der erziehende Elternteil oder sein:e Ehegatt:in unmittelbar vor der Geburt – also in zeitlicher Nähe zur Geburt – oder während der Kindererziehung wegen einer im Ausland ausgeübten Beschäftigung oder Selbständigkeit Pflichtbeitragszeiten zur Deutschen Rentenversicherung (DRV) erworben hat. Derartige inländische Pflichtbeitragszeiten aufgrund einer im Ausland ausgeübten Beschäftigung

oder Selbständigkeit können etwa bei Entwicklungshelfer:innen oder Botschaftsmitarbeiter:innen vorliegen. Die Rentenversicherungsträger legen § 56 SGB VI allerdings weiter aus und erkennen im EU-Ausland zurückgelegte Kindererziehungszeiten auch dann an, wenn die erziehende Person ausschließlich Versicherungszeiten in Deutschland vorweist, wenn sie vor und nach der Kindererziehung mindestens einen Pflichtbeitrag zurückgelegt haben (sogenannte Umrahmung der Erziehungszeit) und wenn die Versicherungsbiografie abgeschlossen ist (vgl. hierzu Hebrand: Koordinierung und EuGH-Rechtsprechung am Beispiel des deutschen Rentenversicherungsrechts der Kindererziehungszeiten, SRA 2022, 187, 188 f.). Der 5. Senat hatte nun zu entscheiden, ob eine in Österreich

zurückgelegte Kindererziehungszeit auch dann bei einer Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung anzuerkennen ist, wenn nach der Rückkehr nach Deutschland keine Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt, sondern eine selbständige Tätigkeit ausgeübt und freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden.

Kindererziehungszeiten in Österreich und vorangegangene Beschäftigung in Deutschland

Klägerin in dem vom 5. Senat entschiedenen Verfahren war eine gelernte Arzthelferin mit drei Kindern. Nachdem sie im Jahr 1970 ihr erstes Kind zur Welt gebracht hatte, war sie noch bis Ende April 1972 als Verwaltungsangestellte bei der Kassenärztlichen Vereinigung versicherungspflichtig beschäftigt gewesen. Im Mai 1975 brachte sie ihr zweites Kind

zur Welt. Im August desselben Jahres zog sie nach Österreich, weil ihr Ehemann, ein gelernter Glasbläser, dort eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen hatte. Die Klägerin selbst ging in Österreich keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach. Im Jahr 1977 brachte sie ihr drittes Kind zur Welt. Ende 1979 zog die Familie wieder zurück nach Deutschland. Die Klägerin übte in der Folgezeit keine versicherungspflichtige Beschäftigung mehr aus. Vielmehr betrieb sie gemeinsam mit ihrem Ehemann ein Gewerbe, zuletzt ein Café mit Glasbläserei. Zur Erfüllung der allgemeinen Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung entrichtete die Klägerin freiwillige Rentenversicherungsbeiträge. Im Jahr 2016 erkannte die österreichische Pensionsversicherungsanstalt bei der Klägerin zwar Kindererziehungszeiten von August 1975 bis November 1979 an, lehnte eine Rente nach österreichischem Recht aber ab, weil die Klägerin die Wartezeit von 15 Jahren nicht erfüllt hatte. Stattdessen gewährte die beklagte Deutsche Rentenversicherung Bund ab Februar 2016 eine Regelaltersrente. Diese betrug gerade einmal knapp 130 Euro, weil die Deutsche Rentenversicherung Bund die in Österreich zurückgelegten Kindererziehungszeiten für das zweite und dritte Kind unberücksichtigt ließ.

Anders als das SG lehnt das LSG gleichgestellte Kindererziehungszeit ab

Vor dem Sozialgericht (SG) Detmold ist die Klägerin zunächst erfolgreich gewesen. Mit Urteil vom 14. 2. 2019 – S 11 R 733/17 hat das SG die Beklagte verurteilt, die in Österreich zurückgelegten Kindererziehungszeiten für das zweite und dritte Kind zu berücksichtigen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass die für das zweite und dritte Kind in der Zeit von August 1975 bis November 1977 in Österreich erbrachte Kindererziehungszeit einer inländischen Kindererziehungszeit gleichzustellen sei.

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) NRW das SG-Urteil abgeändert und die Klage abgewiesen (vergleiche Urteil vom 13. 6. 2023 – L 18 R 227/19). Die in Österreich zwischen August 1975 und November 1977 zurückgelegte Kinder-

erziehungszeit sei einer inländischen Kindererziehungszeit nicht gleichzustellen. Hierfür sei nach § 56 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB VI erforderlich, dass der erziehende Elternteil oder sein:e Ehegatt:in unmittelbar vor der Geburt des Kindes oder während der Kindererziehung aufgrund einer Beschäftigung im Ausland eine Pflichtbeitragszeit zur gesetzlichen Rentenversicherung erworben hat. Dies sei jedoch nicht der Fall gewesen. Denn die Klägerin habe unmittelbar vor der Geburt keine Beschäftigung ausgeübt und ihr Ehemann habe aufgrund der versicherungspflichtigen Beschäftigung in Österreich keine Pflichtbeitragszeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung erworben, sondern zur österreichischen Pensionsversicherungsanstalt.

Eine erweiternde Auslegung des § 56 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB VI hat das LSG abgelehnt. Weder die Voraussetzungen für eine analoge Auslegung noch für eine grundrechts- oder europarechtskonforme Auslegung hätten vorgelegen. Zwar sieht das Koordinierungsrecht mit Artikel (Art.) 44 Abs. 2 VO (EG) Nr. 987/2009 eine Zuständigkeit des Herkunftsmitgliedstaates für den Fall vor, dass der Wohnmitgliedstaat eine Kindererziehungszeit nicht vorsieht – allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die kindererziehende Person zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kindererziehungszeit begann, eine Beschäftigung oder Selbstständigkeit ausgeübt hat. Dies sei bei der Klägerin nicht der Fall gewesen. Auch einen Verstoß gegen die Unionsbürgerfreizügigkeit nach Art. 21 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) hat das LSG nicht erkannt. Zwar habe der EuGH die Norm des Art. 21 AEUV mit Urteil vom 7. 7. 2022 im Verfahren C-576/20 dahingehend ausgelegt, dass der rentenzahlungspflichtige Mitgliedstaat Kindererziehungszeiten bei der Altersrente zu berücksichtigen hat, wenn die betroffene Person ausschließlich in diesem Mitgliedstaat gearbeitet hat und zwar sowohl vor als auch nach dem Umzug in einen anderen Mitgliedstaat. Diese »Umrahmung« habe im Fall der Klägerin jedoch nicht vorgelegen. Sie habe ausschließlich in Deutschland gearbeitet, aber ihr fehlten die für die »Umrahmung« er-

forderlichen Pflichtbeitragszeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung nach der Rückkehr aus Österreich.

BSG sieht Notwendigkeit europarechtskonformer Auslegung

Vor dem BSG hatte die Klägerin Erfolg. Der 5. Senat ist dem LSG in weiten Teilen gefolgt, nur nicht in der Frage einer erweiternden Auslegung des § 56 SGB VI im Lichte der Unionsbürgerfreizügigkeit nach Art. 21 AEUV. Nach der Rechtsprechung des EuGH seien Mitgliedstaaten verpflichtet, die im EU-Ausland zurückgelegten Erziehungszeiten bei der Altersrente zu berücksichtigen, wenn die betroffene Person ausschließlich Versicherungszeiten in dem verpflichteten Mitgliedstaat zurückgelegt hat, und zwar sowohl vor als auch nach dem Umzug ins EU-Ausland. Die Klägerin sei vor dem Umzug nach Österreich in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigt gewesen und habe nach ihrer Rückkehr freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet. In Österreich hätte sie sich ausschließlich der Kindererziehung gewidmet. Dass in Österreich Versicherungszeiten wegen Kindererziehung anerkannt worden seien, sei hier unschädlich, weil Deutschland der einzige zur Zahlung einer Altersrente verpflichtete Mitgliedstaat sei. Würde der Klägerin die Anerkennung der in Österreich zurückgelegten Kindererziehungszeiten verweigert, dann würde sie jedoch wegen der Inanspruchnahme ihres Freizügigkeitsrechts aus Art. 21 AEUV benachteiligt. Eine Vorlage zum EuGH hielt der 5. Senat nicht für erforderlich, weil der EuGH die hier entscheidungserheblichen Fragen nach Auffassung des Senats bereits geklärt habe.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

BSG: Rentenversicherung muss § 56 SGB VI noch weiter auslegen

Der 5. Senat hat entschieden, dass die bisher von der Rentenversicherung schon vorgenommene erweiterte Auslegung des § 56 SGB VI (vergleiche hierzu Hebrand: Koordinierung und EuGH-Rechtsprechung am Beispiel des deutschen Rentenversicherungsrechts der Kindererziehungszeiten, SRa 2022, 187, 188 f.) nicht ausreicht

und dass das Freizügigkeitsrecht aus Art. 21 AEUV eine noch weitergehende Auslegung des § 56 SGB VI erfordert. Zum ersten hat die Rentenversicherung bislang für die Anerkennung einer ausländischen Kindererziehungszeit im Wege einer erweiterten Auslegung verlangt, dass die erziehende Person ausschließlich anrechenbare Versicherungszeiten vorweist. Die Klägerin erfüllte dieses Merkmal nicht, weil die österreichische Pensionsversicherungsanstalt die in Österreich zurückgelegten Versicherungszeiten als Kindererziehungszeiten anerkannt hatte. Wegen der fehlenden Wartezeit von 15 Jahren hatte die Pensionsversicherungsanstalt allerdings eine Rente abgelehnt. Die Rentenversicherung durfte eine Kindererziehungszeit wegen der »wirkungslosen Anerkennung« einer Kindererziehungszeit

durch die Pensionsversicherungsanstalt nicht ablehnen. Denn – so der 5. Senat – dies würde die Klägerin benachteiligen, weil sie von ihrem Freizügigkeitsrecht Gebrauch gemacht hat. Zum zweiten hat die Rentenversicherung für die Anerkennung einer ausländischen Kindererziehungszeit im Wege einer erweiterten Auslegung verlangt, dass die Kindererziehungszeit von ausschließlich deutschen Pflichtbeiträgen umrahmt wird. Auch insoweit hat der 5. Senat anders entschieden. Er hat ausreichen lassen, dass die Klägerin nach ihrer Rückkehr aus Österreich freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet und sich in Österreich ausschließlich der Kindererziehung gewidmet hat. Diese Entscheidung ist eine gute Nachricht für alle Versicherten, die in Deutschland zunächst versicherungs-

pflichtig beschäftigt waren, dann im EU-Ausland ausschließlich Kinder erzogen, aber dort keinen Rentenanspruch erworben haben und die anschließend wieder nach Deutschland zurückkehren. Denn selbst wenn sie hierzulande keine versicherungspflichtige Beschäftigung mehr ausüben, kann auch ein freiwilliger Beitrag zur Rentenversicherung ausreichen, um die ausländischen Kindererziehungszeiten für die deutsche Rente zu aktivieren. Nicht zuletzt mit Blick auf die Pläne der neuen Bundesregierung, die sog. Mütterrente für Geburten vor 1992 auf von aktuell zweieinhalb auf drei Entgeltpunkte anzuheben, sollten Rückkehrer:innen mit ausschließlichen Kindererziehungszeiten im EU-Ausland sich zu den Konsequenzen dieses BSG-Urteils beraten lassen.

Versicherungs- und Beitragsrecht

BSG zur Beitragsfreiheit von freiwilligen Zusatzleistungen

BSG, Urteil vom 13. 5. 2025 – B 12 BA 10/23 R

Vereinbaren Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen einen Lohn- und Gehaltsverzicht und zugleich freiwillige Sonderleistungen, dann können auch diese der Beitragspflicht unterliegen. Wenn die Sonderleistung den Nettoverlust eines Lohn- und Gehaltsverzichts kompensiert, dann müssen besondere Umstände vorliegen, damit ausnahmsweise von einer beitragsfreien Zusatzleistung ausgegangen werden kann, so der 12. Senat in einer aktuellen Entscheidung.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen von abhängig Beschäftigten gehört nach den jeweiligen Regelungen der Sozialgesetzbücher vor allem das Arbeitsentgelt. § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV definiert das Arbeitsentgelt als alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung – gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch besteht, unter welcher Bezeichnung und in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar oder im Zusammenhang mit der Beschäftigung erzielt werden. Daher können zum Arbeitsentgelt auch Sachgüter in Geldeswert – so genannte Sachbezüge – fallen. Näheres regelt die Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV). So sind steuerfreie einmalige Einnahmen, laufende Zulagen, Zuschläge, Zuschüsse sowie ähnliche steuerfreie Einnahmen, die zusätzlich zu Löhnen und Gehältern gewährt werden, nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV ausnahmsweise sozialabgabenfrei sind.

Internet-, Fahrt-, Betreuungskosten und Restaurantschecks als Zusatzleistung

Im nun entschiedenen Verfahren hatte die klagende Arbeitgeberin, eine auf die Herstellung sowie Import und Export spezialisierte GmbH, mit 21 Beschäftigten unterschiedliche freiwillige Zusatzleistungen vereinbart. Diese reichten von einem jährlichen Betrag von 600 Euro für die Internetnutzung, über einem monatlichen Betrag von maximal 40,50 Euro für Fahrten von der Wohnung zur Arbeitsstätte, einem monatlichen Betrag von maximal 338 Euro als Zuschuss für die Kinderbetreuung bis hin zur Bereitstellung von Restaurantschecks im Wert von jeweils 6,10 EUR und insgesamt 91,50 Euro. Die Zusatzleistungen sollten jeweils freiwillig und ohne Begründung einer Rechtspflicht auf weitere Zahlungen in der Zukunft erfolgen. Zuvor hatte die Klägerin mit den jeweiligen Beschäf-

tigten einen Lohn- und Gehaltsverzicht vereinbart. Hierfür wurden die Arbeitsverträge dergestalt geändert, dass die Grundvergütung um einen näher bestimmten Betrag reduziert wurde. Die Zusatzentgelte blieben unberührt. Die beklagte Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg war nach einer Betriebsprüfung auf diese Vereinbarungen aufmerksam geworden und forderte von der Klägerin Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von insgesamt mehr als 23.200 Euro nach.

SG und LSG halten Zusatzleistungen für sozialabgabenfrei

Das Sozialgericht (SG) Karlsruhe und das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg haben der Klägerin Recht gegeben und Nachforderungsbescheide der Beklagten aufgehoben (vergleiche Urteile vom 11. 1. 2022 – S 3 BA 2472/20 bzw. vom 12. 5. 2023 – L 8 BA 373/22). Die beiden Instanzen ha-

ben ihre Entscheidungen im Wesentlichen auf die Beitragsfreiheit nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV gestützt. Die Lohn- und Gehaltsverzichte seien jeweils wirksam und unabhängig von den freiwilligen Zusatzleistungen vereinbart worden. Die Internetpauschale, die Fahrtkostenzuschüsse und die Restaurantgutscheine seien wegen ihrer Pauschalversteuerung nach § 40 Abs. 2 EStG nicht dem Arbeitsentgelt zuzurechnen. Die steuerliche Begünstigung und damit die Sozialabgabenfreiheit der Zuschüsse zu den Kinderbetreuungskosten folge aus § 3 Nr. 33 EStG.

BSG reichen die Feststellungen der Vorinstanzen nicht

Der 12. Senat hat das Urteil des LSG aufgehoben und den Rechtsstreit wieder an das LSG zurückverwiesen. Zunächst hat der Senat Zweifel an der Zusätzlichkeit der vereinbarten Leistungen geäußert. Wenn Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen die Grundvergütung reduzieren und gleichzeitig andere Leistungen vereinbaren, die den Bruttolohnverlust netto weitgehend kompensieren, müssten besondere Umstände vorliegen, die trotzdem auf eine zusätzliche Leistung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV schließen lassen. Denn die Vereinbarung eines Lohn- und Gehaltsverzichts einerseits und einer weiteren Leistung in entsprechender Höhe andererseits lege nahe, dass die weitere Leistung als Surrogat für den Lohn- und Gehaltsverzicht vereinbart worden ist. Entscheidend ist nicht, ob ein arbeitsvertraglicher Anspruch besteht und die Leistung freiwillig gezahlt wird.

Bezogen auf die Zuschüsse zu den Kinderbetreuungskosten folgt der Senat hieraus, dass das LSG noch einmal genau prüfen muss, inwiefern die

Kinderbetreuungskosten integraler und nicht abtrennbarer Bestandteil der insgesamt vereinbarten Vergütung geworden sind. Hierzu müsse das LSG unter anderem auch den zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zwischen Lohn- und Gehaltsverzicht einerseits und den Zuschüssen zu Kinderbetreuungskosten in den Blick nehmen. Bezogen auf die Internetpauschale und die Fahrtkosten müsse das LSG prüfen, ob diese Leistungen entsprechend den steuerrechtlichen Vorgaben des § 40 EStG zweckgebunden, also nur für tatsächlich entstandene Aufwendungen, gewährt und tatsächlich pauschal besteuert wurden. Bezogen auf die Restaurantgutscheine müsse das LSG prüfen, ob sie als Surrogat für den Lohn- und Gehaltsverzicht vereinbart wurden. Steuerrechtlich dürften sie nicht als Lohnbestandteil vereinbart sein.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

BSG: Freiwillig ist nicht gleich zusätzlich

Für Arbeitgeber kann sich die Vereinbarung von Zusatzleistungen bei gleichzeitigem Lohn- und Gehaltsverzicht der Arbeitnehmer:innen in finanzieller Hinsicht sehr lohnen. Denn neben der Reduzierung des Bruttolohns sparen sie Sozialabgaben. Für Arbeitnehmer:innen ist eine solche Vereinbarung verlockend, weil sie mit der Zusatzleistung eine Kompensation des Nettolohnverlustes erhalten. Dass mit dem Lohn- und Gehaltsverzicht auch bei den lohnbezogenen Sozialleistungen – wie Rente und Arbeitslosengeld – Verluste verbunden sind, die mit den Zusatzleistungen nicht kompensiert werden, gerät dabei schnell aus

dem Blick. Der Gesetzgeber wollte diese »Sozialabgabensparmodelle« erschweren, indem er unter das beitragspflichtige Arbeitsentgelt nach § 14 SGB IV auch diejenigen geldwerten Vorteile aus einer Beschäftigung fasste, auf die kein Rechtsanspruch besteht und die in Form von Sachbezügen gewährt werden. Eine Ausnahme hiervon regelt § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV für steuerfreie zusätzliche Leistungen des Arbeitgebers.

Der 12. Senat hat mit seiner Entscheidung klargestellt, dass diese Ausnahme streng zu prüfen ist. Für die Zusätzlichkeit reicht nicht, dass Lohn- und Gehaltsverzicht einerseits und Sonderleistung andererseits in unterschiedlichen Vereinbarungen getroffen wurden. Freiwillig ist nicht gleich zusätzlich. Vielmehr fordert der Senat – wenn bei einer Nettobetrachtung die zusätzlichen Leistungen den Gehaltsverlust kompensieren – für das Merkmal der Zusätzlichkeit weitere, besondere Umstände, die die Sonderleistungen von Lohn- und Gehaltsverzicht abheben. Denn wenn Verzicht und Sonderleistung in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang vereinbart werden, dann liegt auch bei getrennten Vereinbarungen und Freiwilligkeit der Sonderleistung auf der Hand, dass die Sonderleistung den Verzicht ausgleichen sollte. Darüber hinaus verlangt der 12. Senat, dass auch die von § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV geforderte Steuerfreiheit für den Fall der Pauschalversteuerung nach § 40 EStG sorgfältig geprüft wird. Der bloße Verweis auf eine Steuerfreiheit nach dem EStG reicht für die Sozialabgabenfreiheit nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 SvEV nicht aus.

Gesetzliche Rentenversicherung

Keine Grundrente für freiwillige Beitragszeiten

BSG, Urteil vom 5. 6. 2025 – B 5 R 3/24 R

Selbständige können für Zeiten einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Grundrentenzuschlag verlangen. Diese Ungleichbehandlung von freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten ist nicht verfassungswidrig, wie der 5. Senat in einem aktuellen Urteil festgestellt hat.

Der Kläger des Ausgangsverfahrens bezieht seit dem Jahr 2012 eine Regel-

altersrente, die zuletzt im Jahr 2014 mit rund 579 Euro berechnet worden

war. Der Rente liegt eine fast 20-jährige versicherungspflichtige Beschäf-

tigung (= 230 Monate) sowie eine anschließende, 26-jährige freiwillige Versicherung als Selbständiger im Pressevertrieb (= 312 Monate) zugrunde. Nach Einführung der so genannten Grundrente zum 1. 1. 2021 lehnte die beklagte Deutsche Rentenversicherung Bund im August 2022 die Berücksichtigung eines Grundrentenzuschlages ab. Sie begründete dies damit, dass der Grundrentenzuschlag unter anderem voraussetze, dass mindestens 33 Jahre (= 396 Monate) an Grundrentenzeiten vorliegen. Dies sei beim Kläger nicht der Fall, weil er nur 230 Monate einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorweisen könne. Die 312 Monate der freiwilligen Versicherung könnten nicht berücksichtigt werden, weil freiwillige Beitragszeiten nach § 76g Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB VI keine Grundrentenzeiten darstellen und die Rentenversicherung an Recht und Gesetz gebunden sei.

SG und LSG sehen keine Gleichheitswidrigkeit

Mit seiner Klage zum Sozialgericht (SG) Mannheim und seiner Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg ist der Kläger erfolglos geblieben (vergleiche Gerichtsbescheid vom 29. 3. 2023 – S 10 R 2439 bzw. Urteil vom 24. 1. 2024 – L 5 R 1205/23). Der Kläger hat Klage und Berufung vor allem auf das Argument gestützt, dass der Ausschluss der freiwilligen Beitragszeiten von den Grundrentenzeiten eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung gegenüber versicherungspflichtigen Beschäftigten darstelle. Selbständige trügen ein höheres Risiko und stünden nicht selten finanziell viel schlechter da. Beide Gerichte betonten, dass die Beklagte das geltende Rentenrecht richtig angewendet habe und dass ein Verstoß gegen das Grundgesetz nicht vorliege. Die Eigentumsgarantie des Art. 14 GG werde nicht verletzt, weil die Nichtberücksichtigung der freiwilligen Beitragszeiten schon nicht in verfassungsrechtlich geschütztes Eigentum eingreife. Eine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG scheide ebenfalls aus. Zwar werde der Kläger – wie das LSG in seiner Urteilsbegründung hervorhebt – mit Blick auf seine freiwilligen Beitragszeiten

gegenüber versicherungspflichtig Beschäftigten ungleich behandelt. Diese Ungleichbehandlung sei jedoch durch hinreichend gewichtige Gründe gerechtfertigt. Dem Gesetzgeber stehe nämlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Insbesondere dürfe er bei der Ordnung von Massenerscheinungen generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen treffen und gewisse damit verbundene Härten aufbürden. Schließlich trügen Pflichtversicherte gemessen an Beitragszeit, Beitragsdichte und Beitragshöhe in der Regel viel stärker zur Finanzierung der Rentenversicherung bei als freiwillig Versicherte.

BSG schließt sich Vorinstanzen an

Der 5. Senat hat sich nun seinen Vorinstanzen angeschlossen und die Revision des Klägers zurückgewiesen. Auch den 5. Senat haben die vom Kläger vorgetragenen verfassungsrechtlichen Zweifel nicht überzeugt. In seiner Urteilsbegründung greift er die Argumente insbesondere des LSG auf und stellt nochmal die erheblichen Unterschiede zwischen der Pflichtversicherung und der freiwilligen Versicherung heraus. Im Gegensatz zur Pflichtversicherten könnten freiwillig Versicherte ihre Beitragszahlungen jederzeit selbst bestimmen, aussetzen oder sogar ganz einstellen. Vor Einführung des Grundrentenzuschlages hätte die Mehrheit der freiwillig Versicherten zudem nur den Mindestbeitrag geleistet. Im Gegensatz dazu stellten die Pflichtversicherten die zahlenmäßig wichtigste Versichertengruppe dar, die sich ihrer Beitragspflicht nicht entziehen könnten. Sie trügen – wie schon das LSG festgestellt hatte – regelmäßig nach Beitragszeit, Beitragsdichte und Beitragshöhe in wesentlich stärkerem Maße zur Finanzierung der Rentenversicherung bei. Angesichts des weiten gesetzgeberischen Gestaltungsspielraums war nach Auffassung des 5. Senats nicht zu beanstanden, dass mit dem steuerfinanzierten Grundrentenzuschlag nur die Lebensleistungen der Pflichtversicherten anerkannt werden sollten und die freiwillig Versicherten auf die steuerfinanzierten Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung verwiesen werden.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

Recht ist nicht immer gerecht

Die rechtliche Ausgestaltung des Grundrentenzuschlages wirft in mehrfacher Hinsicht verfassungsrechtliche Fragen auf, die von den Sozialgerichten bisher abschlägig entschieden wurden. So hatte das LSG NRW schon zu Beginn des Jahres 2024 entschieden, dass die auf Ehegatt:innen beschränkte Einkommensanrechnung beim Grundrentenzuschlag und die daraus resultierende Schlechterstellung gegenüber nicht verheirateten Lebenspartner:innen weder gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz aus Art. 3 Abs. 1 GG noch gegen den Schutz der Ehe aus Art. 6 Abs. 1 GG verstößt (vergleiche hierzu SoSi Heft 5/2024, S. 34 f.).

In dem jetzt vom 5. Senat entschiedenen Verfahren ging es um eine weitere verfassungsrechtliche Kritik an den Regelungen des Grundrentenzuschlages – nämlich um die Kritik daran, dass § 76g Abs. 2 SGB VI den Grundrentenzuschlag über die sogenannten Grundrentenzeiten im Wesentlichen auf Zeiten der versicherungspflichtigen Beschäftigung, der Kindererziehung und der Pflege beschränkt und damit (unter anderem) die Zeiten einer freiwilligen Versicherung beim Grundrentenzuschlag schlechterstellt. Viele freiwillig Versicherten empfinden dies – nachvollziehbarer Weise – als ungerecht, weil sie mit ihren freiwilligen Beiträgen eine bewusste Entscheidung für die gesetzliche Rentenversicherung und gegen eine private Alterssicherung getroffen haben und dieses Bekenntnis zur Rentenversicherung beim Grundrentenzuschlag nicht honoriert wird.

Gleichwohl dürften die Aussichten einer Verfassungsbeschwerde gegen die Entscheidung des 5. Senats gering sein. Wie schon das LSG greift der 5. Senat in seiner Entscheidungsbegründung Argumentationslinien auf, die das Bundesverfassungsgericht in der Vergangenheit zu anderen Ungleichbehandlungen von freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung ent-

wickelt hat. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Anmerkung von Armin Knospe zu dem LSG-Urteil, dass »Recht und Gerechtigkeit durchaus weit voneinander entfernt sein können« (vergleiche Knospe, NZS 2024,

S. 478), einmal mehr auch auf das BSG-Urteil übertragen. In sozialpolitischer Sicht bleibt die dringende Notwendigkeit einer Erwerbstätigenversicherung, die die Selbständigen wie abhängig Versicherte in die Ver-

sicherungspflicht der Rentenversicherung einbezieht. Dann dürften Ungleichbehandlungen von freiwillig Versicherten im Leistungsrecht nicht mehr so einfach zu rechtfertigen sein.

Pflegeversicherung

Kein Pflegegeld für EU-Bürger:innen

BSG, Urteil vom 12. 6. 2025 – B 3 P 8/23 R

In Deutschland lebende EU-Bürger:innen, die in ihrem Herkunftsstaat sozialversichert sind, erhalten die Sachleistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI im Wege der sog. Leistungsaushilfe. Die deutsche Pflegeversicherung erbringt also die Sachleistungen nach dem SGB XI für Rechnung des zuständigen Trägers im Herkunftsland. Hiervon erfasst sind aber nur die Sachleistungen, nicht das Pflegegeld. Das Pflegegeld muss der Herkunftsstaat grundsätzlich selbst erbringen, so der 3. Senat klarstellend.

Klägerin im vorliegenden Fall war eine im Jahr 1936 geborene polnische Staatsangehörige. Sie bezieht eine Rente aus der polnischen Rentenversicherung und wird von ihrer Tochter in Deutschland gepflegt. Sie ist über ihren polnischen Krankenversicherungsträger im Wege der Sachleistungsaushilfe bei der beklagten AOK Rheinland/Hamburg pflegeversichert. Im August 2017 bewilligte die Beklagte der Klägerin Pflegesachleistungen nach dem Pflegegrad 3. Im März 2018 beantragte die Klägerin Pflegegeld statt der Pflegesachleistungen. Die Beklagte lehnte den Antrag mit der Begründung ab, dass die Klägerin nach EU-Recht nur einen Anspruch auf Pflegesachleistungen habe, nicht aber auf Pflegegeld. Geldleistungen seien nach den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes der Klägerin zu zahlen. Die Klägerin argumentierte, dass sie auf Dauer in Deutschland lebe und dass das polnische Recht eine dem Pflegegeld entsprechende Leistung nicht kenne; sie konnte sich mit ihrem Widerspruch allerdings nicht durchsetzen.

SG und LSG lehnen Anspruch auf Pflegegeld ab

Die Klägerin scheiterte auch mit ihrer Klage zum Sozialgericht (SG) Köln und mit der anschließenden Berufung zum Landessozialgericht (LSG) NRW (vergleiche Urteile vom 4. 12. 2020 – S 27 P 104/19 bzw. vom 8. 12. 2022 – L 5 P 14/21). Die Klägerin habe keinen An-

spruch auf Pflegegeld, weil sie nicht zum versicherungspflichtigen Personenkreis gehöre. Auch aus dem europäischen Koordinierungsrecht könne die Klägerin keinen Anspruch auf Pflegegeld ableiten. Nach Artikel (Art.) 17 VO (EG) Nr. 883/2004 (Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. 4. 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) habe sie als Versicherte, die nicht in dem zuständigen EU-Mitgliedstaat (hier: Polen) wohnt, Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaates (hier: Deutschland). Das Pflegegeld stelle jedoch keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung im Sinne des Art. 21 VO (EG) Nr. 883/2004 dar. Nach Art. 21 Abs. 1 Satz 1 VO (EG) Nr. 883/2004 sei für Geldleistungen aber der polnische Sozialversicherungsträger zuständig. Nach Satz 2 könnten die Geldleistungen zwar auch von dem Träger des Wohnmitgliedstaates für Rechnung des zuständigen Mitgliedstaates erbracht werden; dies erfordere aber ein entsprechendes Einvernehmen, das im vorliegenden Fall nicht ersichtlich sei.

Revision zum BSG erfolglos

Mit ihrer Revision zum BSG ist die Klägerin abermals erfolglos geblieben. Wie seine Vorinstanzen verweist der 3. Senat zunächst darauf, dass die Klägerin nicht zum versicherten Personenkreis des SGB XI gehört. Sie beziehe eine Rente der polnischen Rentenver-

sicherung und sei Mitglied der polnischen Krankenversicherung.

Auch im EU-Recht hat der 3. Senat keine Rechtsgrundlage für das begehrte Pflegegeld nach § 37 SGB XI gefunden. Die Beklagte erbringe die Pflegesachleistungen im Wege der sogenannten Sachleistungshilfe für Rechnung des polnischen Leistungsträgers. Der Senat verweist insoweit auf Art. 24 VO (EG) Nr. 883/2004, wonach Rentner:innen ohne Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat dort gleichwohl Sachleistungen erhalten, wenn sie bei einem Wohnsitz in dem für die Rente zuständigen Mitgliedstaat Anspruch auf Sachleistungen hätten. Der Wohnmitgliedstaat erbringt die Sachleistungen dann für Rechnung des für die Rente zuständigen Mitgliedstaates und hat einen entsprechenden Erstattungsanspruch nach Art. 35 VO (EG) Nr. 883/2004. Die VO (EG) Nr. 883/2004 beziehe Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit als »Sachleistungen bei Krankheit« in ihren Anwendungsbereich ein. Allerdings vermittele die VO (EG) Nr. 883/2004 kein Recht, anstelle der Pflegesachleistungen das Pflegegeld zu wählen. Das Pflegegeld stelle auch nach der Rechtsprechung des EuGH eine Geld- und keine Sachleistung dar. Geldleistungen würden nach dem EU-Recht dem zuständigen Mitgliedstaat zugeordnet (hier: Polen), den zugleich die Kostenerstattungspflicht für Sachleistungen durch den Wohnmitgliedstaat (hier: Deutschland) trifft.

Einen Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 4 VO (EG) Nr. 883/2004 erkannte der 3. Senat nicht. Das EU-Recht garantiere Versicherten nicht, dass die Wahl des Wohnsitzes in Bezug auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit neutral ist. Genauso wenig sah der Senat einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

EU-Recht sichert kein Wahlrecht zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld

Während Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI zwischen Pflegesachleistungen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen und Kombinationsleistungen aus Sach- und Geldleistungen wählen können, haben EU-Bürger:innen, die noch in ihrem Herkunftsstaat sozialversichert sind, aber hier leben, kein entsprechendes Wahlrecht. Sie erhalten von der Pflegekasse lediglich Sachleistungen im Wege der Leistungsaushilfe. Geldleistungen müssen sie hingegen nach den Rechtsvorschriften ihres Herkunftsstaates realisieren und nach Deutschland »exportieren«. Wenn der Herkunftsstaat entsprechende Geldleistungen nicht vorsieht, gehen die Betroffenen leer aus.

Im Fall der Klägerin führt dies dazu, dass sie zwar von der deutschen Pflegekasse die gleichen Pflegesachleistungen erhält wie Versicherte nach dem SGB XI. Ein Wahlrecht auf Pflegegeld steht ihr jedoch nicht zu. Wie schon das LSG NRW verweist der 3. Senat darauf, dass das Europarecht die Sozialsysteme der Mitgliedstaaten koordinieren und nicht harmonisieren soll. Weder das Primärrecht noch das Koordinierungsrecht der VO (EG) Nr. 883/2004 garantieren eine Neutralität in Bezug auf Sozialleistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Etwaige Vor- oder Nachteile seien gemeinschaftsrechtlich grundsätzlich hinzunehmen. Aus diesem Grund sah der 3. Senat auch keinen Grund dafür, den EuGH mit dem Fall zu befassen.

Einen Nachteil hat im vorliegenden Fall allerdings nicht nur die pflegebedürftige Klägerin, sondern auch ihre pflegende Tochter. Denn ihre Pflegeaufwendungen können nicht durch ein weitergeleitetes Pflegegeld entschädigt werden. Fachkräfte aus anderen EU-Mitgliedstaaten, die ihre pflegebedürftigen Eltern nach Deutschland holen, um weiterhin hier erwerbstätig bleiben zu können, tragen damit neben den pflegebedingten Belastungen auch noch ein finanzielles Risiko.



Bertold Brücher
ist Referatsleiter
Sozialrecht und
Beschäftigten-
datenschutz beim
DGB-Bundesvor-
stand.



Ragnar Hoenig ist
Professor für
Sozialrecht an der
Technischen
Hochschule Köln.

VORSCHAU Heft 7/2025

Die nächste Ausgabe der Sozialen Sicherheit beschäftigt sich voraussichtlich mit der Auseinandersetzung über das Existenzminimum.

Die Ausgabe 7/2025 der Sozialen Sicherheit erscheint voraussichtlich am 15. Juli 2025. Unter www.sozialesicherheit.de steht die Online-Ausgabe des Heftes bereits ab 9. Juli zur Verfügung.

IMPRESSUM

Soziale Sicherheit

Zeitschrift für Arbeit und Soziales
ISSN 0490-1630 – 7/2025 – 74. Jahrgang
Herausgeber: Deutscher Gewerkschaftsbund
Redaktion: Markus Drescher (mdr)/
Matthias Becker (mbe) (beide verantwortlich)

Anschrift der Redaktion
Arbeit und Text GbR
Zehlickestr. 21, 19370 Parchim
E-Mail: redaktion@arbeitundtext.de
Tel. 0176/22 50 22 90 u. 0176/84 84 29 18

Internet: www.sozialesicherheit.de

Verleger: Bund-Verlag GmbH

Geschäftsführer: Jürgen Scholl

Geschäftsbereich Zeitschriften: Irmgard Schmalix

Anschrift des Verlages
Bund-Verlag GmbH, Emil-von-Behring-Straße 14
60439 Frankfurt/Main (ladungsfähige Anschrift)
E-Mail: kontakt@bund-verlag.de
Tel. 0 69 / 79 50 10-0, Fax 0 69 / 79 50 10-18

Leser- und Aboservice
Bund-Verlag GmbH, 60424 Frankfurt/Main
Tel. 0 69 / 79 50 10-96, Fax 0 69 / 79 50 10-12
E-Mail: abodienste@bund-verlag.de

Anzeigen
Susann Schlicht (verantwortlich), Thomas Schrader
Tel. 0 69 / 79 50 10-6 02, Fax 0 69 / 79 50 10-12
anzeigen@bund-verlag.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 25,
gültig ab 1. 1. 2025.

Erscheinungsweise/Bezugspreise 2025
10 Ausgaben jährlich
(mit Doppelausgaben Feb./März und Aug./Sept.)

Print + Online: 192,60 €/Bezugsjahr
(Ausland zzgl. Versandkosten)

Online: 185,40 €/Bezugsjahr
Jeweils mit Einzellizenz zur Onlinenutzung.
Weitere Lizenzen jeweils 34,00 €/Bezugsjahr.
Einzelheft: 18,00 €
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer.

Abbestellungen mit einer Frist von 6 Wochen
zum Ende des Bezugsjahrs.

Datenschutz
Die zur Abwicklung des Abonnements erforderlichen Daten werden nach den Bestimmungen der EU-DSGVO und des BDSG verwaltet.

Titelbild: © Foto: Frank Walensky-Schweppe

Druckvorstufe
Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: DWS Marquart GmbH
Saulgauer Str. 3, 88326 Aulendorf

Bezug Einbanddecken und Buchbindeservice
Tel. 0 2776/9 22 88-0 oder
bund-verlag@schaefermedien.de

Mit Namen oder Initialen gekennzeichnete Artikel
geben nicht unbedingt die Meinung des Heraus-
gebers, der Redaktion oder des Verlages wieder.

Urheber- und Verlagsrechte

Alle in dieser Fachzeitschrift und ihren Online-Angeboten veröffentlichten Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung – auch auszugsweise – bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Anwendungen, insbesondere von generativen KI-Anwendungen verwendet werden. Dies umfasst auch jede Verwendung der digitalen Inhalte in KI-Anwendungen. Die Nutzung der Inhalte für Text- und Data-Mining im Sinne von § 44b UrhG ist ausdrücklich vorbehalten und damit verboten.



Deinert

Sozialrecht

Handbuch für die betriebliche Arbeit

2025. 779 Seiten, gebunden

€ 59,-

ISBN 978-3-7663-7412-7

bund-shop.de/7412

Sozialrechtliche Regelungen für die Arbeitswelt

Kenntnisse des Sozialrechts sind im Betrieb unerlässlich. Kaum ein Vorgang bleibt ohne sozialrechtliche Konsequenzen. Schon der Abschluss des Arbeitsvertrags etwa führt im Allgemeinen zur Sozialversicherungspflicht.

Das Sozialrecht ist allerdings komplex und schwer überschaubar. Das Handbuch Sozialrecht gibt Orientierung und erschließt seinen Nutzerinnen und Nutzern die für sie persönlich, für ihre Aufgaben im Beruf oder fürs Studium wichtigen Aspekte und Zusammenhänge. Es übernimmt eine Lotsenfunktion, holt die Leserin oder den Leser an den typischen Situationen in der Arbeitswelt mit einem »kurzen Blick« auf das Arbeitsrecht ab. Die damit verbundenen sozialrechtlichen Themen werden verständlich und ausführlich erläutert. Der Autor behandelt die Unfallverhütung und Folgen eines Arbeitsunfalls genauso wie die sozialrechtlichen Auswirkungen von Urlaub, Krankheit, Behinderung, Erwerbsminderung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Arbeitskampf.

Abgerundet wird die Darstellung durch einen Blick auf das arbeits- und sozialrechtliche Gesamtsystem, auf Grundsatzfragen, grenzüberschreitende Fälle und auf die Möglichkeiten der Durchsetzung des Sozialrechts bei Behörden und vor Gericht. Das Handbuch leitet sicher durch alle sozialrechtlichen Fragestellungen. Es bietet wertvolle Informationen und Wissen für die betriebliche Praxis, für die Rechtsberatung und fürs Studium.

Vorteile auf einen Blick:

- › Die Verzahnung von Arbeits- und Sozialrecht in der Praxis
- › Verständliche, umfassende und vollständige Darstellung
- › Wertvolles Expertenwissen für juristische Laien und Profis

Einfach online bestellen:

1. Einsteigen auf bund-shop.de/7412 2. Daten eingeben 3. Absenden
oder Coupon ausfüllen und abschicken:

Expl.	Best.-Nr. 978-3-7663-	Autor / Kurztitel	Preis / €
	7412-7	Deinert Sozialrecht	59,-

Absender: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Vorname / Name:

Firma / Funktion:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum / Unterschrift:

Immer topaktuell informiert sein

- ☐ Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter für **Betriebsräte** nutzen.
Den Newsletter kann ich jederzeit wieder abbestellen.



Bund-Verlag GmbH
60424 Frankfurt am Main

Infotelefon:
069 / 79 50 10-20

Fax:
069 / 79 50 10-11

E-Mail:
kontakt@bund-verlag.de

www.bund-verlag.de

Schnell, verständlich, rechtssicher.
Lösungen für Betriebsräte und Personalräte.

www.bund-verlag.de



50 JAHRE KOMPETENZ AUF JEDER SEITE



Print und Online – jetzt bestellen!

Für jedes Betriebsrats- und Personalratsmitglied

www.mein-kittner.de | kontakt@bund-verlag.de
Bestellhotline: 069 / 79 501 020