

# Finanzierungsalternativen der Pflegeversicherung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität

Heinz Rothgang

Die Pflegeversicherung ist reformbedürftig – darüber besteht unter Experten weitgehend Einigkeit. Diese Reformbedürftigkeit ist festzustellen sowohl auf der Leistungsseite als auch auf der Finanzierungsseite, die allein Gegenstand dieses Beitrags ist. Wie aber sollte eine solche Finanzierungsreform aussehen und wie sollten Solidarität und Eigenverantwortung dabei gewichtet werden? Diesen Fragen geht der folgende Aufsatz nach.

## 1

### Einleitung

Die Absicherung allgemeiner Lebensrisiken kann unterschiedlich organisiert werden. „Solidarität“ und „Eigenverantwortung“ erscheinen dabei als Endpunkte eines Kontinuums, das von ausschließlich gesellschaftlicher bis zu ausschließlich individueller Verantwortung reicht. Allerdings schließen sich Solidarität und Eigenverantwortung keineswegs aus, sondern ergänzen sich. So ist ein gewisses Maß an (finanzieller) Eigenverantwortung notwendig, um zu verhindern, dass ein dem Solidaritätsprinzip folgendes Kollektiv durch Einzelne ausgenutzt wird, die solidarische Leistungen einfordern.<sup>1</sup> Umgekehrt führt ein vollständiger Verzicht auf (auch freiwillige und private) kollektive Sicherungsarrangements dazu, dass eine Absicherung allgemeiner Lebensrisiken für den überwiegenden Teil der Bevölkerung schlechterdings unmöglich ist. So kann auch im Rahmen einer strikt individualistischen Theorie gezeigt werden, dass Versicherungen, die ein Risiko kollektivieren und damit dem Solidaritätsprinzip verpflichtet sind, wohlfahrtssteigernd wirken (Buchholz/Wiegard 1992). Tatsächlich zeichnen sich existierende Sicherungsarrangements durch ihr je spezifisches Mischungsverhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung aus. Die Frage, die sich bei Diskussionen über die Reform von Sicherungssystemen stellt, kann daher immer nur die nach „mehr“ oder „weniger“ Solidarität bzw. Eigenverantwortung in einem gemischten Arrangement sein.

Um semantischen Missverständnissen vorzubeugen, ist der Solidaritätsbegriff

zunächst zu spezifizieren. Kern von „Solidarität“ ist, dass sich ein Kollektiv verpflichtet (fühlt), in Not geratenen Mitgliedern des Kollektivs (seien es Staaten, Versicherungsgemeinschaften, Familien oder andere gesellschaftliche Zusammenschlüsse) zu helfen. Je stärker hier die „Solidarität“ ist, desto geringer ist die finanzielle Eigenverantwortung et vice versa. Dieses gegenseitige füreinander Einstehen ist allerdings ein Merkmal, das Privatversicherungen ebenso erfüllen wie Sozialversicherungen oder staatsbürgerliche Fürsorgesysteme – auch sie sind daher in diesem Sinne „solidarisch“. Darüber hinaus können solidarische Sicherungssysteme aber Umverteilungsaufgaben verschiedenster Art erfüllen, indem sie von den versicherungsmathematisch fairen Prämienfestsetzungen, die kennzeichnend für private Versicherungen sind, abweichen und Zahlungsbeiträge festsetzen, die Einkommen, Risiko, Geschlecht, Alter, Familiengröße etc. berücksichtigen.<sup>2</sup> In Deutschland sind diese Umverteilungselemente Teil des Selbstverständnisses insbesondere der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Wenn nach der Rolle der „Solidarität“ in diesen Systemen gefragt wird, ist daher zu unterscheiden zwischen der Versicherungsfunktion im engen Sinne (im Folgenden: Versicherungssolidarität) und der darüber hinausgehenden Umverteilungsfunktion dieser Systeme (im Folgenden: Umverteilungssolidarität).

Ausgehend von einer Verortung der Pflegeversicherung im Spannungsverhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung (Kapitel 2) werden im Folgenden die aktuellen Reformbedarfe aufgezeigt (Kapitel 3) und die derzeit diskutierten Reformoptionen vorgestellt und bewertet (Kapitel 4), um abschließend auf die mit diesen

Reformoptionen verbundenen Veränderungen von Solidarität und Eigenverantwortung einzugehen (Kapitel 5).

## 2

### Solidarität und Eigenverantwortung in der Pflegeversicherung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 wurde das Risiko, pflegebedürftig zu werden, sozialrechtlich als allgemeines Lebensrisiko anerkannt. Bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurde eng an die institutionellen Arrangements in der Krankenversicherung angeknüpft. Zugleich wurden aber neue Akzente gesetzt, die zum Teil solidaritätsstärkend wirken, zum Teil aber auch die Eigenverantwortung betont haben.

<sup>1</sup> Dies wird in der ökonomischen Theorie unter dem Begriff „moral hazard“ diskutiert.

<sup>2</sup> Auch Umverteilungen können als „Versicherung“ angesehen werden – als Versicherung dagegen selbst „arm“ zu sein (Rolf et al. 1988; Männer 1992). Einem derart weitreichenden Versicherungsbegriff, der den Unterschied von Versicherung und Umverteilung aufhebt, wird hier aber nicht gefolgt.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Abteilungsleiter am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Pflegeversicherung, soziale Sicherung, demografischer Wandel und Europäische Sozialpolitik.  
e-mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

**Tabelle 1: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze, Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile 2002 – in Euro –**

	(1)	(2)	(3) = (1) + (2)	(4)	(5) = (1) – (4)	(6) = (3) – (4)
Pflegestufe	Pflegekosten	Hotelkosten	Pflegesatz (ohne Investitions- kosten)	SPV- Leistungen	Eigenanteil für Pflegekosten	Eigenanteil Pflegesatz
I	1.172	738	1.910	1023	149	887
II	1.558	738	2.296	1279	279	1.017
III	1.979	738	2.717	1432	547	1.285

Quelle: AOK-Statistik für Heimentgelte 2002, gesetzlich fixierte Leistungshöhen.

**WSI** Hans Böckler Stiftung

So wurde im Pflege-Versicherungsgesetz erstmals praktisch die gesamte Bevölkerung einer Versicherungspflicht unterzogen. Neben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) wurde nämlich eine private Pflegepflichtversicherung eingeführt, die für alle privat Krankenversicherten obligatorisch ist (Wasem 2000). Mit dieser – in einem Urteil vom 3.4.2001 vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich bestätigten – umfassenden Versicherungspflicht wird die *Versicherungssolidarität* im Vergleich zu allen anderen Zweigen der Sozialversicherung gestärkt.

Hinsichtlich der *Umverteilungssolidarität* hat die Soziale Pflegeversicherung die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Bei Leistungen nach dem Bedarfsprinzip folgt die Finanzierung dem Leistungsfähigkeitsprinzip, das einkommensabhängige Beitragszahlungen und damit eine Umverteilung nach dem Einkommen vorsieht. Allerdings wird dieses Leistungsfähigkeitsprinzip durchbrochen durch:

- (1) die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze, die Einkommensanteile oberhalb dieser Grenze beitragsfrei stellt,
- (2) die Begrenzung der Beitragspflicht auf Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen sowie
- (3) die Versicherungspflichtgrenze, die es erlaubt, vollkommen aus dem Umverteilungsregime herauszuoptieren.

Gemeinsam mit der Beitragsbemessungsgrenze führt die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten zu einem weiteren Verstoß gegen das Postulat der Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit. Denn je nachdem, wie sich ein Haushaltseinkommen auf Ehepartner verteilt, verändern sich die Beiträge. Dies kann bedeuten, dass Haushalte gleichen Einkommens zu unter-

schiedlichen Beitragszahlungen herangezogen werden. Neben der Umverteilung nach Einkommen erfolgt auch in der Sozialen Pflegeversicherung eine Umverteilung von schlechten zu guten Risiken und (eng damit verknüpft) nach Alter sowie von kinderlosen Personen zu solchen mit Kindern und teilweise von Doppelverdiener zu Alleinverdienerhaushalten (Dräther/Rothgang 2004; Wasem et al. 2005).

Das eigentlich Neue in Bezug auf die Umverteilungssolidarität ist dagegen die soziale Überwälzung der *privaten* Pflegepflichtversicherung, die vom Gesetzgeber in die Pflicht genommen wurde, Umverteilungselemente in erheblichem Umfang aufzunehmen. Diese sozialstaatlichen Vorgaben für die private Pflegepflichtversicherung enthalten

- das Verbot des Leistungsausschlusses wegen Vorerkrankungen,
- einen umfassenden Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen, auch bei bereits pflegebedürftigen Personen,
- das Verbot von geschlechterdifferenzierten Prämien,
- eine Begrenzung der Höchstprämie auf den Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung sowie bei Einverdienererehepaaren für beide auf insgesamt 150 % des Höchstbeitrags in der Sozialen Pflegeversicherung.

Damit wird Umverteilungssolidarität auch in der Privatversicherung etabliert.

Gleichzeitig wird aber auch die *Eigenverantwortung* in der Sozialen Pflegeversicherung in einem in einer Sozialversicherung bisher unbekanntem Maße gestärkt. So übernimmt die Pflegeversicherung nicht alle notwendigen Leistungen, sondern stellt nur Zuschüsse bereit, die nicht bedarfsdeckend sind. Das zeigt *Tabelle 1* exemplarisch für den Bereich der stationären Pflege.

Selbst wenn nur auf die Pflegekosten abgestellt wird, sind die Leistungen der Pflegeversicherung inzwischen nicht mehr ausreichend, und es entstehen durchschnittliche Eigenanteile in Höhe von 13 % (Stufe I), 18 % (Stufe II) bzw. 28 % (Stufe III). Dies war bei Einführung der Pflegeversicherung zumindest in Pflegestufe I noch anders. Da die nominalen Leistungen der Pflegeversicherung gesetzlich fixiert sind und seit Einführung der Pflegeversicherung noch nicht angehoben wurden, die Pflegesätze andererseits aber im Zeitverlauf kontinuierlich steigen, hat sich die Schere zwischen Pflegesätzen und SPV-Leistungen zunehmend geöffnet und wird sich – falls die Versicherungsleistungen nicht dynamisiert werden – in Zukunft noch weiter öffnen. Allerdings sind von den Pflegebedürftigen weiterhin auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die so genannten Hotelkosten, zu finanzieren. Werden diese Kosten mit berücksichtigt, liegen die Eigenanteile in allen Pflegestufen bei knapp der Hälfte der Kosten. Zudem werden den Pflegebedürftigen zusätzlich noch die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten in Rechnung gestellt, deren Höhe erheblich variiert, durchschnittlich aber auf monatlich 360 € geschätzt werden kann. Unter Berücksichtigung auch dieser Kosten liegt die Eigenbeteiligung in der stationären Pflege bereits derzeit bei mehr als 50 %. Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation ähnlich dar (Rothgang 2006, S. 153–154).

Die fehlende Bedarfsdeckung ist aber nicht nur an den Leistungshöhen der SPV festzumachen. Durch einen engen, rein somatischen Pflegebegriff, werden die besonderen Betreuungsbedarfe gerontopsychiatrisch erkrankter Personen bei der Pflegebegutachtung nicht ausreichend berücksichtigt, sodass dieser Personenkreis in besonderem Maße benachteiligt ist (Döhner/Rothgang 2006).

Allerdings bezieht sich die Eigenverantwortung in der SPV nicht nur darauf, dass die Pflegebedürftigen finanzielle Eigenbeteiligungen erbringen müssen. Vielmehr wurden die Leistungsberechtigten in diesem System mit einer erheblichen Wahlfreiheit ausgestattet. So können sie zwischen stationärer und häuslicher Pflege wählen und bei der häuslichen Pflege Geldleistungen und/oder Sachleistungen in Anspruch nehmen. Damit wird den Pflegebedürftigen und ihren am Entscheidungsprozess beteiligten Angehörigen eine beträchtliche Eigenverantwortung übertragen.

# 3

## Reformbedarfe in der Pflegeversicherung

Reformdiskussionen in der Pflegeversicherung beziehen sich auf die Leistungs- und auf die Finanzierungsseite, wobei in diesem Beitrag nur die Finanzierungsseite behandelt wird. Hierzu gilt es, zunächst festzuhalten, wie sich die Finanzen der SPV in der Vergangenheit entwickelt haben, und darauf aufbauend zu diskutieren, mit welchen zukünftigen Entwicklungen zu rechnen ist.

Während die gesetzliche Pflegeversicherung in den ersten Jahren ihrer Existenz Überschüsse erzielt hat, verzeichnet sie seit 1999 Defizite. Mit rund 380 Mio. € erreichte das Defizit 2002 erstmals ein beträchtliches Niveau und hat sich 2004 auf rund 820 Mio. € erhöht (Tabelle 2). Durch den ab 2005 eingeführten höheren Pflegebeitrag für Kinderlose, der nach Angaben des zuständigen Bundesministeriums im Jahr 2005 zusätzliche Einnahmen von 700 Mio. € generiert hat, liegt das Defizit für 2005 mit rund 360 Mio. € wieder etwas niedriger. Liquiditätsprobleme wird es bei der sozialen Pflegeversicherung deshalb frühestens 2007 geben. Dann jedoch könnten die Reserven nach übereinstimmenden Berechnungen von Wissenschaftlern und zuständigem Ministerium unter das – derzeit noch – vorgesehene Soll von 1,5 Monatsausgaben fallen.

Das steigende Defizit ist nicht auf ein besonders hohes Wachstum bei den Ausgaben zurückzuführen. Die Rate des (nominalen) Ausgabenwachstums lag im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2004 gerade bei 2,2 %, das Fallzahlenwachstum lag bei 2,0 % und damit sogar noch niedriger als das Ausgabenwachstum (Rothgang 2005a). 2005 sind die Ausgaben sogar nur um 0,9 % gestiegen.

Das Hauptproblem der gesetzlichen Pflegeversicherung liegt vielmehr auf der Einnahmeseite. Die jährliche Rate des Einnahmewachstums lag für den Zeitraum 1997–2004 im (geometrischen) Mittel bei gerade einmal 0,8 % und damit deutlich niedriger als die der Fallzahlen und der Ausgaben. Im Jahr 2003 gab es sogar erstmals weniger Einnahmen als im Jahr zuvor (Abbildung 1). Wird der Zusatzbeitrag für Kinderlose herausgerechnet, ergibt sich auch für 2005 eine negative Wachstumsra-

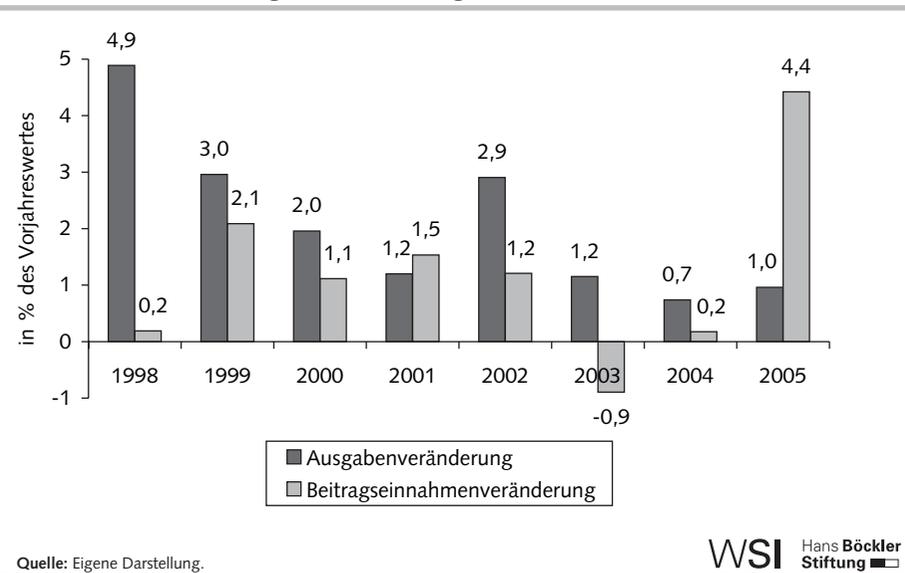
**Tabelle 2: Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung**  
– in Mrd. Euro –

Jahr	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Einnahmen	8,41	12,04	15,94	16	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49
Ausgaben	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86
Überschuss	3,44	1,18	0,8	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36
./. Investitionsdarlehen	0,56							-0,56			
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24	3,42	3,05

Quelle: Kassenstatistik, veröffentlicht vom BMGS (URL: www.bmgs.bund.de).

WSI Hans Böckler Stiftung

**Abb. 1: Jährliche Veränderung der Beitragseinnahmen und -ausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung** - in % -



Quelle: Eigene Darstellung.

WSI Hans Böckler Stiftung

te der Einnahmen gegenüber dem Vorjahr von -0,5 %.

Ausschlaggebend für die spärlichen Einnahmen waren und sind – neben der (zunehmenden) Arbeitslosigkeit und dem Abbau von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen – sozialversicherungsrechtliche Änderungen: Die Beitragszahlungen für Arbeitslosenhilfempfänger wurden abgesenkt und die Möglichkeiten zur Gehaltsumwandlung (so genannte „Eichel-Rente“) führen zu einer Verringerung der beitragspflichtigen Einkommen. Ebenso werden Einnahmeverluste bei der Pflegeversicherung durch die Reformmaßnahmen auf dem Arbeitsmarkt (Ich-AGs, Mini- und Midi-Jobs),<sup>3</sup> Lohnzurückhaltungen und Nullrunden bei der Rentenversicherung bewirkt.

Zur Abschätzung der langfristigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung sind vor allem die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demografischen Entwicklung und kontinuierliche Verschiebungen in den Pflegearrangements von der familialen zur professionel-

len Pflege als ausgabentreibende Faktoren in Rechnung zu stellen. Daneben werden derzeit insbesondere auch Leistungsverbesserungen für Demente diskutiert. Eine solche partielle Leistungsausweitung ist allerdings einmaliger Natur und führt – anders als etwa die demografischen Veränderungen – nicht zu weiteren regelmäßigen Ausgabensteigerungen.

Dass die zunehmende Anzahl älterer Menschen zu einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger führt, ist unstrittig. Das Ausmaß der projizierten Zunahme der Pflegebedürftigen hängt allerdings entscheidend von den gewählten Annahmen ab. So führen Status quo-Projektionen, die von einem konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegerisiko ausgehen, zu einer

3 Bei „Mini-Jobs“ bis zu 400 € werden zwar Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung, nicht aber zur Pflegeversicherung abgeführt. Insoweit Mini-Jobs „reguläre“ Arbeitsverhältnisse ersetzen, verringern sie daher die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 von 60–80 % des heutigen Wertes (Rothgang 2002; BMGS 2003). Allerdings kann weder ausgeschlossen werden, dass die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten mit steigender Lebenserwartung sinken und sich Pflegebedürftigkeit auf einen zunehmend geringen Zeitraum vor dem Tod konzentriert (Kompressionsthese), noch dass diese Pflegehäufigkeiten darüber hinaus durch verstärkte Präventions- und Rehabilitationsanstrengungen gesenkt werden können. Dadurch würde die Zahl der Pflegebedürftigen schwächer steigen als bei allein auf Veränderungen der Altersstruktur basierenden Berechnungen.

Neben einer steigenden Anzahl von Leistungsempfängern ist in der sozialen Pflegeversicherung auch eine *Verschiebung im Inanspruchnahmeverhalten* von informeller Pflege durch Angehörige hin zur Pflege durch zugelassene Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen. Unter Status quo-Bedingungen ist davon auszugehen, dass der demografische (sinkendes Familienpflegepotenzial) und sozialstrukturelle Wandel (Veränderung von Haushaltsstrukturen, steigende Opportunitätskosten der Pflege durch steigende Frauenerwerbstätigkeit, Veränderungen im Generationenverhältnis mit rückläufiger Pflegebereitschaft) zu einer Verfestigung dieses Trends führen dürften. Allerdings bestehen auch hier Möglichkeiten, derartige Entwicklungen durch Förderung „gemischter Pflegearrangements“ und gezielte Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu verlangsamen oder gar zu stoppen (Rothgang 2005b).

Wird hingegen vom Status quo ausgegangen, führen die demografischen Veränderungen – nach Auslaufen aller Einführungseffekte – zu einer jährlichen Fallzahlsteigerung von 1 bis 1,5 % und damit zu entsprechenden Ausgabensteigerungen. Die fiskalischen Effekte der veränderten Inanspruchnahme dürften dagegen – selbst ohne gezielte gegensteuernde Maßnahmen – ein Ausgabenwachstum von weniger als 0,5 % nach sich ziehen. Bereits eine nominale jährliche Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen von 2 % wäre damit mittel- und langfristig ausreichend, um die Pflegeversicherung bei einem konstanten Beitragssatz von – gegenwärtig – 1,7 Beitragssatzpunkten zu finanzieren. Allerdings werden in der Regel höhere Lohnsteigerungen als Hauptdeterminante der Gesamtsumme der beitrags-

pflichtigen Einnahmen unterstellt, so etwa im Bericht der nach ihrem Vorsitzenden auch als Rürup-Kommission bezeichneten Nachhaltigkeitskommission (2,6 % für den Zeitraum bis 2010 und 3 % für 2010 bis 2040) (BMGS 2003). Das Problem der langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung liegt somit weniger in der Finanzierung der derzeitigen nominal fixierten Leistungen, die mittel- und langfristig beim bestehenden Beitragssatz möglich ist – wenn der Abbau sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze gestoppt werden kann. Problematisch wird die Finanzierung der Pflegeversicherung vielmehr dann, wenn die Leistungssätze regelmäßig angepasst (dynamisiert) werden – was aber zwingend erforderlich ist, soll das System nicht durch eine schleichende Entwertung seiner Leistungen diskreditiert werden und zu steigender Eigenfinanzierung und Sozialhilfebedürftigkeit führen und damit die Versicherungssolidarität weiter schwächen. Denn bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung nominal konstant – wie sie es bereits seit 10 Jahren sind –, sinkt ihr realer Wert kontinuierlich mit der Folge, dass bei steigenden Pflegekosten nur ein immer geringerer Teil der Pflegeleistungsvergütungen durch die Pflegeversicherungsleistungen gedeckt werden kann.

Modellrechnungen zum zukünftigen Beitragssatz führen – unter der Annahme zumindest nominal steigender Löhne – zu entsprechenden Ergebnissen: Zwar können die derzeitigen, nominal fixierten Leistungen der Pflegeversicherung bei im Wesentlichen konstantem Beitragssatz auch langfristig finanziert werden (Rothgang 2002), allerdings steigt der notwendige Beitragssatz bis 2040 auf drei (BMGS 2003) bis vier (Rothgang 2002) Beitragssatzpunkte, wenn die Leistungen dynamisiert werden.

Damit ist aber klar, dass eine Reform der Pflegeversicherung notwendig ist, deren Ausgangspunkt eine Dynamisierung der Leistungssätze sein muss. Eine solche Reform kann zum einen an der *Ausgabenseite* ansetzen und durch Prävention und Rehabilitation die Anzahl der Pflegebedürftigen beeinflussen, durch Unterstützung pflegender Angehöriger das Inanspruchnahmeverhalten stabilisieren und/oder versuchen, generell durch Anpassungen des Leistungsrechts neue Pflegearrangements zu erzeugen. Zum anderen kann sie an der *Einnahmeseite* anknüpfen und versuchen, mehr Ressourcen für die Pflegeversicherung zu mobilisieren. Im Folgen-

den wird lediglich der letztgenannten Option nachgegangen und diskutiert, welche Alternativen zur Weiterentwicklung der Finanzierung der Pflegesicherung verfolgt werden sollten. Die nicht minder wichtigen Handlungsoptionen auf der Ausgabenseite bleiben hier lediglich aus Platzgründen ausgespart.

## 4

### Reformoptionen auf der Finanzierungsseite

Reformvorschläge zur zukünftigen Finanzierung von Pflegeleistungen lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen, die jeweils verschiedene Vorschläge umfassen: auf einen Systemwechsel abzielende und systemerhaltende Optionen. Als systemverändernd müssen dabei insbesondere der Umstieg auf eine kapitalfundierte (private) Pflegepflichtversicherung, der Umstieg auf ein Bundesleistungsgesetz,<sup>4</sup> die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine Finanzierung über eine Kopfpauschale gelten. Optionen zur Fortentwicklung der bestehenden umlagefinanzierten Pflegeversicherung kombinieren die Einführung regelgebundener Leistungsdynamisierung und die Sicherstellung zugehöriger zusätzlicher Einnahmen, wobei zum Teil auch ergänzende steuerfinanzierte und/oder kapitalfundierte Elemente berücksichtigt werden (eine Übersicht über aktuelle Reformmodelle findet sich bei Jacobs/Dräther 2005).

#### 4.1 SYSTEMWECHSEL

Der *Umstieg auf eine kapitalfundierte private Pflegeversicherung* wird insbesondere gefordert vom Sachverständigenrat für die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft 2004) in seinem Kohortenmodell,<sup>5</sup> vom Kronberger

4 Der von der Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbands 2003 ins Spiel gebrachte Vorschlag einer Abschaffung der Pflegeversicherung zu Gunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes (Rothgang 2004) spielt in der aktuellen Reformdiskussion inzwischen keine Rolle mehr und wird daher im Folgenden nicht weiter beleuchtet.

5 Da er selbst von der Realisierbarkeit dieser Vorstellung nicht überzeugt ist, hat der Sachverständigenrat gleichzeitig ein „Prämienmodell“ vorgeschlagen, das eine ergänzende Kapitalfundierung vorsieht.

Kreis (2005) und von der Herzog-Kommission (2003). Allen Varianten des Vorschlags ist gemeinsam, dass der aktuellen Beitragszahlergeneration eine Zusatzbelastung auferlegt wird, da sie sowohl die Leistungen für die derzeit Leistungsberechtigten finanziert als auch für eigene Ansprüche einen Kapitalbestand aufbauen muss. Damit werden zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen. Es kommt somit zu einer intertemporalen Lastverschiebung, die auch zu einer Veränderung der intergenerativen Verteilung führt, von der die heutigen Rentner und Erwerbstätigen je nach Ausgestaltung in unterschiedlichem Maße betroffen sind. Ob dieses Vorziehen der Belastung angesichts der derzeitigen ökonomischen Situation sinnvoll ist, kann bezweifelt werden, zumal gleichgerichtete Effekte auch in der Alterssicherung ausgelöst werden. Derartige Vorschläge führen regelmäßig zu Beitragsbelastungen, die z. B. von der Nachhaltigkeitskommission nicht zu Unrecht als untragbar angesehen wurden (BMGS 2003). Insbesondere ein sofortiger Umstieg ist deshalb zu verwerfen. Auch die sanftere Variante des „Auslaufmodells“<sup>6</sup> des Sachverständigenrates, bei dem nur der jüngere Teil der Bevölkerung aus der umlagefinanzierten Sozialversicherung herausgelöst und in eine kapitalfundierte Privatversicherung überführt wird, bringt erhebliche Härten mit sich – für Rentner wie für die Jüngeren, – die zu einer nicht mehr sozialverträglichen Beitragsbelastung führen. Lediglich ein „Einfriermodell“, wie es vor kurzem von der Privaten Krankenversicherung vorgestellt wurde (PKV 2005), bei dem die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung konstant gehalten werden und eine Leistungsdynamisierung über ein kapitalfundiertes Zusatzsystem erfolgt, kann bei konstantem Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung und vorerst nur moderatem Beitrag zur privaten Zusatzversicherung finanziert werden.<sup>7</sup> Hierbei handelt es sich streng genommen aber bereits um eine ergänzende und nicht mehr um eine substitutive Kapitalfundierung – auch wenn der kapitalgedeckte Teil den umlagefinanzierten langfristig überwiegt. Allerdings muss in diesem Modell für zunächst nur geringe Prämien zur privaten Pflegezusatzpflichtversicherung ein eigener Verwaltungsapparat aufgebaut werden, was wenig effizient erscheint. Sinnvoller wäre, derartige Zusatzprämien gleich im bestehenden System zu erheben (für eine ausführlichere Erörterung: Rothgang 2004).

Als Alternative zu seinem Auslaufmodell schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein *Pauschalbeitragsmodell* vor, das zugleich die Option auf ergänzende „externe individuelle“ Kapitaldeckung enthält. Damit werden die in der Krankenversicherung diskutierten Kopfprämienmodelle auch auf den Pflegeversicherungsbereich übertragen. Allerdings treffen die gegen die Pauschalmodelle in der Krankenversicherung geltend gemachten Einwände (hierzu: Wasem et al. 2005) in gleichem Maße in der Pflegeversicherung zu; insbesondere werden keine neuen Einnahmen generiert, sondern es entsteht – im Gegenteil – ein erheblicher zusätzlicher Einnahmebedarf, wenn die Pauschalprämie für einkommensschwache Haushalte subventioniert werden soll. Gerade die Stabilität dieser Transfers erscheint langfristig allerdings fraglich, da er immer unter dem Haushaltsvorbehalt steht und ein Kürzungspotenzial bei Haushaltsproblemen darstellt. Zudem entsteht bei steigenden Kosten und Prämien ein dynamisch wachsender Zuschussbedarf, bei dem unklar ist, ob er wirklich befriedigt werden würde.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 2005 (SVR Gesundheit 2005) die Forderung nach einer langfristigen *Integration von Kranken- und Pflegeversicherung* erneuert. Zweifellos würde dies die Lösung einiger der bekannten Schnittstellenprobleme von Kranken- und Pflegeversicherung erleichtern. Dem steht jedoch die Befürchtung entgegen, dass in einem solchen Konzept die Langzeitpflege zu einem Appendix der Gesundheitsversorgung degradiert würde und die spezifischen Belange der Langzeitpflege nicht hinreichend berücksichtigt würden. Das bezieht sich sowohl auf die Rolle der Professionen, bei der eine Dominanz der Ärzte gegenüber den Pflegekräften befürchtet wird, als auch auf die kasseninternen Strukturen, bei denen die Dominanz des Bereichs „Krankenversicherung“ über den Bereich „Pflegeversicherung“ verstärkt werden könnte. Vor allem aber übersehen Anhänger der Integration, die fordern, dass „multimorbide Pflegebedürftige“ optimal aus einer Hand zu versorgen seien und diese Versorgung durch einen Akteur – die Kassen – gesteuert werden müsse (so z. B. Jacobs/Dräther 2005), dass die Versorgung Pflegebedürftiger überwiegend durch Familien erfolgt, wobei in rund der Hälfte der Fälle profes-

sionelle Pflegedienste und -heime überhaupt nicht beteiligt sind. Die Zukunft der Pflege liegt daher in gemischten Pflegearrangements unter Einbeziehung von Familien, Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlich Pflegenden. Dass für dieses Modell die Integration von Kranken- und Pflegeversicherung, bei der die Spezifika des Feldes „Langzeitpflege“ an Gewicht verlieren, förderlich ist, ist zu bezweifeln.

## 4.2 SYSTEMERHALT

Soll auf einen Systemwechsel verzichtet werden und stattdessen die bestehende soziale Pflegeversicherung in weiterentwickelter Form Kern des Sicherungssystems bleiben, müssen deren Leistungen dynamisiert werden. Dazu sind weitere Finanzmittel erforderlich, für die mehrere Quellen denkbar sind. Diskutiert werden insbesondere

- ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss,
- ein Zusatzbeitrag für Rentner („intergenerativer Lastenausgleich“), evtl. gekoppelt mit obligatorischer Privatvorsorge für Jüngere,
- ein steigender Beitragssatz und
- die Einführung von „Elementen einer Bürgerversicherung“.

*Steuerfinanzierte Zuschüsse* für ein Sozialversicherungssystem bedürfen einer Begründung, etwa durch den Hinweis, dass allgemeine Staatsaufgaben, die in diesem Kontext dann teilweise als „versicherungsfremde Leistungen“ bezeichnet werden, im Versicherungssystem mitfinanziert werden. Um diese Fehlfinanzierung auszugleichen, können steuerfinanzierte Beitragszahlungen gefordert werden. Eine solche Fehlfinanzierung könnte in der Pflegeversicherung in der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern gesehen werden. Ausgehend von Leistungsausgaben für Kinder etwa in Höhe von 5 % aller Leistungsausgaben ließe sich ein steuerfinanzierter Zuschuss in ähnlicher Höhe rechtfertigen. Weitere Einnahmen könnten im Bereich der bislang beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten generiert werden.

<sup>6</sup> Der Begriff „Auslaufmodell“ geht auf Bernd Raffelhüschen zurück (Raffelhüschen et al. 2004).

<sup>7</sup> Ähnliche Vorschläge hat die bayerische Sozialministerin Christa Stewens im November 2004 vorgelegt.

Durch Einführung der Pflegeversicherung im Umlageverfahren sind die „pflege-nahen Jahrgänge“ in den Genuss einer Absicherung gekommen, ohne die im ausgereiften System üblichen jahrzehntelangen Vorleistungen. Diese Einführungsgewinne können zur Rechtfertigung eines *Zusatzbeitrages für Altersrentner* herangezogen werden. Dabei ist zu unterscheiden, ob dieser zeitlich begrenzt und auslaufend oder dauerhaft erhoben werden soll. Im zweiten Fall könnte durch eine gleichzeitige obligatorische Vorsorge der Beschäftigten in einem kapitalfundierten System erreicht werden, dass diese Jahrgänge dann nicht zu stark getroffen werden, wenn sie ins Rentenalter kommen. Mit dieser Variante würden Elemente der Kapitalfundierung in die Pflegeversicherung eingeführt, ohne die aktive Erwerbsgeneration übermäßig zusätzlich zu belasten.

Doch selbst wenn die Belastung der Rentner zugunsten der Pflegeversicherung vergleichsweise leicht zu begründen wäre, muss eine Zusatzbelastung Älterer im Kontext der gesamten Alterssicherung gesehen und diskutiert werden. Sie kann zu Überforderungen führen: angesichts der kürzlich beschlossenen Belastungen der Rentner in der Rentenversicherung – etwa durch die alleinige Übernahme der Beiträge zur Pflegeversicherung, die aber keine Maßnahme zur Entlastung der Pflegeversicherung, sondern lediglich eine verdeckte Rentenkürzung war – und vor allem angesichts der drastischen Niveausenkung in der Rentenversicherung durch die Gesetze der Jahre 2001 und 2004 und die in Aussicht gestellte Aussetzung jeglicher Rentensteigerungen in den nächsten Jahren. Damit wird zugleich deutlich, dass Reformmaßnahmen in einem Bereich – wie hier der Pflegeversicherung – nicht losgelöst von der Entwicklung in anderen Bereichen gestaltet werden dürfen.

Ein *steigender Beitragssatz* in der Pflegeversicherung würde Rentner und Beschäftigte an den steigenden Pflegekosten beteiligen, aber auch zu steigenden Lohnnebenkosten führen. Eine moderate Beitragssatzsteigerung erscheint insbesondere bei konstantem („eingefrorenem“) Arbeitgeberanteil jedoch vertretbar – eine alleinige Schließung der Finanzierungslücke durch einen steigenden Beitragssatz wäre dagegen nicht sinnvoll.

*Bürgerversicherungselemente* zielen zum einen darauf ab, im derzeitigen System bestehende Ungleichbehandlungen abzu-

bauen die etwa darauf beruhen, dass nur Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen beitragspflichtig sind, nicht aber Kapitaleinkommen. Dies hat zur Folge, dass Versicherte mit gleichem Einkommen unterschiedliche Beiträge zahlen müssen (horizontale Ungleichbehandlung). Als zweites Element der Gleichbehandlung ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – die vertikale Umverteilung (von Einkommensstarken zu Einkommenschwachen) – zu stärken. Ein weiteres Element der Gleichbehandlung kann zudem darin gesehen werden, dass auch die bislang privat Versicherten an der in der Sozialversicherung realisierten Umverteilung beteiligt werden.

Zugleich soll die Einführung von Bürgerversicherungselementen aber zusätzliche Einnahmen generieren und damit zur Lösung der Finanzprobleme in der Pflegeversicherung beitragen. So führt die *Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Pflegeversicherung* grundsätzlich auch zu Mehrausgaben. Eine Verbesserung der Finanzsituation erzielt die soziale Pflegeversicherung daher nur insoweit, wie es sich bei den neuen Versicherten um „gute Risiken“ mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen und/oder unterdurchschnittlichen Kosten handelt. Tatsächlich liegen die Ausgaben der privat Pflegeversicherten derzeit deutlich unter den gesetzlich Versicherten.<sup>8</sup> *Lauterbach et al.* (2005) ermitteln durch die Einbeziehung dieser Versicherten daher den größten fiskalischen Effekt aller Bürgerversicherungselemente. Bei der Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises tauchen weiterhin Übergangsprobleme auf: Zum Ersten, weil die Mitglieder der privaten Pflegepflichtversicherung womöglich einen Bestandsschutz für ihre Verträge reklamieren können. Zum Zweiten, weil die private Pflegepflichtversicherung auch in ihrem Bestand gefährdet wird, wenn nachwachsende Kohorten geschlossen in die soziale Pflegeversicherung eintreten (müssen).

Eine *Einbeziehung weiterer Einkommensarten* in die Beitragspflicht führt dagegen ebenso wie die *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze* zu Mehreinnahmen, denen keine Mehrausgaben gegenüberstehen, sie sind daher fiskalisch grundsätzlich attraktiver. Allerdings dürfte die sich am Einkommensteuergesetz orientierende Einbeziehung weiterer Einkommensarten zu erheblichen Praktikabilitäts-

problemen führen, deren Lösung nur mit entsprechendem Verwaltungsaufwand möglich ist. Bürgerversicherungselemente können zudem jeweils nur einmal eingeführt werden, sind also nicht geeignet, einen kontinuierlich wachsenden Finanzbedarf dauerhaft zu befriedigen. Insgesamt ist hier das Hauptproblem von Bürgerversicherungselementen zu sehen: Ihre fiskalische Ergiebigkeit ist letztlich begrenzt. Selbst *Lauterbach et al.* (2005) errechnen insgesamt für ihr Bürgerversicherungsmo-dell nach Ablauf der Einführungsphase Mehreinnahmen von weniger als einem halben Beitragssatzpunkt (bezogen auf das Jahr 2025). Dieser Effekt dürfte noch um bis zu einem Drittel überschätzt sein, da sich die im Gutachten genannten Zahlen zu den Ausgaben für privat Pflegeversicherte auf die Versicherungsausgaben ohne Berücksichtigung der Beihilfezahlungen zu beziehen scheinen. Gerade auf der Einbeziehung der bislang privat Pflegeversicherten beruht der fiskalische Effekt in diesem Modell aber überwiegend. Selbst wenn den Zahlen von *Lauterbach* und dessen Mitarbeitern gefolgt wird, steht den Mehreinnahmen von weniger als einem halben Beitragssatzpunkt aber ein Mehrbedarf von zwei Beitragssatzpunkten (bis 2030/2040) gegenüber.

Insgesamt ist eine langfristige Stabilisierung der Finanzentwicklung der bestehenden umlagefinanzierten Pflegeversicherung bei Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung daher nur möglich, wenn die genannten Elemente kombiniert werden. Bürgerversicherungselemente, Steuerfinanzierung und Beitragssatzanstieg müssen verknüpft und womöglich um einen Zusatzbeitrag für Rentner ergänzt werden. Eine solche Strategie ist einem Systemwechsel vorzuziehen, der entweder wenig zur Lösung der Finanzprobleme in der Pflegeversicherung beiträgt (Integration von Kranken- und Pflegever-

8 So belaufen sich die Ausgaben pro Privatversicherten auf 88 € pro Jahr, während die gesetzlich Versicherten Ausgaben in Höhe von 236 € produzieren (Bundestags-Drucksache 15/5998 vom 23.9.2005). Allerdings sind die Beihilfezahlungen für Beamte in der erstgenannten Summe nicht enthalten. Wird ein Anteil der Beamten unter den Privatversicherten von rund 50 % und ein Beihilfeanteil von durchschnittlich mehr als 50 % unterstellt, lassen sich die tatsächlichen Ausgaben der Privatversicherten auf rund 120 € schätzen. Sie liegen damit aber immer noch um die Hälfte niedriger als die Ausgaben der gesetzlich Versicherten.

sicherung, Kopfprämienmodelle) oder aber Umstellungskosten produziert, die nicht mehr sozialverträglich sind (Umstieg auf ein kapitalfundiertes System).

## 5

### Bewertung der Reformoptionen

Seit Einführung der Pflegeversicherung findet wegen der nominal konstanten Leistungssätze eine schleichende Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen statt und damit eine Privatisierung der Lasten. Angesichts dessen, dass die Pflegeversicherung von vorn herein als „Teilkaskosystem“ konzipiert war und die Eigenleistungen eine mehr als beträchtliche Höhe erreichen, ist eine weitere Steigerung der *Eigenverantwortung* im Sinne von weiterer Selbstbeteiligung abzulehnen. Die Dynamisierung der Versicherungsleistungen muss daher als zentrale Forderung für die Weiterentwicklung einer solidarischen Pflegeversicherung gelten. Zunehmende Eigenverantwortung kann dagegen auf der Leistungsseite verlangt werden. Die aktuellen Experimente zum personenbezogenen Pflegebudget etwa weisen auf eine größere Eigenverantwortung von Pflegebedürftigen und deren Familien bei der Schaffung individuell optimierter Pflegearrangements hin. Nur in diesem Sinne ist das Plädoyer für eine Steigerung der Eigenverantwortung sinnvoll.

Hinsichtlich der *Versicherungssolidarität* ist die Pflegeversicherung etwa der Krankenversicherung derzeit insofern voraus, als de facto die gesamte Bevölkerung in ein obligatorisches Sicherungssystem einbezogen ist. Vor diesem Hintergrund

würde auch die Einführung einer Bürgerversicherung, bei der die Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt würde, nicht zu einer gesteigerten Versicherungssolidarität führen. Die Versicherungssolidarität kann lediglich befördert werden, indem die Leistungshöhen angepasst werden und so die finanzielle Eigenverantwortung zu Gunsten einer solidarischen Finanzierung zurückgedrängt wird (s.o.).

Erhebliche Unterschiede weisen die diskutierten Finanzierungsreformen dagegen hinsichtlich der *Umverteilungssolidarität* auf. Kopfprämienmodelle verzichten im Grundsatz auf Umverteilung. Durch die geplante Subventionierung von Prämien für einkommensschwächere Haushalte wird die einkommensbezogene Umverteilung dann teilweise doch wieder eingeführt. Allerdings weisen die gängigen Modelle zur „Gesundheitsprämie“ in der gesetzlichen Krankenversicherung letztlich eine Mehrbelastung der einkommensschwachen Haushalte auf (Wasem et al. 2005). Vor allem aber bleibt die Stabilität dieses sozialen Ausgleichs im Zeitverlauf ungewiss, sodass bei Pauschalmodellen die Umverteilungssolidarität auf insgesamt tönernen Füßen steht. Eine Schwächung der Umverteilungssolidarität ergibt sich insbesondere auch im Einfriermodell des PKV-Verbandes.

Bürgerversicherungselemente führen im Gegensatz dazu zu einer Stärkung der Umverteilungssolidarität – insbesondere durch Einbezug von Personen, die sich bisher nicht an der Umverteilung in der Sozialen Pflegeversicherung beteiligt haben. Gestärkt würde die Umverteilungssolidarität auch durch Anhebung der Beitragbemessungsgrenze bzw. durch die Ein-

führung eines reduzierten Beitragssatzes auf Einkommen oberhalb dieser Grenze sowie durch Einführung eines Ehegattensplittings (Dräther/Rothgang 2004). Auch die Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen kann die Umverteilungssolidarität steigern – insbesondere solange nicht die gesamte Bevölkerung in das Umverteilungssystem der Sozialen Pflegeversicherung einbezogen worden ist. Die Verteilungswirkungen einer (teilweisen) Umstellung auf Kapitalfundierung hängen von der Ausgestaltung der entsprechenden Modelle ab – insbesondere hinsichtlich der intergenerativen Umverteilungseffekte. Allerdings sehen kapitalfundierte Sicherungssysteme in der Regel einkommensunabhängige Prämien vor, sodass sie die Umverteilungssolidarität schwächen.

Insgesamt bedarf es somit einer Finanzierungsreform der Pflegeversicherung. Sie ist notwendig, um kurzfristig drohende Defizite auszugleichen und um mittel- und langfristig die notwendigen Leistungsdynamisierungen zu ermöglichen, die erforderlich sind, wenn eine weitere Entsolidarisierung vermieden werden soll. Ein Systemwechsel ist dabei abzulehnen, da er wenig oder nichts zur Problemlösung beiträgt, teilweise aber solidaritätsmindernd wirkt. Vorzuziehen ist stattdessen eine Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung durch regelgebundene Leistungsdynamisierung und Erschließung neuer Finanzierungsquellen durch Steuerfinanzierung, Bürgerversicherungselemente, Beitragssatzsteigerung und womöglich einen Zusatzbeitrag für Rentner. Damit kann nicht nur die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung gestärkt, sondern auch die Umverteilungssolidarität dieses Systems gesteigert werden.

# LITERATUR

---

- BMGS** – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Berlin
- Buchholz, W./Wiegand, W.** (1992): Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 209, S. 441–457
- Döhner, H./Rothgang, H.** (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt, i. E.
- Dräther, H./Rothgang, H.** (2004): Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge, in: ZeS-Arbeitspapier 9, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
- Herzog-Kommission** – Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (2003): Bericht der Kommission: [www.cdu.de/doc/pdfc/30\\_09\\_03\\_soziale\\_sicherheit.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf).
- Jacobs, K./Dräther, H.** (2005): Wer bezahlt die Pflege?, in: Gesundheit und Gesellschaft 9, S. 22–29
- Kronberger Kreis** (2005): Tragfähige Pflegeversicherung, Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Band 42, Berlin, URL: [www.frankfurterinstitut.de/module/KK-Studie42-Pflege.pdf](http://www.frankfurterinstitut.de/module/KK-Studie42-Pflege.pdf).
- Lauterbach, K./Lüngen, M./Stollenwerk, B./Gerber, A./Klever-Deichert, G.** (2005): Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, URL: [www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/ga\\_buergerversicherung\\_pflege.pdf](http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/ga_buergerversicherung_pflege.pdf).
- Männer, L.** (1992): Versicherung und Allokation im Gesundheitswesen, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel, Baden-Baden, S. 9–32
- PKV** – Verband der privaten Krankenversicherung (2005): Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger: Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeversicherung, Köln
- Raffelhüschen, B./Häcker, J.** (2004): Möglichkeiten einer verfassungskonformen Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 53/2, S. 172–190
- Rolf, G./Spahn, P. B./Wagner, G.** (1988): Wirtschaftstheoretische und sozialpolitische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Umverteilungspolitik, in: Rolf, G./ Spahn, P. B./Wagner, G. (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme, Frankfurt, S. 13–42
- Rothgang, H.** (2002): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, in: Enquete Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Studienprogramm, Heidelberg, S. 1–254
- Rothgang, H.** (2004): Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung. Darstellung und Bewertung, in: Zeitschrift für Sozialreform 6, S. 584–616
- Rothgang, H.** (2005a): Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen für eine Reform der Pflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit 4, S. 114–121
- Rothgang, H.** (2005b): Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: Kerschbaumer, J./Schröder, W. (Hrsg.): Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden, S. 119–146
- Rothgang, H.** (2006): Theorie und Empirie der Pflegesicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Münster, i. E.
- SVR Gesundheit** – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, URL: [www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Gutachten 5202005.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Gutachten 5202005.pdf).
- SVR Wirtschaft** – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Jahresgutachten 2004/2005. Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, veröffentlicht am 12. November, URL: [www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/gacontent.php?gaid=40&node=a](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/gacontent.php?gaid=40&node=a).
- Wasem, J.** (2000): Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275, Berlin, S. 79–110
- Wasem, J./Greß, S./Rothgang, H.** (2005): Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel?, in: Greß, S./Pfaff, A. B./Wagner, G. G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf