

# Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung

Friedrich Breyer

Online publiziert: 22. Dezember 2016  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

**Zusammenfassung** Die dramatische Alterung der Bevölkerung stellt die deutsche Sozialversicherung in den Jahrzehnten bis 2060 vor gewaltige Herausforderungen: Entweder müssen die Beitragssätze um volle 20 Prozentpunkte angehoben oder die Leistungen im Vergleich zum momentanen Trend um ein Drittel gekürzt werden. Zudem klafft in dem ansonsten großzügigen deutschen Wohlfahrtsstaat eine erhebliche und ständig wachsende Deckungslücke bei der gesetzlichen Absicherung des Pflegekostenrisikos. Vor diesem Hintergrund beleuchten wir die Reformen, die in letzter Zeit an diesem System vorgenommen wurden, und begründen, warum – trotz Finanzkrise und Niedrigzinsphase – eine Verringerung der Deckungslücke durch ein Element der obligatorischen Kapitaldeckung vorgenommen werden sollte.

**Abstract** Due to the dramatic ageing of the population, the German welfare state expects enormous challenges in the decades until 2060: either the contribution rates have to be increased by a full 20 percentage points, or the benefits must be cut by one-third – relative to their present growth path. Moreover, even in the otherwise copious German welfare state, the system of publicly financed long-term care benefits is characterized by a considerable coverage gap. In this paper, we analyze past and current reforms of the German financing system for LTC expenditures, and we argue that the coverage gap should be reduced by supplementing the welfare state with an element of mandatory funding. The financial crisis should not induce policy makers to default on this necessary financing reform.

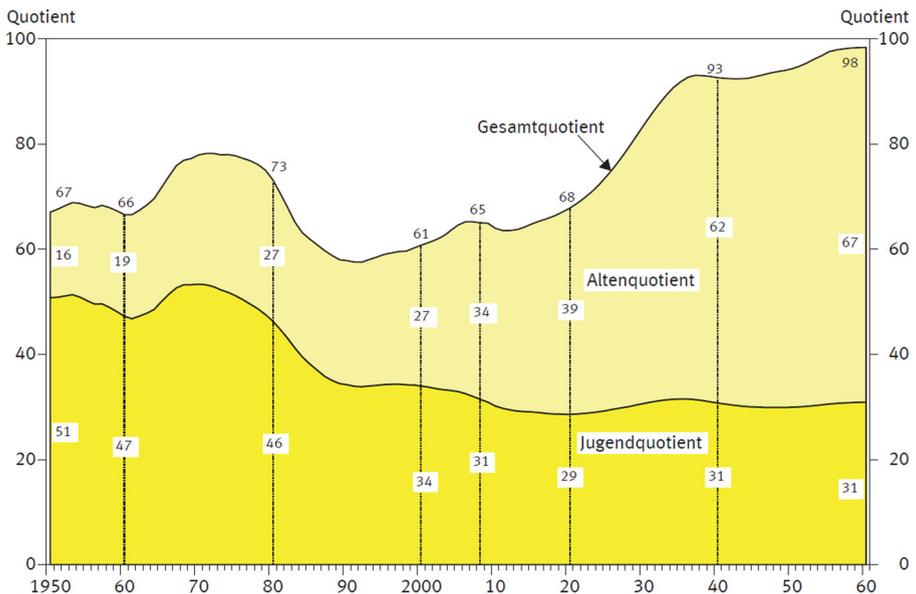
---

F. Breyer (✉)  
Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland  
E-Mail: Friedrich.Breyer@uni-konstanz.de

## 1 Einführung

Trotz einschneidender Reformen im Zuge der „Agenda 2010“ ist die Finanzierung des deutschen Sozialstaats auf längere Sicht (d. h. mit einem Zeithorizont bis 2060) noch nicht nachhaltig. Will man die gegenwärtigen Leistungsniveaus in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung aufrecht erhalten – und in der Krankenversicherung auch den medizinischen Fortschritt allen Bürgern zugänglich machen –, so werden die Beitragssätze insgesamt von heute knapp 40 auf ca. 60 % des Bruttolohns steigen – eine Entwicklung, die man sich angesichts ökonomischer und politischer Abgabewiderstände nur schwer vorstellen kann.<sup>1</sup> Der Hauptgrund hierfür ist natürlich die zweifache Alterung der deutschen Bevölkerung, die den Altersquotienten, also die Anzahl der über 65jährigen im Verhältnis zur Anzahl der Personen im Erwerbsalter (20 bis 65 Jahre), von 34 % im Jahr 2010 auf 67 % im Jahr 2060 verdoppeln wird (vgl. Abb. 1).

Hinzu kommt die Tatsache, dass die Pflegeversicherung bereits heute die tatsächlichen Kosten der Pflegebedürftigkeit nur zu knapp der Hälfte deckt – mit sinkender Tendenz. Der Rest wird zunächst vom Pflegebedürftigen selbst getragen. Diejenigen, die das nicht können, haben Ansprüche an ihren Sozialhilfeträger im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“, und die entsprechenden Ausgaben der Kommunen beliefen sich im Jahr 2014 auf ca. 3,5 Mrd. Euro und damit auf etwa 14 % der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dieser Betrag dürfte in den kommenden Jahrzehnten dramatisch steigen, da das Rentenniveau von gegenwärtig 51 % des



**Abb. 1** Entwicklung des Altersquotienten bis 2060. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, S. 26)

<sup>1</sup> Zu den Beitragssatzprognosen vgl. Comas-Herrera et al. (2006), Werdning (2013) und Breyer (2014).

Bruttolohns nach 2030 auf nur noch 43 % fallen wird (Werding 2013) und die Pflegekosten überproportional steigen werden. Der damit verbundene massive Anstieg der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege wird damit die Wirkung der Einführung der SPV im Jahr 1995, die vor allem der Entlastung der Kommunen dienen sollte, zu einem erheblichen Teil zunichte machen. Hier ist also ein weiterer Ausbau des Sozialstaats zumindest wünschenswert.

In diesem Beitrag werden wir zunächst der Frage nachgehen, wie stark sich die Alterung der Bevölkerung auf die Ausgaben der SPV auswirken wird. Dazu vergleichen wir vorliegende Ausgabenprojektionen und stellen ihnen eine eigene Projektion gegenüber, die auf einer ökonometrischen Schätzung des Zusammenhangs zwischen der Altersstruktur und den Ausgaben in den letzten knapp 20 Jahren basiert (Abschn. 2). In Abschn. 3 diskutieren wir allgemein, welche Argumente für bzw. gegen mehr Kapitaldeckung in der Sozialversicherung und insbesondere in der Pflegeversicherung sprechen. Die drohenden Finanzierungsprobleme in der SPV haben die deutsche Bundesregierung in den beiden letzten Legislaturperioden dazu veranlasst, zwei Elemente der Kapitaldeckung in das deutsche System der Pflegevorsorge einzuführen, die in Abschn. 4 diskutiert werden, bevor ich in Abschn. 5 meinen eigenen Vorschlag für ein nachhaltigeres Vorsorgemodell präsentieren werde. In Abschn. 6 werde ich der makroökonomischen Frage nachgehen, wie sich die zusätzliche Kapitalbildung realwirtschaftlich auswirken wird, und in Abschn. 7 werde ich analysieren, was passiert, wenn diese Chance versäumt wird, bevor ich in Abschn. 8 ein kurzes Fazit ziehe.

## 2 Ausgabenprojektionen für die Soziale Pflegeversicherung in Deutschland

### 2.1 Der Stand der Literatur

Die öffentlichen Ausgaben für Pflege betragen im Jahr 2000 in Deutschland 19,55 Mrd. Euro oder 0,95 % des BIP. Zur zukünftigen Entwicklung hat es eine Reihe von Simulationsrechnungen gegeben, die zumeist auf der Annahme beruhen, dass die altersspezifische Inanspruchnahme von Pflegeleistungen über die Zeit konstant bleibt, die für Deutschland im Zeitraum 1999–2013 weitgehend bestätigt wird (vgl. Tab. 1). Comas-Herrera et al. (2006) sagen einen Anstieg des BIP-Anteils der Pflegeausgaben bis zum Jahr 2050 um 168 % voraus, so dass sie dann bei 2,54 % des BIP liegen würden.<sup>2</sup> Andere Projektionen beziehen sich auf den Beitragssatz zur SPV, der im Jahr 2000 erst 1,95 % der Arbeitseinkommen betrug (und heute, 2016, bei 2,35 bzw. 2,60 % steht). Häcker et al. (2011) haben ausgerechnet, dass er – das heutige Leistungspaket unterstellt – bis 2060 auf 5 % steigen wird, was mit dem Ergebnis von Comas-Herrera et al. (2006) vergleichbar ist, wenn man die unterschiedlichen Bezugsgrößen berücksichtigt.

<sup>2</sup> Die absoluten Zahlen, die in Comas-Herrera et al. (2006) genannt werden, lassen sich mit unseren nicht vergleichen, da nach deren Quellen der BIP-Anteil im Jahr 2000 bei 1,24 % gelegen hat und nicht bei 0,95 %, so dass sie vermutlich eine andere Abgrenzung der Pflegeausgaben verwenden.

**Tab. 1** Pflegebedürftige als Anteil an der Gesamtbevölkerung, 1999–2013 (Quelle: Statistisches Bundesamt 1999–2013)

Altersgruppe	Pflegebedürftige in Prozent							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
65–69	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0
70–74	5,1	5,0	5,1	4,9	4,8	4,7	4,8	5,0
75–79	10,5	10,0	9,8	9,6	10,0	9,9	9,8	9,8
80–84	21,4	19,9	20,6	20,3	20,0	19,9	20,5	21,0
85–89	38,4	39,5	39,9	36,3	37,2	38,0	38,0	38,2
90–94	60,2	59,8	59,4	60,2	61,6	59,1	57,8	64,4 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>90–99 Jahre

Die Grundannahme konstanter altersspezifischer Pflegebedürftigkeit könnte man angesichts steigender Lebenserwartung anzweifeln. Nach der bekannten „red herring“-Hypothese (Zweifel et al. 1999) beruhen mit dem Alter steigende Gesundheitsausgaben primär darauf, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen wächst, die sich im letzten Lebensjahr befinden, in dem die Gesundheitsausgaben besonders hoch sind. Zunehmende Lebenserwartung bedeutet jedoch abnehmende altersspezifische Sterberaten und somit abnehmende altersspezifische Ausgaben nicht nur für (kurative) Gesundheits-, sondern möglicherweise auch für Pflegeleistungen, sofern deren Inanspruchnahme primär durch Krankheit und nicht durch hohes Alter per se verursacht wird. Daher lautet die entscheidende Frage, ob auch Pflegeausgaben eher durch das Alter oder durch die Nähe zum Tod erklärt werden. Die empirische Evidenz zu dieser Frage ist relativ eindeutig: De Meijer et al. (2011) zeigen für die Niederlande, dass das Lebensalter eine signifikante Determinante der Pflegeausgaben ist, während der Abstand zum Tod insignifikant wird, wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit konstant gehalten wird. Ähnlich zeigen Karlsson and Klohn (2014) für Schweden, dass die Pflegeausgaben primär durch das Alter und nur in einem geringen Maß durch die Nähe zum Tod erklärt werden.

## 2.2 Eine neue Projektion mittels einer ökonometrischen Analyse von Alter und Ausgaben

Da das Alter als primärer Treiber der Nachfrage nach Pflegeleistungen ermittelt wurde, erscheint es legitim, den Zusammenhang zwischen der Altersverteilung und den öffentlichen Ausgaben für Pflege mit Verfahren der Zeitreihenökometrie zu ergründen. Zu diesem Zweck wird die Zahl der Personen in den beiden am meisten betroffenen Altersgruppen (75–84 und 85 und älter) in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt, verschiedene Jahrgänge) der Summe der Ausgaben der SPV (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, online) und der Nettoausgaben der Kommunen für „Hilfe zur Pflege“<sup>3</sup> gegenübergestellt. Tab. 2 enthält die beschriebenen Daten.

Wir regressieren somit die gesamten öffentlichen Pflegeausgaben (TPE) auf die Anzahl der Personen in den beiden genannten Altersgruppen (POP7584 und

<sup>3</sup> Nettoausgaben sind Bruttoausgaben minus Erstattungen, z. B. von Familienangehörigen.

**Tab. 2** In der Regression verwendete Daten

Jahr	Bevölkerung	85 und älter	75–84	Ausgaben in Mrd. Euro		
				SPV	Kommunen	Gesamt
1997	82.057.379	1.531.507	4.045.241	15,14	2,95	18,09
1998	82.037.011	1.586.896	4.089.602	15,88	2,45	18,33
1999	82.163.475	1.635.134	4.150.166	16,35	2,35	18,70
2000	82.259.540	1.612.696	4.321.196	16,67	2,33	19,00
2001	82.440.309	1.540.092	4.542.888	16,87	2,35	19,22
2002	82.536.680	1.451.680	4.769.704	17,36	2,42	19,78
2003	82.531.671	1.374.891	5.011.267	17,56	2,42	19,98
2004	82.500.849	1.411.316	5.152.845	17,69	2,51	20,20
2005	82.437.995	1.522.810	5.213.135	17,86	2,61	20,47
2006	82.314.906	1.639.661	5.228.457	18,03	2,53	20,56
2007	82.217.837	1.735.029	5.241.029	18,34	2,67	21,01
2008	82.002.356	1.802.376	5.259.824	19,14	2,75	21,89
2009	81.802.257	1.868.798	5.412.511	20,33	2,88	23,21
2010	81.751.602	1.951.702	5.595.058	21,45	2,97	24,42
2011	80.327.900	1.935.741	5.730.403	21,92	3,10	25,02
2012	80.523.746	1.998.997	5.949.881	22,94	3,25	26,19
2013	80.767.463	2.062.140	6.194.664	24,33	3,34	27,67

**Tab. 3** Regressionsergebnisse.  
Abhängige Variable:  $\Delta$ TPE

	(1)	(2)
Konstante	-0,2285 (0,2301)	-0,1671 (0,2198)
$\Delta$ POP85plus	5,7139*** (1,6730)	3,8386** (1,7135)
$\Delta$ POP7584	4,7474*** (1,2990)	2,6301 (1,5129)
$\Delta$ TPE(-1)	-	0,5538** (0,2441)
R <sup>2</sup> adjusted	0,4705	0,5853
F-statistic	7,664	7,5857
DW-statistic	0,9201	1,4648

\*\*\* (\*\*, \*) Signifikanzniveau 1 % (5 %, 10 %)

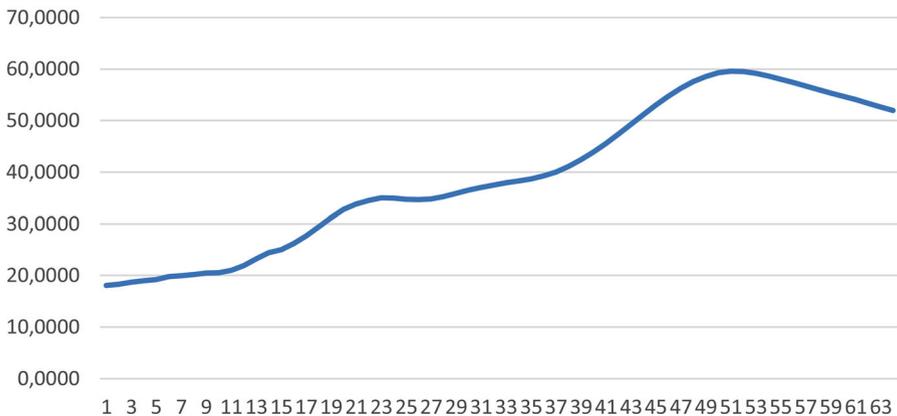
POP85PLUS). Da sämtliche Variablen einen starken Zeittrend enthalten, schätzen wir die Beziehung in ersten Differenzen und beziehen die verzögerte endogene Variable in einer der Spezifikationen ein (vgl. Tab. 3). Im Folgenden interpretieren wir nur diese Spezifikation (Spalte 2), da nur hier die Durbin-Watson-Teststatistik mit der Nullhypothese fehlender Autokorrelation der Residuen vereinbar ist.

Danach sind sowohl die verzögerte endogene Variable als auch die Zahl der Personen über 85 Jahren signifikante Determinanten der öffentlichen Pflegeausgaben, während die Zahl der Personen zwischen 75 und 84 Jahren nicht ganz Signifikanzniveau erreicht ( $p = 0,11$ ). Die relativ geringen t-Werte sind der extrem kurzen Zeitreihe von nur 15 Jahren und der Korrelation zwischen den erklärenden Variablen

**Tab. 4** Projektion öffentlicher Pflegeausgaben, 2014–2050

Jahr	Vorhergesagte Pflegeausgaben in Mrd. Euro
2014	29.3931
2015	31.1921
2016	32.8111
2017	33.8218
2018	34.5053
2019	35.0330
2020	34.9681
2021	34.7601
2022	34.6921
2023	34.8192
2024	35.2424
2025	35.8547
2026	36.4914
2027	37.0186
2028	37.4738
2029	37.9327
2030	38.2775
2031	38.6901
2032	39.2690
2033	40.0273
2034	41.0811
2035	42.3837
2036	43.8993
2037	45.5648
2038	47.3731
2039	49.2837
2040	51.1689
2041	53.0112
2042	54.7249
2043	56.2668
2044	57.5882
2045	58.5803
2046	59.2976
2047	59.6108
2048	59.5305
2049	59.2028
2050	58.6662

geschuldet. Hingegen liegt der erklärte Anteil der Varianz bei nahezu 60 %, und die geschätzten Koeffizienten sind groß: Eine zusätzliche Person über 85 Jahren erhöht die jährlichen öffentlichen Pflegeausgaben um 3840 €, während der entsprechende Wert bei den 75–84-jährigen 2630 € beträgt. Zudem liegt Persistenz im Ausgabevolumen vor: Ein zusätzlicher Euro, der im Jahr  $t$  ausgegeben wird, erhöht die Ausgaben im Jahr  $t + 1$  um 55 Cent.



**Abb. 2** Entwicklung der öffentlichen Pflegeausgaben, 2001–2060

Die Regressionsergebnisse aus Spalte (1) von Tab. 3 wurden anschließend verwendet, um den Einfluss der demographischen Entwicklung auf die öffentlichen Pflegeausgaben in den kommenden 44 Jahren zu schätzen. Die resultierende Zeitreihe der geschätzten Ausgaben ist in Tab. 4 und Abb. 2 dargestellt. Sie zeigt, dass – wenn man alle anderen Einflüsse wie den relativen Preis von Pflegeleistungen konstant hält – sich aus demographischen Gründen allein die (nominalen) öffentlichen Pflegeausgaben zwischen 2013 und 2050 verdoppeln werden, wobei sie im Jahr 2047 ihr Maximum erreichen und anschließend wegen der schrumpfenden Absolutzahl der Bevölkerung leicht absinken werden.

Es muss betont werden, dass es sich hierbei nicht um eine *Prognose* der zukünftigen Entwicklung der Pflegeausgaben handelt, da verschiedene Faktoren, die diese Entwicklung beeinflussen dürften – wie das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung und das Lohnniveau des Pflegepersonals – nicht einbezogen werden konnten. Es ist jedoch zu vermuten, dass durch einen steigenden Anteil von Pflegebedürftigen und eine sinkende Zahl junger Erwachsener, die diese Pflegeleistungen anbieten können, die Löhne für diese Beschäftigung deutlich steigen werden. Ebenso ist die zukünftige Entwicklung des BIP in unserer Analyse nicht berücksichtigt, so dass wir unsere Ergebnisse nicht in eine Beitragssatzentwicklung in der SPV übersetzen können. Sie bestätigen aber die vorliegenden Schätzungen für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) in Deutschland, z. B. von Häcker et al. (2011), dass der Beitragssatz schon beim gegenwärtigen Leistungsniveau – allerdings unter Berücksichtigung von Personalkostensteigerungen – im Jahr 2060 etwa bei 5 % liegen wird. Es ist daher nicht zu erwarten, dass sich die Gesellschaft zu einem weiteren Ausbau der umlagefinanzierten Leistungen über das gegenwärtige Niveau einer Kostendeckung von ca. 50 % entschließen wird.

Wir schließen daher aus unseren Ergebnissen, dass die Nachhaltigkeit der Finanzierung der öffentlichen Pflegeausgaben durch die demographische Entwicklung bedroht wird und dass es daher klug wäre, zumindest für den Teil der Pflegekosten, der gegenwärtig nicht durch die SPV abgedeckt wird, andere Wege zur Finanzierung zukünftiger Pflegeleistungen zu erkunden.

### 3 Ist Kapitaldeckung die Lösung?

#### 3.1 Allgemeines zur Kapitaldeckung

Angesichts der verschlechterten „Rendite“ des Umlageverfahrens, also der steigenden Beiträge bei konstantem Leistungsniveau aufgrund der gesunkenen Geburtenzahlen, fordern namhafte Experten schon seit Jahrzehnten eine Stärkung der ergänzenden kapitalgedeckten Vorsorge. Das Argument etwa von Hans-Werner Sinn (2003, S. 362) lautet: „Um im Alter eine Rente zu haben, muss man entweder Humankapital oder Realkapital gebildet haben.“ In der Rentenversicherung hat ein solcher Teil-Übergang durch die Einführung der staatlich geförderten Riester-Rente (bei gleichzeitigem Abbremsen der umlagefinanzierten Rentensteigerungen) bereits stattgefunden, wenn auch ohne Teilnahmepflicht. Für die Kranken- und Pflegeversicherung gibt es immerhin Vorschläge, die in ähnliche Richtung gehen (vgl. etwa Fetzer et al. 2003). Andere Autoren (z. B. Rothgang 2011) halten Kapitaldeckung dagegen für ungeeignet, die genannten Probleme zu lösen.

Die Finanz- und Schuldenkrise hat nun scheinbar die Kritiker der Kapitaldeckung bestätigt. Denn zum einen hat die Finanzkrise gezeigt, dass hohe Renditen fast immer mit hohen Risiken einher gehen, so dass Pensionsfonds in finanzielle Schwierigkeiten gerieten und die versprochenen Pensionszusagen nicht einhalten konnten.<sup>4</sup> Zum anderen sind durch die Bekämpfung der Euro-Schuldenkrise durch die Europäische Zentralbank (auch) die langfristigen Zinsen unter die (erwartete) Inflationsrate gesunken, so dass man zumindest durch den Kauf sicherer Wertpapiere wie deutscher Staatsanleihen derzeit kein Geld verdienen kann. Selbst ein bloßer Transfer von realer Kaufkraft in die Zukunft ist momentan nicht verlustfrei möglich. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass dieser Zustand auf den Kapitalmärkten nicht nur vorübergehend sein könnte. So argumentiert Weizsäcker (2013), dass die faktische Nullverzinsung Folge eines Anlagenotstands ist, da in alternden Gesellschaften das Bedürfnis der Verschiebung von Konsummöglichkeiten in die Zukunft größer sei als die produktiven Anlageformen von Realkapital.

In der langen Frist von mehreren Jahrzehnten ist die relative Rendite der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital jedoch unsicher, und dann wird das Argument von Merton (1983) wichtig, dass es ratsam sein kann, die nächste Generation von Rentnern durch eine Mischung von Umlage und Kapitaldeckung an dem Ertrag beider Faktoren zu beteiligen. Berücksichtigt man das gegenwärtige Übergewicht der Umlage, so folgt daraus, dass eine zusätzliche Absicherung kapitalgedeckt erfolgen sollte.

#### 3.2 Warum Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung am sinnvollsten ist

Man könnte nun daran denken, die kapitalgedeckte Zusatzvorsorge in der Rentenversicherung, also die Riester-Rente, durch ein Obligatorium auszubauen. Wenn es

<sup>4</sup> So betrogen die Verluste der Pensionsfonds im Jahr 2008 weltweit im Durchschnitt 22,5 % ihrer Assets bzw. 3,5 Bio. USD, wovon allerdings bis Ende 2009 bereits 1,5 Bio. USD wettgemacht wurden (OECD 2011, S. 182).

allerdings um den Schutz zukünftiger Steuerzahler vor Überforderung geht, ist ein Obligatorium in der kapitalgedeckten Pflegeversicherung zielgerichteter, da es zusätzliche (angesparte) Mittel genau für diejenigen Personen bereit hält, die einen erhöhten Mittelbedarf hat. Das zeigt schon der Vergleich der monatlichen Kosten eines stationären Pflegeplatzes in Pflegestufe 3 von derzeit im Mittel 3400 € (von denen die SPV nur 1612 € übernimmt) mit der Höhe der Grundsicherung im Alter von ca. 700 €. Das Argument für einen Ausbau der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung beruht also auf der Tatsache, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in der Gesellschaft ungleicher verteilt ist als der Bedarf an normalem Lebensunterhalt und dass daher durch diesen Ausbau Ansprüche an zukünftige Steuerzahler wirksamer verhindert werden als durch zusätzliche Rentenverträge.

## 4 Kapitaldeckung im deutschen System der Pflegevorsorge

### 4.1 Subventionierte Zusatzversicherung

Als nach der Bundestagswahl 2009 die christlich-liberale Koalition gebildet wurde, verabredeten die Wahlsieger in ihrem Koalitionsvertrag vom Oktober 2009, die bestehende Soziale Pflegeversicherung durch Kapitaldeckung zu ergänzen, die „verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ (Wachstum. Bildung. Zusammenhalt 2009 p. 93). Es dauerte noch drei Jahre, bis endlich ein Reformvorhaben in den Bundestag kam, und dann war das Endprodukt gerade nicht verpflichtend. Stattdessen wird seit Januar 2013 ein bestimmter Typ von privater Pflege-Zusatzversicherung, für den eine Prämie von mindestens 10 € pro Monat anfällt, mit jährlich 60 € gefördert („Pflege-Bahr“). Schon während des Gesetzgebungsverfahrens wurde das Vorhaben von Wissenschaftlern wie von Praktikern hart kritisiert (vgl. etwa Rothgang 2012). Es wurde vor allem moniert, dass eine freiwillige Zusatzversicherung unter Adverser Selektion leiden würde und dass die Subvention vor allem Personen zu Gute kommen würde, die sich ohnehin eine Zusatzvorsorge leisten würden, und dies seien primär Gutsituierte. Gerade diese hätten jedoch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, im Alter der Sozialhilfe zur Last zu fallen.

Diese Erwartungen scheinen durch die Fakten bestätigt zu werden. Bis Jahresende 2015, also drei Jahre nach Einführung des „Pflege-Bahr“, waren erst ca. 683.000 neue Verträge abgeschlossen.<sup>5</sup> Diese Zahl entspricht etwa 1,9 % der Wohnbevölkerung in der Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren (etwa 35 Mio.), für die eine private Zusatzversicherung sinnvoll und erschwinglich ist. Folglich ist der Beitrag dieses Programms zur Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung in Deutschland minimal.

Neben diesen staatlich subventionierten Verträgen bestanden Ende 2015 noch ca. 2,59 Mio. private Pflegezusatzverträge (PKV-Verband 2016), und diese Zahl wuchs innerhalb eines Jahres um knapp 110.000. Angaben über die betreffenden Versicherungssummen sind nicht zu erhalten. Wenn man jedoch wiederum die Zahl

<sup>5</sup> Schriftliche Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums vom 24.2.2016.

der Verträge mit der Größe der o. g. Bezugsgruppe vergleicht, stellt man fest, dass weniger als 7 % einen solchen Vertrag besitzen und dass dieser Anteil bei der gegenwärtigen Wachstumsrate (von weniger als 250.000 für beide Vertragstypen) um weniger als einen Prozentpunkt pro Jahr zunimmt und im Jahr 2040 erst bei rund 27 % liegen wird. Aber bis dahin wird die Bevölkerungsalterung in Deutschland schon ein Ausmaß angenommen haben, das die Finanzierung von Sozialleistungen im Umlagesystem erheblich gefährdet (vgl. Abb. 1).

## 4.2 Kollektive Kapitaldeckung: Der „Pflege-Vorsorgefonds“

Ein zweiter Schritt hin zu mehr Kapitaldeckung wurde von der christlich-sozialdemokratischen Koalition vollzogen, die Ende des Jahres 2013 ins Amt kam. Diesmal betraf er die bereits bestehende öffentliche Pflegeversicherung, die SPV. Um den stetigen Anstieg des Beitragssatzes zu bekämpfen, beschloss die Regierung, ein Element der Teil-Kapitaldeckung in das System einzuführen, indem der Beitragssatz vom 1. Januar 2015 an für die nächsten 20 Jahre um 0,1 Prozentpunkte angehoben wurde und damit jedes Jahr 1,2 Mrd. Euro akkumuliert wird. Die so eingenommenen Beträge werden in einem Treuhandkonto bei der Deutschen Bundesbank verwahrt und sollen vom Jahr 2035 an 20 Jahre lang zu einer Senkung des Beitragssatzes verwendet werden.

Auch wenn die Absicht lobenswert ist, ist doch das gewählte Instrument vollkommen ungeeignet, das genannte Ziel zu erreichen, und zwar aus mindestens drei Gründen (vgl. etwa Rothgang 2014):

1. Zum einen sind die Beträge, die zur zukünftigen Beitragssenkung zurückgestellt werden, viel zu gering, um einen signifikanten Unterschied zu machen. Unterstellt man realistischer Weise einen realen Zinssatz von null, so wird die SPV von 2035 an jedes Jahr 1.2 Mrd. Euro zusätzlich zur Finanzierung von Pflegeleistungen zur Verfügung haben. Dies ist nur ein verschwindend kleiner Anteil der Gesamtausgaben der SPV, die heute schon 25,5 Mrd. Euro (2014) im Jahr betragen und bis dahin auf über 40 Mrd. Euro steigen werden. Der Beitragssatzeffekt wird bei ca. 0,1 Prozentpunkten liegen.
2. Zum zweiten kann man bei einem staatlich eingenommenen Fonds niemals sicher sein, dass er nicht eher angezapft wird, z. B. in einer schweren Rezession, in der jede Maßnahme zur Senkung von Sozialabgaben willkommen ist. Zumindest muss befürchtet werden, dass die weitere Akkumulation des Fonds in Zeiten eines finanziellen Engpasses ausgesetzt wird. Die Verwaltung des Fonds durch die Bundesbank erscheint daher als nicht mehr als ein cleveres Ablenkungsmanöver.
3. Das dritte Problem ist weniger bekannt, aber ökonomisch noch wichtiger: Ein Fonds, der über einen Zeitraum von 20 Jahren angesammelt und anschließend aufgelöst wird, wäre angemessen, wenn es sich bei der Bevölkerungsalterung um ein vorübergehendes Phänomen handelte, d. h. wenn es in dem Zeitraum zwischen 2035 und 2054 eine Spitze in der Alterslastquote gäbe. Tatsächlich ist dies, wie Abb. 1 zeigt, keineswegs der Fall, sondern diese Quote steigt bis zum Jahr 2060 weiter an.

In der politischen Debatte um die Zukunft der umlagefinanzierten Sozialversicherung in Deutschland ist häufig zu hören, die Finanzierung dieser System stehe durch das „Altern der Babyboom-Generation“, also der großen Geburtskohorten der 1960er-Jahre vor einer Herausforderung, die um das Jahr 2030 ins Rentenalter eintreten wird. Diese Formulierung suggeriert, dass die Finanzierungsprobleme damit zusammenhängen, dass diese Generation außergewöhnlich groß ist.

Darin liegt jedoch ein Trugschluss, da es bei „Generationenverträgen“ wie der umlagefinanzierten Sozialversicherung weder auf die *absolute* Größe einer Generation ankommt noch auf die *relative* Größe verglichen mit der ihrer *Eltern*, auf die der Begriff des „Babybooms“ hinweist. Vielmehr zählt für die Finanzierung ausschließlich die relative Größe der betrachteten Generation zu der *nachfolgenden*, in diesem Fall also den nach 1980 Geborenen, die die Renten-, Pflege- und Gesundheitsleistungen für die „große“ Generation der „Babyboomer“ finanzieren müssen. Und da gilt für Deutschland – wie für einige andere Länder, z. B. Spanien und Italien – dass die nach 1980 geborene Generation ca. ein Drittel kleiner ist als die ihrer Eltern. Mithin verursacht nicht der „Babyboom“ der 1960er-Jahre die zukünftigen Finanzierungsprobleme der umlagefinanzierten Sozialversicherung, sondern der „Geburtenstreik“ (englisch: *baby bust*) der 1980er und 1990er-Jahre.

Hinzu kommt, dass die niedrige Fertilität in Deutschland kein kurzfristiges und vorübergehendes Phänomen war, sondern bis in die Gegenwart fort dauert, denn trotz enormer öffentlicher Ausgaben für Familienpolitik, insbesondere subventionierter Kinderbetreuung, ist ein Ende dieses „Geburtenstreiks“ nicht in Sicht. Daher kann auch nach der vollständigen Auflösung des Pflegevorsorgefonds, die für das Jahr 2054 vorgesehen ist, kein Ende der demographischen Schiefelage erwartet werden, sondern diese wird fortbestehen, solange die Geburtenrate auf dem gegenwärtigen niedrigen Niveau bleibt. Folglich ist keine temporäre, sondern eine dauerhafte Maßnahme gegen die Überlastung zukünftiger Steuerzahler gefragt.

Wenn überhaupt ein öffentlicher Vorsorgefonds einen Sinn ergeben und einen Ersatz für nicht geborene Kinder darstellen soll, so müsste er für jede Geburtskohorte getrennt angelegt werden, um sicherzustellen, dass mit den Beiträgen dieser Kohorte ausschließlich Pflegeleistungen *für diese Kohorte* finanziert werden. Da jedoch schon in der gegenwärtigen SPV weder die Beiträge noch die Leistungen nach Kohorten differenziert sind, dürfte eine solche Lösung auf hohe administrative Hürden treffen.

## 5 Obligatorische private Pflegezusatzversicherung

Ein weiterer Grund, der für eine private Zusatzversorgung spricht, ist die Tatsache, dass es ein Produkt auf dem Markt gibt, das perfekt geeignet ist, die aufgezeigte Deckungslücke zu verkleinern, nämlich die Pfl egetagegeldversicherung, bei der – anders als bei der Riester-Rente – die Höhe der Auszahlung vertraglich garantiert wird. Der Gesetzgeber, der seit 1.1.2013 eine bestimmte Form dieser Zusatzversicherung mit 60 € im Monat subventioniert (und damit Mitnahmeeffekte generiert hat), könnte sie stattdessen für obligatorisch erklären und seine Zuschüsse auf den Personenkreis beschränken, der die entsprechenden Beiträge aus dem eigenen Einkommen nicht aufbringen kann. Will man etwa die Hälfte der derzeitigen Deckungslücke von

**Tab. 5** Kalkulation der Kosten einer privaten Pflegezusatzversicherung (Abgerufen am 16.02.2016)<sup>a</sup>

Gesamtprämie für Pflegetagegeldversicherung für die Wohnbevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren

Alter	Monatliche Prämie	Bevölkerung 2014		Gesamt	Jahresprämie in € für die Kohorte
		Männer	Frauen		
30	11,79	490.181	478.332	968.513	137.025.248
31	12,50	490.181	478.332	968.513	145.276.980
32	13,19	490.181	478.332	968.513	153.296.269
33	14,08	490.181	478.332	968.513	163.639.990
34	14,79	490.181	478.332	968.513	171.891.723
35	15,67	503.439	489.930	993.369	186.793.069
36	16,53	503.439	489.930	993.369	197.044.635
37	17,48	503.439	489.930	993.369	208.369.039
38	18,51	503.439	489.930	993.369	220.647.078
39	19,48	503.439	489.930	993.369	232.209.891
40	20,53	676.828	648.687	1.325.515	326.553.875
41	21,64	676.828	648.687	1.325.515	344.209.735
42	22,86	676.828	648.687	1.325.515	363.615.275
43	23,99	676.828	648.687	1.325.515	381.589.258
44	25,27	676.828	648.687	1.325.515	401.949.169
45	26,64	724.116	695.429	1.419.545	453.800.146
46	28,01	724.116	695.429	1.419.545	477.137.465
47	29,54	724.116	695.429	1.419.545	503.200.312
48	31,09	724.116	695.429	1.419.545	529.603.849
49	32,75	724.116	695.429	1.419.545	557.881.185
50	35,10	629.176	617.019	1.246.195	524.897.334
51	36,97	629.176	617.019	1.246.195	552.861.950
52	38,89	629.176	617.019	1.246.195	581.574.283
53	40,91	629.176	617.019	1.246.195	611.782.049
54	43,07	629.176	617.019	1.246.195	644.083.424
55	45,28	541.009	551.794	1.092.803	593.785.438
56	47,68	541.009	551.794	1.092.803	625.258.164
57	50,20	541.009	551.794	1.092.803	658.304.527
58	52,90	541.009	551.794	1.092.803	693.711.344
59	55,75	541.009	551.794	1.092.803	731.085.207
Summe	–	–	–	–	12.373.077.911

Annahmen: Pflegetagegeld in Stufe III/II/I: 900/600/300 € pro Monat, bei Demenz: 600 €; Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit oder Arbeitslosigkeit; Dynamisierung ohne Gesundheitsprüfung; Testsieger: DfV Flex Deutsche Familienversicherung

<sup>a</sup>Tarife online unter [www.pflegetagegeldversicherung.com](http://www.pflegetagegeldversicherung.com), abgerufen am 16.02.2016. Es handelt sich bei den genannten Werten um den Tarif des Testsiegers DfV Flex mit 600 € Demenzgeld, Dynamik ohne Gesundheitsprüfung und Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit.

ca. 1800 € im Monat in der Pflegestufe 3 bei der heute mittleren Generation (den 30 bis 60jährigen) schließen, so müssten Angehörige der genannten Altersgruppen verpflichtet werden, eine Pfl egetagegeldversicherung über 900 € pro Monat in Pflegestufe 3 (und gestaffelte Leistungen in den unteren Stufen) abzuschließen. Derartige Verträge werden derzeit je nach Eintrittsalter für Monatsbeiträge von ca. 12 € für 30jährige, ca. 27 € für 45jährige und ca. 56 € für 60jährige angeboten (vgl. Tab. 5).

Würden alle 35 Mio. Personen der genannten Altersgruppe einen entsprechenden Vertrag abschließen, ergäbe das eine Kapitalbildung von ca. 12 Mrd. Euro im Jahr, die allerdings nicht notwendigerweise zusätzlich erfolgte, sondern teilweise andere Sparformen verdrängen würde. Aus dem oben genannten Grund wäre jedoch sogar eine vollständige Verdrängung anderer Sparformen unproblematisch, weil durch die Verlagerung der Mittel in eine Pfl egetagegeldversicherung die Mittel später genau den Personen zur Verfügung stehen, die den höchsten Mittelbedarf haben, und damit die maximale Entlastung der nachfolgenden Generationen ermöglicht wird.

Ein Problem bei dieser Hochrechnung besteht darin, ob die Prämien für die nicht-geförderten Versicherungsprodukte auch dann noch gelten würden, wenn diese obligatorisch und damit von der gesamten Bevölkerung gekauft würden. Das wäre dann nicht der Fall, wenn die heutige Klientel durch eine enge Gesundheitsprüfung positiv selektiert wäre. Tatsächlich finden Gesundheitsprüfungen statt; bei der in Tab. 5 genannten Versicherung besteht diese jedoch nur im Ausfüllen eines Fragebogens, und Ausschlussgründe beziehen sich lediglich auf eine kleine Zahl schwerer Vorerkrankungen in den letzten 5 Jahren. Insgesamt muss man bezweifeln, ob die Risikoanalyse bei der Pflegeversicherung ebenso gut möglich ist wie bei einer Krankenversicherung, insbesondere wenn die Versicherung im jungen oder mittleren Alter abgeschlossen wird.

## **6 Zu den makroökonomischen Wirkungen zusätzlicher Kapitalbildung in der Pflegeversicherung**

Debatten über die Sinnhaftigkeit von (mehr) Kapitaldeckung in der Sozialversicherung werden in Deutschland seit Jahrzehnten geführt. Oft sind sie unergiebig, weil stets die gleichen, oft stark verkürzenden Argumente ausgetauscht werden. Gängige Argumente gegen die Kapitaldeckung sind:

1. Sie sei nicht zielführend, weil es gar keinen „Rentnerberg“ gibt, den man „untertunneln“ könnte, sondern – im Hinblick auf den Altenquotienten – ein Plateau. Daher könnte Kapitaldeckung das langsam wachsende Finanzierungsproblem nicht lösen (vgl. etwa Rothgang 2011).
2. Kapitalbildung ändere nichts an dem realen Ressourcenproblem, das darin besteht, dass der Konsum der Rentner (einschließlich der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen) immer aus dem laufenden Sozialprodukt erwirtschaftet werden müsse und daher einen Konsumverzicht der jüngeren Generationen erfordere (die „Mackenroth-These“).
3. Um in der Rentenversicherung einen nennenswerten Beitrag zur Gesamtfinanzierung zu leisten, müsste der aufzubauende Kapitalbestand so gewaltig sein, dass

ausreichende Anlagemöglichkeiten im Inland fehlen. Anlagen im Ausland seien entweder nicht sinnvoll, weil die betreffenden Länder das gleiche demographische Problem hätten oder aber ökonomisch und politisch weniger stabil seien, so dass mit den Anlagen ein nicht akzeptables Verlustrisiko einhergehe (Joebges et al. 2012, S. 12).

4. In der Finanzkrise kommt noch das Argument hinzu, dass der Zinssatz gegenwärtig unter der Wachstumsrate des Sozialprodukts liegt, so dass das Umlageverfahren rentabler ist.

Zum ersten Einwand ist zu sagen, dass das Argument für die Kapitalbildung gar nicht auf der Idee der Untertunnelung eines Rentnerbergs beruht, sondern allein darauf, dass, wenn jede Generation einen Teil ihres Sozialaufwands im Alter durch eigene Ersparnis aufbringt, die jeweils nächste Generation in ihrer Erwerbsphase entlastet ist. Diese Replik steht allerdings unter der Voraussetzung, dass der langfristige Realzins die Wachstumsrate übertrifft (s. unten).

Die Mackenroth-These ist offensichtlich falsch, weil sie übersieht, dass mit einem größeren Kapitalbestand auch ein höheres Sozialprodukt erstellt werden kann. Selbst dann, wenn die Grenzproduktivität des Kapitals auf null fallen sollte, könnte immer noch durch den langsamen Abbau des Kapitals selbst mehr Konsum ermöglicht werden.

Das dritte Argument trifft auf den oben gemachten Vorschlag einer zusätzlichen Pflegevorsorge in der Größenordnung von 12 Mrd. Euro im Jahr nicht zu. Selbst unter der unrealistischen Annahme, dass die gesamte Ersparnis (einschließlich der staatlichen Zuschüsse) zusätzlich erfolgt, wäre nach 30 Jahren, wenn die entsprechende Kohorte in das Alter kommt, in dem ein Großteil der Pflegeleistungen benötigt werden, ein Kapitalbestand in Höhe von 360 Mrd. Euro aufgebaut. Gegenwärtig werden rund 1,1 Bio. Euro deutscher Staatsanleihen von Ausländern gehalten.<sup>6</sup> Das bedeutet, dass zumindest rechnerisch das gesamte zusätzliche Kapital in deutschen Staatsanleihen angelegt werden könnte, die bekanntlich als besonders sicher gelten, ohne dass diese knapp würden. Die realwirtschaftliche Folge wäre, dass in 30 Jahren der reale Ressourcentransfer ins Ausland, der der Bedienung der deutschen Staatsschulden entspricht, jährlich um einen zweistelligen Milliardenbetrag verringert würde und die freien Mittel zur Finanzierung von Pflegeleistungen zur Verfügung stünden.

Schließlich ist zum Vergleich der Renditen in Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren festzustellen, dass über lange historische Zeiträume immer der langfristige Realzins höher lag als die Wachstumsrate des Sozialprodukts, so dass die gegenwärtige Periode eines Realzinses nahe null bei immer noch positiver (wenn auch kleiner) Wachstumsrate ein vorübergehender Ausnahmezustand sein könnte. In jedem Fall aber herrscht Unsicherheit über die zukünftigen Renditen von Real- versus Humankapital, und da sollte man aus Vorsichtsgründen in beide „Aktiva“ investieren (Merton 1983). Da Deutschland aber bereits seine gesamte Sozialversicherung (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung) auf dem Umlageprinzip gegründet hat und

<sup>6</sup> [http://www.bundesbank.de/Navigation/DE/Statistiken/Zeitreihen\\_Datenbanken/Makrooekonomische\\_Zeitreihen/its\\_list\\_node.html?listId=www\\_v27\\_web004\\_02a](http://www.bundesbank.de/Navigation/DE/Statistiken/Zeitreihen_Datenbanken/Makrooekonomische_Zeitreihen/its_list_node.html?listId=www_v27_web004_02a).

die (noch dazu freiwillige) Riester-Rente ein vergleichsweise geringes Volumen aufweist, wäre es auch aus dem Diversifikationsprinzip heraus ratsam, eine zusätzliche Absicherung des Pflegerisikos im Kapitaldeckungsverfahren vorzunehmen.

## **7 Zur Durchsetzbarkeit grundlegender Reformen in alternden Gesellschaften**

Schließlich sei noch auf die Frage eingegangen, wem die Nachhaltigkeit der Finanzierung eigentlich nützt: Sind es die nachfolgenden Generationen von Beitrags- und Steuerzahlern, die vor einer Überforderung geschützt werden sollen – worauf der Begriff der „Generationen-Gerechtigkeit“ hindeutet? Oder sind es eher die „Alten“, deren gesetzliche Ansprüche auf eine auskömmliche Rente, auf medizinische Behandlung nach dem Stand des Wissens und auf notwendige Pflegeleistungen nicht oder nur partiell erfüllt werden? Die Antwort wird davon abhängen, ob der in der Einleitung angesprochene Anstieg der Beitragssätze sowie die entsprechenden steuerfinanzierten Sozialleistungen das Parlament passieren oder ob dies politisch verhindert wird – mit der Folge, dass Leistungsversprechen zurückgenommen werden müssen.

Sinn und Übelmesser (2002) argumentieren, dass in einer Mehrheits-Demokratie Reformen zu Lasten der Rentnergeneration nicht mehr möglich sein werden, sobald diese die Mehrheit der wahlberechtigten Bürger stellt. Die Kosten einer nicht-nachhaltigen Finanzierung müssten demnach die späteren Generationen tragen.

Dieser Einschätzung widersprechen Breyer und Stolte (2001) mit dem Argument, dass die mittlere Generation, die das Sozialprodukt erwirtschaftet, andere Mittel als das Stimmrecht an der Wahlurne besitzt, um ihre Interessen durchzusetzen. Sie reichen von einem Rückzug in die Selbstständigkeit (bei der lohnbezogenen Erhebung von Sozialabgaben) über politisch motivierte Streiks bis hin zur Auswanderung. Auch eine Rentnergeneration, die mit der gesamten politischen Macht ausgestattet ist, wird diese so einsetzen, dass sie die maximalen Sozialleistungen für sich erzielt. Dies bedeutet jedoch, dass nicht der maximale Beitragssatz gewählt wird, sondern der, der das Beitragsaufkommen maximiert, und dabei müssen existierende Abgabewiderstände beachtet werden. Aus dieser Überlegung folgt, dass nicht die jungen, sondern die alten Generationen den Schaden haben, wenn die Finanzierung des Sozialsystems nicht nachhaltig ist. Deren gesetzlich verankerte Leistungsansprüche müssten dann wegen mangelnder Finanzierbarkeit zurückgeschraubt werden, so wie bereits in den Rentenreformen zwischen 2001 und 2007 zuvor bestehende Leistungsversprechen zurückgenommen wurden. Der Agenda 2010 würde dann unweigerlich eine „Agenda 2040“ mit ähnlich starkem Konfliktpotenzial in der Gesellschaft folgen. Daher sind es gerade die heutigen Beitragszahler und morgigen Rentner, die am meisten von Reformen zur Stärkung der Nachhaltigkeit der Finanzierung profitieren.

## 8 Schlussfolgerungen

Der deutsche Sozialstaat steht in den kommenden Jahrzehnten vor einer enormen Herausforderung: Entweder müssen die Beitragssätze um sage und schreibe 20 Prozentpunkte erhöht oder die Leistungen – relativ zur bisherigen Dynamik – um ein Drittel gekürzt werden. Damit nicht genug: der ach so üppige deutsche Sozialstaat weist bei der Pflegeversicherung noch eine klaffende Deckungslücke auf. Dies ist ein Plädoyer dafür, die Lücke zu schließen und den Sozialstaat durch ein Element der Kapitaldeckung auszubauen. Die Finanz- und Schuldenkrise sollte bei aller Vorsicht gegenüber Finanzmärkten kein Anlass sein, diese notwendige Reform zu unterlassen.

## Literatur

- Breyer, F.: Der Sozialstaat in der demographischen Umwälzung – Pflege und Gesundheit. In: Becker, U. (Hrsg.) Sozialrecht und Sozialpolitik: Grundlagen und Herausforderungen des deutschen Sozialstaats, 60 Jahre Bundessozialgericht. de Gruyter, Berlin (2014)
- Breyer, F., Stolte, K.: Demographic change, endogenous labor supply, and the feasibility of pension reform. *J Popul Econ* **14**, 409–424 (2001)
- CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag, 17. Legislaturperiode, vom 27.10.2009
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H.: Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Soc* **26**, 285–302 (2006)
- De Meijer, C., Koopmanschap, M., Bago d’Uva, T., van Doorslaer, E.: Determinants of Long-Term Care Spending: Age, Time-to-Death or Disability? *J. Health Econ.* **30**, 425–438 (2011)
- Fetzer, S., Moog, S., Raffelhüschen, B.: Zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie. In: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.) Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmeschwäche und Koordinierungsproblemen, S. 85–114. Peter Lang, Frankfurt am Main (2003)
- Häcker, J., Hackmann, T., Raffelhüschen, B.: Soziale Pflegeversicherung heute und morgen. Deutsches Institut für Altersvorsorge, Köln (2011)
- Joebges, H., Meinhardt, V., Rietzler, K., Zwiener, R.: Kapitaldeckung in der Krise. Die Risiken privater Renten- und Pflegeversicherungen. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (2012)
- Karlsson, M., Klohn, F.: Testing the Red Herring Hypothesis on an Aggregate Level: Ageing, Time-to-Death and Care Costs for Older People in Sweden. *Eur. J. Health Econ.* **15**, 533–551 (2014)
- Merton, R.: On the role of social security as a means for efficient risk sharing in an economy where human capital is not tradable. In: Bodie, Z., Shoven, J. (Hrsg.) Financial aspects of the United States pension system, S. 325–358. University of Chicago Press for National Bureau of Economic Research, Chicago, London (1983)
- OECD: Pensions at a Glance 2011. OECD, Paris (2011)
- PKV-Verband. <http://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2005/2015/12/pers-zv/basket/result>, Zahlenstand: 7.7.2016. Zugegriffen: 22.12.2016
- Rothgang, H.: Reformoptionen und Reformsackgassen. *Wirtschaftsdienst* **91**, 659–663 (2011)
- Rothgang, H.: Der „Pflege-Bahr“: Umverteilung von unten nach oben. *Soz. Sicherh.* **61**, 204 (2012)
- Rothgang, H.: Fehlkonzipierter Vorsorgefonds. *Wirtschaftsdienst* **94**, 310 (2014)
- Sinn, H.-W.: Ist Deutschland noch zu retten? *Econ*, München (2003)
- Sinn, H.-W., Übelmesser, S.: Pensions and the path to gerontocracy in Germany. *Eur J Polit Econ* **19**, 153–158 (2002)
- Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik xxxx, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, 1999–2013
- Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden (2015a)
- Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen. Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, Wiesbaden (2015b)
- Weizsäcker, C.C. v.: Der Vorsorge-Albtraum. *Wirtschaftsdienst* **93**, 7–15 (2013)

- Werding, M.: Alterssicherung, Arbeitsmarktdynamik und neue Reformen: Wie das Rentensystem stabilisiert werden kann. Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh (2013)
- Zweifel, P., Felder, S., Meier, M.: Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Econ.* **8**, 485–496 (1999)