

✉ Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39 28209 Bremen

ZeS
Zentrum für Sozialpolitik
Centre for Social Policy Research

Abteilung/Division
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter / Director

Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 4132
Fax: (0421) 218 - 7540
eMail: rothgang@zes.uni-bremen.de
www: www.zes.uni-bremen.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0294(10)
gel. ESV zur öAnh am 25.6.12_ÄÄ
Nr. 18 (A-Drs.287)_PNG
24.06.2012

20.06.2012

Stellungnahme zum

Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Ausschuss-Drucksache 17(14)287 9566 -

zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflege- versicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG) - BT-Drs. 17/9369 -

**anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 25. Juni 2012**

Einleitende Bemerkungen

Bereits heute werden jeder zweite Mann und drei von vier Frauen in ihrem Lebensverlauf pflegebedürftig (Rothgang et al. 2011). Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege ist damit ein Thema, das uns alle schon allein im Hinblick auf unser eigenes Altern interessieren muss. In den nächsten 40 Jahren wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen nach Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes zudem annähernd verdoppeln (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Eine Erhöhung der für Pflege aufzuwendenden Mittel ist daher unumgänglich. Zu fragen ist lediglich, *wie* diese Mittel aufgebracht, also wie die Langzeitpflege in Zukunft finanziert werden soll.

Hierzu haben die Regierungsfractionen im Rahmen des genannten Änderungsantrags zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz Regelungen vorgelegt, die die Förderung privater Pflegezusatzversicherungen vorsehen, welche bestimmten Kriterien genügen und dabei u. a. eine Prämie von jährlich mindestens 120 Euro aufweisen mit einer staatlichen Zulage von jährlich 60 Euro bzw. 5 Euro im Monat vorsehen. Der Abschluss der Versicherung ist freiwillig, die Prämien werden nach Art der Lebensversicherung, also ohne Einkommensbezug, erhoben. Eine Prämien differenzierung nach Alter ist damit möglich, allerdings unterliegen die Privatversicherungsunternehmen einem Kontrahierungszwang und müssen auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse verzichten. Bereits pflegebedürftige Personen können keine Versicherung abschließen. Zentrale Elemente dieser Regelung sind damit insbesondere

- die Einführung eines Elements der Kapitaldeckung,
- die Finanzierung durch risikobezogene, aber einkommensunabhängige Prämien und
- das Fehlen einer Versicherungspflicht.

Auf jedes dieser Elemente sei nachfolgend eingegangen. Zuvor ist aber noch das Verhältnis der neuen zulagengeförderten Privatvorsorge zu Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung zu diskutieren.

I. Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung, Privater Pflegepflichtversicherung und privater Zusatzversicherung

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz hat der Gesetzgeber 1994 – so das Bundesverfassungsgericht – „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ (BVerfGE 103, 197, 224). Die gesamte Bevölkerung ist damit in ein Versicherungssystem eingeschlossen, das aber nur pauschalierte und nicht bedarfsdeckende Leistungen bereitstellt (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI). Vor diesem Hintergrund kann die jetzt geplante Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge die bestehenden Sicherungssysteme (Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegepflichtversicherung (PPV)) ergänzen oder (teil)substituieren. Der Gesetzestext und auch die Gesetzesbegründung sind in diesem Punkt nicht eindeutig: Einerseits soll die Neuregelung „einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen“ (A-Ds. 17(14)287 9566, S. 38). Der Hinweis auf die „zusätzliche“ Pflegevorsorge legt nahe, dass das neue System additiv wirken und das Leistungsniveau im Pflegefall anheben soll. Andererseits wird die geplante Förderung der private Pflegevor-

sorge in der Gesetzesbegründung damit begründet, dass „die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System [angesichts des demografischen Wandels] künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein“ werde (A-Ds. 17(14)287 9566, S. 38), die es ihr unmögliche mache, „ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer [zu] erfüllen“ (CDU/CSU/FDP 2009, S. 85). Wird davon ausgegangen, dass die SPV in Zukunft – anders als heute – nicht mehr in der Lage sei, das bisherige Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, muss die Förderung der privaten Pflegeversicherung, die dem abhelfen soll, kompensatorisch interpretiert werden. Allerdings ist die vorgeschlagene Förderung in beiden Fällen verfehlt:

Wenn die private Pflegevorsorge *zusätzlich* wirken soll, kann eine steuerliche Förderung nicht gerechtfertigt werden. Da das bisherige Leistungsniveau dann nicht gesenkt werden soll, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit der Förderung einer zusätzlichen Privatvorsorge. Vor allem kann aber nicht gerechtfertigt werden, warum mit Steuermitteln eine – freiwillige – Zusatzvorsorge für die Einkommensstärkeren gefördert werden soll, die allein diese Förderung in Anspruch nehmen werden (s. u.) und damit das Sozialstaatsprinzip auf den Kopf gestellt wird. Wird das bisherige Leistungsniveau für nicht ausreichend gehalten, so muss es in SPV und PPV angehoben werden, nicht aber für die Minderheit derer, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen werden. Dies führt nämlich nur zu einer sozialstaatlich geförderten (!) Zweiklassenpflege, bei der sich Einkommensstärkere teurere Pflegeeinrichtungen mit mehr Komfortleistungen leisten können.

Allerdings haben die obigen Überlegungen gezeigt, dass der Aufbau der privaten Pflegevorsorge *kompensatorisch* gemeint ist, auch wenn dies – anders als bei Einführung der Riester-Rente – nicht explizit formuliert wird. Allerdings muss dies nicht eigens formuliert werden, da das Abschmelzen der Leistungen der Sozialversicherung in der Pflegeversicherung – anders als in der Rentenversicherung – automatisch erfolgt, indem auf eine Leistungsdynamisierung gemäß § 30 SGB XI verzichtet wird. Nun wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 zwar festgelegt, dass in Zukunft, erstmals 2014, im Dreijahresrhythmus „geprüft“ werden solle, ob eine Leistungsdynamisierung notwendig ist. Weder im PNG noch im Änderungsantrag 18 finden sich allerdings Hinweise auf eine geplante Dynamisierung, obwohl sich dies im Kontext der Förderung privater Pflegevorsorge geradezu zwingend angeboten hätte. Bei gleichzeitiger Förderung einer privaten Vorsorge und Fehlen einer zum Kaufkraftershalt der SPV-Leistungen notwendigen Leistungsdynamisierung kommt es de facto – wie das logisch auch aus der Gesetzesbegründung folgt – dann aber zu einer *kompensatorischen Verlagerung* vom Sozialversicherungssystem in das private Versicherungssystem, mit entsprechenden Verteilungswirkungen.

II. Finanzierung durch risikobezogene, einkommensunabhängige Beiträge

Durch die kompensatorische (Teil)Verlagerung der Finanzierungslast vom Sozialversicherungssystem in ein privates Versicherungssystem kommt es zu einer Umfinanzierung von einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen und ex ante Umverteilung in ein System ohne solche Umverteilungsententionen.

Ceteris paribus, d.h. insbesondere bei gleichem Risiko, zahlen Einkommensstärkere für den zusätzlichen Versicherungsschutz dieselbe Prämie wie Einkommensschwächere. Würden die Mehreinnahmen dagegen weiterhin über einkommensproportionale Beiträge erhoben, müssten Einkommensstärkere entsprechend höhere Prämien zahlen, um damit die Prämien der Einkommensschwächeren zu subventionieren. Der Systemwechsel begünstigt daher die Einkommensstärkeren zu Lasten der Einkommensschwächeren. Bei den Debatten um die Einführung einer Pauschalprämie in der GKV wurde daher immer gleichzeitig ein Sozialausgleich thematisiert, der eine Überforderung der Einkommensschwachen verhindern soll, indem ein einkommensabhängiger Zuschuss zur Versicherungsprämie gewährt wird. Ein solcher Mechanismus fehlt in der vorgeschlagenen Regelung. Der steuerfinanzierte Zuschuss wird vielmehr pauschal in Höhe von 5 Euro gewährt und enthält damit kein Element zur Sicherung der Redistribution. Der vorgeschlagene Mechanismus zeitigt damit erstmalig in Reinform die Verteilungseffekte der Umstellung von einkommensproportionalen auf Pauschalprämien: eine Umverteilung von unten nach oben.

Sollte zumindest eine Benachteiligung der einkommensschwachen Haushalte vermieden werden, müsste der Zuschuss *einkommensbezogen* gestaltet werden. Analog zu den im Kontext der Kopfprämienmodelle diskutierten Mechanismen (vgl. z. B. Rothgang et al. 2005; Arnold 2006), wäre etwa vorzusehen, dass der Eigenanteil an der Prämie für eine zuschussfähige Zusatzversicherung einen festen Anteil am Einkommen nicht übersteigen darf. Um diesen Prozentwert festzulegen, könnte – wie auch bei den Ausgleichsmechanismen in den Pauschalprämienmodellen in der GKV – errechnet werden, um wie viele Beitragssatzpunkte der Beitrag zur SPV steigen müsste, um die gleichen Einnahmen zu generieren und dieser Wert zur Überforderungsgrenze gemacht werden, deren Überschreitung den Zuschuss auslöst.

Allerdings werden die Prämien zur Pflegezusatzversicherung nicht als Pauschalprämien ausgestaltet werden. Zwar soll der Anspruch auf Zuschuss gemäß des neu geplanten § 127 Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI daran geknüpft werden, dass das Versicherungsunternehmen auf die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet, allerdings ist eine Altersdifferenzierung der Prämien ausdrücklich erlaubt, da eine Kalkulation nach Art der Lebensversicherung vorgesehen ist (§ 127 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI n.F.). Weiterhin sind Personen, die bereits Pflegeversicherungsleistungen beziehen, vom Abschluss eines solchen geförderten Versicherungsvertrages ausgeschlossen (§ 126 SGB XI). Damit kommt es zu einer weiteren Umverteilung, und zwar einer *Umverteilung von den schlechten zu den guten Risiken*. Schlechte Risiken, d.h. insbesondere ältere Menschen sind dabei dreifach betroffen:

- a) Sie zahlen deutlich höhere Prämien als Jüngere, da sie die Ansparphase in einem kürzeren Zeitraum bewältigen müssen. Im Vergleich zu einer – aufkommensneutralen – bloßen Erhöhung des Beitragssatzes, werden sie also stärker an den Finanzierungslasten beteiligt.
- b) Sind sie bereits pflegebedürftig, können sie keine geförderten Verträge abschließen. Die kompensatorische Einführung der Privatzusatzversicherung führt für sie also zu nicht kompensierbaren Leistungsverlechterungen.
- c) Aufgrund der Karenzzeit von 5 Jahren, die gleichwohl notwendig ist, um dem System einen – immer noch sehr kurzen – Vorlauf zur Kapitalakkumulation zu gewähren, stehen den pflegenahen Jahrgängen die Leistungen der Zusatzversorgung nicht zur Verfügung. Wer unmittel-

telbar nach Einführung der geplanten Regelungen pflegebedürftig wird, wird daher mehrheitlich das Ende der Karenzzeit nicht erleben, da die Hälfte aller Pflegebedürftigen innerhalb von 2,5 Jahren nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI verstirbt (Rothgang et al. 2011: 155). Wird wegen der Einführung der zulagengeförderten Privatzusatzversicherung daher kompensatorisch auf eine angemessene Leistungsdynamisierung in der SPV verzichtet, kommt es im Ergebnis für alle neuen Pflegefälle zu einer Leistungskürzung, da die Kompensation selbst für die Personen, die einen neuen Vertrag abschließen, in den fünf Jahren nach Vertragsabschluss nicht zur Verfügung steht.

III. Kapitaldeckung

Mit der Einführung der steuerlich geförderten Pflegezusatzversicherung wird auch in der Pflegeversicherung ein partieller Umstieg von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung vorgenommen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die allgemeinen Vorteile, die man sich davon erhofft, kaum realisiert werden dürften, während es zugleich Besonderheiten in der Pflege gibt, die eine (Teil)Kapitaldeckung nachteilig erscheinen lassen.

1. Postulierte Vorteile der Kapitaldeckung und deren Bewertung¹

Begründet wird diese Forderung nach „mehr Kapitalfundierung“ mit vier behaupteten Vorteilen, die die Kapitalfundierung grundsätzlich gegenüber dem Umlageverfahren habe, das auch die soziale Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kennzeichnet:

- mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten,
- höhere individuelle Rendite,
- Demographieunabhängigkeit und
- mehr Generationengerechtigkeit.

Auf jede dieser Postulate sei nachstehend kurz eingegangen.

Mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten

Hinsichtlich des Wirtschaftswachstums wird argumentiert, dass Individuen ihren Nutzen intertemporal maximieren, indem sie den gemäß ihren Präferenzen optimalen Teil ihrer Einkünfte zunächst ansparen und im Alter dann „entsparen“. Da das damit verfolgte Ziel der Sicherung eines angemessenen Lebensstandards im Alter auch durch umlagefinanzierte Sicherungssysteme erreicht werden könne, verdrängen umlagefinanzierte Systeme private (kapitalbildende) Ersparnis. Die resultierende niedrigere Sparquote führe zu geringeren (Real)Investitionen, einem geringeren Kapitalstock und folglich zu einem niedrigeren Wachstumspfad der Volkswirtschaft. Durch Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung könne daher ein höheres Wirtschaftswachstum erzielt werden (vgl. z. B. Homburg 1988: 58f. für eine modelltheoretische Darstellung). Allerdings ist der Einfluss umlagefinanzierter Sicherung auf die Ersparnis nur unter bestimmten Annahmen theoretisch ableitbar

¹ Die nachfolgenden Ausführungen sind Rothgang 2009 entnommen.

(Krupp/Weeber 2001) und empirisch nicht belastbar belegt.² Weiterhin ist eine höhere Sparquote – wenn sie denn resultieren sollte – nicht nur (langfristig-wachstumstheoretisch) positiv zu bewerten, sondern schlägt kurzfristig-konjunkturpolitisch als Nachfrageausfall negativ zu Buche. So wird „Angstsparen“ als eine der Ursachen für schwache Binnennachfrage genannt. Schließlich stellt sich die Frage, ob vermehrte Finanzinvestitionen tatsächlich zu höheren Realinvestitionen führen. Viel spricht vielmehr für die Annahme, dass eine stärkere Ersparnis, die einer Steigerung des Kapitalangebots nach sich zieht, eher zu Kurssteigerungen und „Blasen“ auf Finanz- und oder Immobilienmärkten als zu Realinvestitionen führen dürfte. Dass (Real)Investitionen derzeit an unzureichendem anlagebereiten Finanzkapital scheitern, erscheint dagegen höchst unplausibel. Die Argumentation kann daher im Kern nicht überzeugen – ganz davon abgesehen, dass das Pflegesicherungssystem sicherlich zu klein ist, um mit einer Reform in diesem Bereich merkliche makroökonomische Effekte auszulösen. Tatsächlich ist dieses Argument in jüngster Zeit auch in den Hintergrund getreten.

Höhere individuelle Rendite

Dies gilt auch für ein zweites Argument, das eng mit dem ersten verknüpft ist: die These von der höheren individuellen Rendite im kapitalfundierte System. Wie Aaron bereits 1966 herausgearbeitet hat, entspricht die ‚Rendite‘ im reinen humankapitalfundierte Umlagesystem dem Lohnsummenwachstum und ist damit von der Entwicklung der Zahl der Beschäftigten und deren Entlohnung abhängig.³ Behauptet wird nun, dass diese Rendite grundsätzlich unterhalb des Kapitalmarktzinses liegen muss, der der Rendite des konkurrierenden kapitalfundierte Systems entspricht. Empirisch ist diese Behauptung schwer belegbar, da Renditevergleiche eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigen müssen (etwa die Frage, welche biometrischen Risiken jeweils abgedeckt sind) und ihr Ergebnis in hohem Maße davon abhängt, welcher Zeitraum zum Vergleich herangezogen wird (vgl. Viebrok/Dräther 1999). Zudem muss beachtet werden, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird: So existiert im Umlageverfahren immer eine implizite Schuld, die aus dem ‚Einführungsgeschenk‘ an die ‚Einführungsgeneration‘ entsteht, die einen Leistungsanspruch erwirbt, ohne zuvor über mehrere Dekaden Beiträge (in voller Höhe) gezahlt zu haben.⁴ Die Zinszahlungen für diese implizite Schuld, die im Umlageverfahren niemals getilgt, sondern immer auf die nächste Generation weitergegeben wird, mindert die individuelle ‚Rendite‘ in diesem System. Allerdings muss diese ‚alte Last‘ auch bei Einführung eines kapitalfundierte Systems getilgt oder weiterfinanziert werden, etwa durch Steuerfinanzierung der Leistungen für die älteren Kohorten, die nicht mehr in der Lage

² Vgl. hierzu z.B. Rürup 1998 und Eisen 2000. Zu einer positiveren Wertung gelangt die Deutsche Bundesbank (1999: 20) sowie – eingeschränkt – Börsch-Supan (2000c: 442).

³ In diesem Sinne entspricht die soziale Pflegeversicherung in Deutschland nicht der Reinform einer Umlagefinanzierung, da auch die Rentner Beiträge zahlen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung und damit auch die ‚Rendite‘ des Systems hängen daher auch von der Entwicklung der Zahl der Rentner und der Rentenhöhe ab. Schließlich bietet die Pflegeversicherung auch schon Versicherungsschutz für die Erwerbstätigen und nicht erst für die Rentner. Auch hierin unterscheidet sich das System von einem reinen Alterssicherungssystem.

⁴ Dieser typische Effekt der Einführung eines umlagefinanzierte Systems wird in der sozialen Pflegeversicherung besonders deutlich, die unmittelbar nach Inkrafttreten Leistungen für bereits Pflegebedürftige bereitgestellt hat. Diese politisch gewollten Leistungen widersprechen dem Versicherungsgedanken, der voraussetzt, dass eine Versicherung vor Eintritt des Risikos abgeschlossen wird. Begünstigt wurden bei Einführung der Pflegeversicherung letztlich aber (wenn auch für steigende Geburtsjahrgänge in abnehmendem Maße) alle Geburtskohorten, die bei Einführung bereits im erwerbsfähigen Alter waren und somit nicht ihr ganzes Erwerbsleben lang Beiträge zahlen mussten.

sind, einen eigenen Kapitalstock in hinreichendem Maße aufzubauen. Ein Renditevergleich muss daher immer diese Zusatzlast im kapitalfundierte System einbeziehen – was häufig unberücksichtigt bleibt. Letztlich kann die individuelle Rendite im kapitalfundierte System nur dann *für alle* größer sein als im umlagefinanzierte System, wenn das System insgesamt effizienter ist. Damit verweist dieses Argument aber entweder auf das zuvor genannte (höheres Wirtschaftswachstum durch mehr Investitionen) oder darauf, dass die Steuerfinanzierung der alten Last weniger negative Arbeitsanreize auslöst und deshalb zu mehr Beschäftigung und dann zu mehr Wachstum führt als die Beitragsfinanzierung im Umlagesystem. Dies kann aber nicht allgemein unterstellt werden, sondern hängt von der Ausgestaltung der Steuerfinanzierung und dem Beitragstarif ab, die jeweils gestaltbar sind.

Demographieunabhängigkeit

Als drittes Argument wird darauf verwiesen, dass umlagefinanzierte Verfahren auf eine entsprechend starke nachwachsende Kohorte angewiesen und damit demographieabhängig seien. Diese Voraussetzung sei angesichts des demographischen Wandels nicht (mehr) gegeben. Kapitalfundierte Systeme seien dagegen demographieunabhängig, da hier jeder für sich selbst vorsorge. Tatsächlich zeigen sich die negativen Auswirkungen des demographischen Wandels im umlagefinanzierte System sehr direkt. Allerdings wird auch hier der Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und den Einnahmen des Systems durch mehrere Variablen beeinflusst. So kann angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage nicht ohne weiteres unterstellt werden, dass ein Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter zu einem entsprechenden Rückgang der Beschäftigung führt – stehen mit Arbeitslosen und stiller Reserve doch erhebliche Arbeitsmarktreserven bereit. Gleiches gilt für ältere Arbeitnehmer und Frauen, die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche Beschäftigungsquoten aufweisen. Weiterhin ist neben der Zahl der Beschäftigten deren Entlohnung ausschlaggebend, die wiederum von deren Produktivität geprägt wird. Ein Rückgang der Zahl der Beschäftigten muss deshalb dann nicht zu einem Rückgang der Lohnsumme führen, wenn das Humankapital der Beschäftigten steigt.

Entscheidender für die Bewertung dieses Arguments ist aber, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind. Das kann sowohl bei einer realwirtschaftlichen als auch bei einer Finanzmarkt Betrachtung gezeigt werden (vgl. Schmähl et al. 2006 für einen Literaturüberblick): *Realwirtschaftlich* gesehen sollen die Ersparnisse in Realinvestitionen münden. Allerdings sinkt der Wert von Produktionsstätten, Immobilien etc., wenn nicht hinreichend viele Arbeitskräfte bzw. Käufer der Immobilien ‚nachwachsen‘. Gleiches ergibt sich auch bei einer *Finanzmarkt Betrachtung*. Bei kapitalfundierte Sicherungssystemen werden in jungen Jahren Finanzmarkttitle erworben, die dann im Alter verkauft werden. Trifft nun eine personenstarke Verkäufergeneration auf eine schwächere Käufergeneration – wie es typisch ist bei einer alternden Bevölkerung – verlieren diese Title an Wert, was seit längerem unter dem Begriff „age-wave“ intensiv diskutiert wird (vgl. z. B. Culhane 2001; Heigl 2001). Zwar können die damit verbundenen Probleme abgeschwächt werden, wenn im Ausland investiert wird. Dies ist aber nur in den ‚emerging markets‘ möglich, da der demographische Wandel in den entwickelten Ländern der deutschen Situation ähnelt. Damit müssen natürlich andere Risiken (politische Risiken, Wechselkursrisiken

etc.) in Kauf genommen werden. Insgesamt ist damit zu konstatieren, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind, die Zusammenhänge aber womöglich nicht so stark ausgeprägt sind (Börsch-Supan et al. 2001, 2003) und über andere Mechanismen vermittelt werden. Dies spricht wohl für eine ‚Risikodiversifizierung‘ durch ein geeignetes Mischungssystem aus Umlage- und kapitalfundiertem Verfahren. Diese muss aber nicht in der dafür ungeeigneten (s. u.) Pflegeversicherung erfolgen, die auch vom Umfang her zu klein ist, um solche makroökonomischen Ziele zu verfolgen.

Generationengerechtigkeit

Im Mittelpunkt vieler Begründungen für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System steht inzwischen ein viertes Argument: die ‚Generationengerechtigkeit‘. Dabei werden simultan zwei Verteilungsdimensionen angesprochen, die analytisch getrennt werden müssen: die Verteilung zwischen verschiedenen Geburtskohorten (intergenerative Umverteilung) und die Verteilung von Lasten über die Zeit (intertemporale Umverteilung).

In Bezug auf die Umverteilung zwischen Geburtskohorten, also die *intergenerative Umverteilung*, wird argumentiert, dass die Einführungsgeneration durch Einführung eines umlagefinanzierten Systems ein ‚Geschenk‘ erhalte, das von den nachfolgenden Generationen getragen werden muss. Unterscheiden sich die Generationen zudem in ihrer Kohortenstärke, komme es zu weiteren systematischen Umverteilungen zwischen Geburtskohorten, die aus Gründen der Generationengerechtigkeit zu verurteilen seien. Tatsächlich war die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung ein – politisch zu diesem Zeitpunkt ausdrücklich gewolltes – ‚Geschenk‘ für die damalige Altenbevölkerung, das zu einer intergenerativen Umverteilung geführt hat. Dies stand allerdings zu keinem Zeitpunkt in Frage, lediglich die *Interpretation* dieser Tatsache hat sich geändert: Während die sofortigen Leistungen auch für Kohorten, die keine Vorversicherungszeiten aufweisen können, bei Einführung der Pflegeversicherung als entscheidender Vorteil des umlagefinanzierten Systems angesehen wurde, wird dies inzwischen unter dem Begriff der ‚Nachhaltigkeitslücke‘ als Geburtsfehler des Systems thematisiert (vgl. für eine solche Argumentation z. B. Häcker/Raffelhüschen 2004). Letztlich zeigt sich dabei die *Verengung* des Generationengerechtigkeitsbegriffs auf eine *Längsschnittbetrachtung*, der gemäß der Barwert der Einzahlungen einer Kohorte in ein Sicherungssystem dem Barwert der Auszahlungen an diese Kohorte entsprechen müsse. Tatsächlich ist aber die *Querschnittgerechtigkeit* mindestens genauso bedeutsam, nach der bei einer positiven oder negativen Wirtschaftsentwicklung alle zu diesem Zeitpunkt lebenden Kohorten beteiligt werden müssen. In diesem Sinne sollten die Rentner bei der Einführung der dynamischen Rente 1957 vom ‚Wirtschaftswunder‘ profitieren und in diesem Sinne wollte die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung dafür sorgen, dass die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit als Regelfall der Heimbewohner beendet wurde. Es bleibt daher festzuhalten, dass die von den Befürwortern einer Kapitalfundierung erhobene Forderung nach einer bestimmten Form der intergenerativen Umverteilung keineswegs normativ unumstritten ist.⁵ Wie sich die Doppelbelastung, die mit dem Aufbau eines

⁵ Zudem führt eine ausschließliche Konzentration auf die auf einen Kohortenvergleich verengte ‚Generationengerechtigkeit‘ dazu, dass nach wie vor bestehende und sich noch verstärkende intragenerative Ungleichheiten – auch die

(Teil)Kapitalstocks einhergeht, auf die einzelnen Geburtskohorten verteilt, hängt von der Ausgestaltung ab. Selbst die Entlastung der noch ungeborenen Kohorten, die teilweise als Zielvorgabe genannt wird, wird nur dann erreicht, wenn darauf verzichtet wird, die implizite Schuld der Leistungsversprechen an die derzeitige Altenbevölkerung als ‚Sondervermögen‘ an die zukünftige Kohorten weiterzugeben und diese Schuld stattdessen tatsächlich von den derzeit bereits lebenden Kohorten getilgt wird.

Weiterhin fordern Anhänger der Kapitalfundierung eine *intertemporale Umverteilung* der Finanzierungslast für Pflegeleistungen derart, dass Belastungen, die ansonsten in der Zukunft anfallen, in die Gegenwart gezogen werden. Tatsächlich kann eine solche intertemporale Umverteilung durch Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung erreicht werden.⁶ Allerdings wird dabei ein Kapitalstock aufgebaut, während parallel eine Staatsverschuldung in erheblichem Ausmaß vorliegt. Da Sollzinsen aber regelmäßig höher liegen als Habenzinsen, wäre ein Abbau der Staatsverschuldung dem Aufbau einer Kapitalreserve überlegen, wenn es darum geht, Lasten intertemporal nach vorne zu ziehen. Ein Abbau der Staatsschulden ist daher das einzig sinnvolle Mittel um die Generationenbilanz entsprechend zu beeinflussen, ein Nebeneinander von Staatsverschuldung und Kapitalstock in einem Sozialversicherungssystem dagegen unsinnig. Wie die dann höhere gegenwärtige Finanzierungslast auf einzelne Geburtskohorten verteilt wird, ist weiterhin eine Frage der Ausgestaltung des Systems, wobei grundsätzlich verschiedene Verteilungen realisiert werden können. Insofern führt ein Vorziehen zukünftiger Lasten in die Gegenwart nicht unbedingt zu einer bestimmten Verteilung der Lasten zwischen einzelnen Geburtskohorten.

Zwischenfazit

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Argumente, die für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System genannt werden, durchaus kritisch diskutiert werden können: Dies gilt insbesondere für das Argument eines höheren Wirtschaftswachstums und einer höheren individuellen Effizienz. Auch ist ein kapitalfundiertes System nicht demographieunabhängig. Allerdings werden durch Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen (intertemporale Umverteilung), wobei allerdings offen bleiben muss, ob bzw. in welchem Umfang dies wünschenswert ist. Insbesondere kann ein solches Vorziehen zukünftiger Lasten nicht zwingend aus Gerechtigkeitsüberlegungen abgeleitet werden. Wenn eine solche Umverteilung erwünscht wird, ist der Abbau der Staatsverschuldung jedoch eine überlegene Strategie.

Nicht erst seit der aktuellen Finanzkrise ist zudem bekannt, dass kapitalgedeckte Sicherungssysteme erheblichen *Kapitalmarktrisiken* unterliegen. Derzeit sind diese Risiken, zu deren Bewältigung in den letzten Jahren in erheblichem Maße Staatseingriffe notwendig waren, aber in besonderem Maße evident.

zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen, die eben nicht mit Generationenbilanzen aufgefangen werden können, – aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt werden.

⁶ Auch im Umlagesystem könnten allerdings gezielte intergenerative Umverteilungen erzielt werden – etwa durch Einführung altersabhängigere Zusatzbeiträge, wie sie in der Rürup-Kommission 2003 diskutiert wurden.

2. Besonderheiten des (Teil)Umstiegs auf Kapitaldeckung

Wie das Beispiel der Riester-Rente zeigt, ist beim Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule mit beachtlichen *Verwaltungskosten* zu rechnen. Das an sich schon kleinste Sozialversicherungssystem mit einer Zusatzsäule zu ergänzen, führt zudem zu weiteren *Schnittstellenproblemen*, *Steuersdefiziten* und *Reibungsverlusten*, die das Vorhaben als höchst ineffizient erscheinen lassen. Insbesondere falls die Zusatzversicherung quantitativ bedeutsam werden sollte – etwa durch Einführung einer Versicherungspflicht –, stellt sich die Frage, welche Rolle sie bei der Leistungssteuerung einnehmen kann und soll.

Ziel der Pflegeversicherung sollte es sein, ein bestimmtes *reales Leistungsniveau* abzudecken. Gerade dies kann eine kapitalgedeckte Privatversicherung aber *nicht* leisten, sondern nur eine umlagefinanzierte Sozialversicherung. So soll gemäß § 127 Abs. 2. Ziffer 4 SGB XI n.F. eine Versicherung förderfähig sein, wenn eine Geldleistung von mindestens 600 Euro in Pflegestufe III versichert wird. Bemerkenswert an dieser Regelung ist erstens, dass eine Mindestleistungshöhe für Pflegestufe I und II *nicht* vorgesehen ist, obwohl nicht nur im Querschnitt derzeit rd. 87-88% der Pflegebedürftigen in den Pflegestufe I und II ist (Rothgang et al. 2011: S. 38, 40), sondern drei Viertel der Pflegebedürftige auch bis zu ihrem Tod nicht in Stufe III gelangen (ebd.: 138). Möglich wären also förderfähige Verträge, die hier nur sehr geringe Leistungshöhen vorsehen. Zweitens kann aber eben nur ein Geldbetrag versichert werden. Dabei vergehen in einem ausgereiften System zwischen dem Abschluss eines Versicherungsvertrages und der Leistungsanspruchnahme in der Regel mehrere Dekaden. Nun ist überhaupt nicht vorhersehbar, welcher Betrag notwendig ist, um damit in mehreren Dekaden eine Pflege „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 11 Abs. 1 bzw. § 28 Abs. 3 SGB XI bzw. § 69 SGB XI) finanzieren zu können. Die Sicherung eines bestimmten Leistungsniveaus, das dann zu diesem Zeitpunkt adäquat ist, ist grundsätzlich nur in einem Umlagesystem möglich, das kurzfristig auf Änderungen etwa in der Pflegepraxis, in der Lohn- und Gehaltsentwicklung von Pflegekräften und in Bezug auf medizinisch-pflegerische Entwicklungen reagieren kann.

III. Fehlenden Versicherungspflicht

Im Koalitionsvertrag von 2009 wurde die Ergänzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckung angekündigt, „die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“ (CDU/CSU/FDP 2009: S. 85). Tatsächlich wird im PNG-Gesetzesentwurf formuliert: „Künftig werden die Menschen dabei unterstützt, für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich privat vorzusorgen. Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird daher ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.“ (BT-Drucks. 17/9369, S. 1f.). Diese Regelung wird nun mit dem 18. Änderungsantrag (A-Ds. 17(14)287 9566) nachgeliefert. Im Vergleich zum Koalitionsvertrag wurde somit von einer obligatorischen Versicherungspflicht zugunsten einer bloßen Förderung einer *freiwilligen* Versicherung abgerückt. Dies wirft aber gravierende Probleme auf in Bezug auf

- den Umfang der erreichbaren Absicherung,

- der Selektivität der erreichbaren Absicherung und
- der Gefahr des Marktversagens durch adverse Selektion,

die nachstehend behandelt werden sollen. Wenn trotz der o. g. Einwände an einer privaten Zusatzversicherung festgehalten werden sollte, wäre daher die Einführung einer Versicherungspflicht für die ganze Bevölkerung zwingend.

1. Umfang und Selektivität der Absicherung

Kurzfristig will die Bundesregierung einen Förderbeitrag von 100 Mio. Euro in den Haushaltsplan einstellen. Bei einer jährlichen Förderung von 60 Euro entspricht das knapp 1,7 Mio. förderfähigen Versichertenverträge und damit in etwa der Zahl der heute bereits existierenden Altverträge. Zwar wird in der Gesetzesbegründung explizit auf „neu abgeschlossene“ private Pflegezusatzversicherungen abgestellt, jedoch ist unklar, wie verhindert werden soll, dass bestehende Verträge in neue Verträge umgewandelt werden – wenn diese nicht sehr viel schlechtere Konditionen bieten und ein Umstieg dadurch verhindert wird. In dem Maße, in dem eine solche Umwandlung vorliegt, werden mit der steuerlichen Förderung lediglich Mitnahmeeffekte finanziert. Selbst bei 1,7 Mio. neuen Verträgen würde sich aber für die „Restbevölkerung“ von 77 Millionen durch die Umfinanzierung auf eine Privatversicherung ein geringeres Absicherungsniveau ergeben. Auch diejenigen, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen, wären aber vom Leistungsverfall in der Sozialen Pflegeversicherung aufgrund fehlender Dynamisierung betroffen, da die Karenzzeit von 5 Jahren verhindert, dass die private Zusatzpflegeversicherung kurzfristig greift, und daher alle Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum mit einem Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen rechnen müssen. Pflegenahe Jahrgänge sind sogar doppelt betroffen: die Leistungen der SPV werden abgeschmolzen und die Möglichkeit einer privaten kompensatorischen Pflegezusatzversicherung ist ihnen aufgrund von prohibitiven (altersgerechten) Prämien de facto verschlossen

Ohne ein Obligatorium ist davon auszugehen, dass auch langfristig nur eine Minderheit der Bundesbürger eine freiwillige Zusatzversicherung abschließt. Hierfür sprechen u. a. folgende Daten und Erfahrungen:

1. Bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes konnten privaten Pflegeversicherungen abgeschlossen werden. 1993, im letzten Jahr vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, lag die Zahl dieser privaten Verträge aber lediglich bei 300.000 (Hauschild 1994: 13).
2. Auch heute, obwohl das Pflege Thema inzwischen ungleich größere Publizität genießt, liegt die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, bei lediglich 1,7 Millionen (PKV-Verband 2011: 35).
3. Zehn Jahre nach Einführung der Riester-Rente liegt die Zahl der Zulagenkonten bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen der Deutschen Rentenversicherung Bund bei 11,6 Mio. Zwar liegt die Zahl der Riester-Verträge um 2,5 Mio. höher, allerdings sind darin auch stornierte Verträge enthalten (Blanck 2011: 111).

Ohne steuerliche Förderung ist die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen, also sehr gering. Aber selbst mit steuerlicher Förderung – dies legen zumindest die

Erfahrungen der Riester-Rente nahe – wird allenfalls eine Minderheit eine Pflegezusatzversicherung abschließen. Nun ist die Bereitschaft, für das Alter vorzusorgen, aber viel ausgeprägter als die, für Pflege vorzusorgen. Es ist daher auch mittel- und langfristig davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegezusatzversicherungen deutlich unter der der Riesterförderverträge liegt und somit nur von einer einstelligen Millionenzahl an Pflegezusatzversicherungsverträgen auszugehen ist. Gerade einkommensschwächere Haushalte werden auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten und dann im Fall der Pflegebedürftigkeit wieder verstärkt auf die Sozialhilfe zurückgreifen (müssen). Stattdessen ist mit Mitnahmeeffekten in beträchtlicher Höhe zu rechnen, die daraus resultieren, dass die privaten Verträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Insgesamt führt diese kompensatorische Logik für die breite Mehrheit der Sozialversicherten insgesamt zu einem geringeren Absicherungsniveau. Das *Fehlen einer Versicherungspflicht* garantiert praktisch dafür, dass nur eine geringe Anzahl an Verträgen abgeschlossen werden wird und es damit zu gravierender Unterversicherung kommt. Weiterhin kommt die staatliche Förderung insbesondere einkommensstarken und jungen Personen zugute, während einkommensschwächere und ältere in noch geringerem Maße Verträge abschließen werden. Gerade die Personen, die den größten Bedarf haben, werden daher nicht von der Förderung profitieren.

3. Marktversagen wegen adverser Selektion

Die Funktionsfähigkeit privater Versicherungsmärkte ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Im (unrealistischen) Fall gleicher Risiken für alle Individuen, reicht die Kenntnis über das durchschnittliche Risiko, um Verträge kalkulieren zu können. Sind die Risiken in der Population aber unterschiedlich verteilt, kommen funktionierende Versicherungsmärkte nur zustande, wenn

- a) eine Versicherungspflicht dafür sorgt, dass die gesamte Population versichert wird, sodass die Verträge populationsbezogen tarifiert werden können und – insofern es sich um einen kompetitiven Markt handelt – gleichzeitig ein Risikostrukturausgleich (oder ein umfassender Ausgabenausgleich) etabliert wird, damit die jeweilige Risikostruktur nicht dazu führt, dass Versicherungsunternehmen aus dem Markt ausscheiden müssen und sich am Ende ein Monopol etabliert, oder
- b) Versicherungsunternehmen risikoäquivalent tarifiert dürfen und über die notwendigen Instrumente zur Risikofestsstellung verfügen (screening, signalling), um eine asymmetrische Information zu verhindern und risikobezogene Tarife zu kalkulieren.

Die vorgeschlagene Regelung verzichtet auf eine Versicherungspflicht (Option a)), verbietet aber gleichzeitig Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse (§ 127 Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI n.F.) und lässt einen Risikobezug (Option b)) damit nur nicht in Bezug auf das Alter zu. Es erscheint sehr fraglich, ob unter diesen Bedingungen ein funktionierender Versicherungsmarkt zustande kommt. Die Versicherungsunternehmen müssen, davon ausgehen, dass sich vor allem die „schlechten Risiken“ versichern, also die Versicherten, die aufgrund der Kenntnis über ihre Lebensumstände davon ausgehen, ein höheres Pflegerisiko zu haben. Die Versicherungswirtschaft kann darauf nur reagieren, indem sie in ihre Kalkulation einen Risikozuschlag einbezieht, der die Produkte dann wiederum für die „guten Risiken“ uninteressant macht – insbesondere da der Umfang der staatlichen Förderung nicht ausreichen dürfte, diesen Zuschlag auszugleichen. Höhere Prämien wiederum schrecken

weitere eher bessere Risiken ab und so kommt es zu einer Negativspirale, die das Transfervolumen des Marktes begrenzt oder sogar zum Zusammenbruch des Marktes führen kann und in der ökonomischen Theorie seit Akerlof (1970) unter dem Begriff der *adversen Selektion* thematisiert wird.

Dass diese Gefahr real ist, zeigen die Erfahrungen mit dem Community Living Assistance Services and Support (kurz: CLASS) Act in den USA. Von Senator Ted Kennedy initiiert, war der *CLASS Act* Teil der Obama-Gesundheitsreform. Er sieht die staatliche Förderung von freiwillig abgeschlossenen privaten Pflegeversicherungsverträgen vor, die – nach einer Karenzzeit von fünf Jahren – Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit bereitstellen. Damit entspricht der CLASS Act genau dem Vorschlag, der jetzt von den Regierungsfractionen unterbreitet wurde. 2010 als Teil der Obama-Reform verabschiedet, sollte das Gesetz 2014 in Kraft treten. Im Oktober 2011 hat die Obama-Administration dann aber erklärt, dass das Gesetz „unworkable“ sei und verkündet, das Vorhaben erst einmal ruhen zu lassen, und im Juni 2012 hat das Repräsentantenhaus eine Entschließungsantrag beschlossen, indem gefordert wurde, den CLASS Act komplett zurückzunehmen. Hintergrund hierfür ist unter anderem die Schwierigkeit der Versicherungswirtschaft angesichts einer drohenden *adversen Selektion* Versicherungsverträge zu kalkulieren, die kostendeckend, aber gleichzeitig auch hinreichend attraktiv für die Bevölkerung sind. So schrieb Gesundheitsministerin Kathleen Sibelius in einem Brief an den Kongress vom 14. Oktober 2011 anlässlich der Veröffentlichung eines umfangreichen Berichts des U.S. Department of Health and Human Services zum CLASS Act: „While the report does not identify a benefit plan that I can certify as both actuarially sound for the next 75 years and consistent with the statutory requirements, it reflects the development of information that will ultimately advance the cause of finding affordable and sustainable long-term care options.“ (<http://www.hhs.gov/secretary/lketter10142011.html>). Soll ein Scheitern der privaten Zusatzversicherung aufgrund von *adverser Selektion* verhindert werden, erscheint es daher sinnvoll, die amerikanischen Erfahrungen sorgfältig auszuwerten und daraus zu lernen.

Angesichts der vorstehend genannten Einwände und Einschätzungen muss allerdings konstatiert werden, dass das Gesetzesvorhaben schon im Ansatz verfehlt ist und es daher nicht darum gehen kann, die Funktionsfähigkeit dieses Vorhabens herzustellen, sondern vielmehr ein ganz anderer Ansatz notwendig ist, der auf der Stärkung der umlagefinanzierten Sozialversicherung beruht.

Literatur

- Aaron, Henry J. (1966): The Social Insurance Paradox, in: Canadian Journal of Economics and Political Science, Vol. 32: 371-374.
- Akerlof, George A. (1970): The Market for „Lemons“. In: Quarterly Journal of Economics. Vol. 84, 488–500.
- Arnold, Robert (2006): Ein normativ begründetes Modell für die Krankenversicherung in Deutschland. Aachen: Shaker.
- Blanck, Florian (2011): Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren, in: Sozialer Fortschritt, 11: 109-115.
- Börsch-Supan, Axel (2000c): Was lehrt uns die Empirie in Sachen Rentenreform? In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Band 1, Heft 4: 431-451.
- Börsch-Supan, Axel / Ludwig, Alexander / Sommer, Mathias (2003): Demographie und Kapitalmärkte. Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Aktien-, Renten- und Immobilienvermögen, Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.
- Börsch-Supan, Axel / Ludwig, Alexander / Winter, Joachim, (2001): „Aging, pension reform, and capital flows: A multi-country simulation model“, Sfb 504 Working Paper, 01-08.
- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2009: S. 93.
- Culhane, Maureen M. (2001): Global Aging – Capital Market Implications. Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.
- Deutsche Bundesbank (1999): Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Alterssicherung in Deutschland, in: Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, Dezember 1999: 15-31.
- Eisen, Roland (2000): (Teil-)Privatisierung der Sozialen Sicherung: „Das Modell Chile“ als Muster- oder Glücksfall?, in: Schmähl, Winfried (Hg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275. Berlin: Duncker & Humblot: 141-174.
- Häcker, Jasmin / Raffelhüschen, Bernd (2004): Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73, 158-174.
- Hauschild, Reinhard (1994): Soziale Pflegeversicherung: Vorschläge und Konzeptionen, in: Bundesarbeitsblatt 45: 12-21.
- Heigl, Andreas (2001): Age Wave – Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten. HypoVereinsbank Policy Brief Volkswirtschaft, 2001 (4).
- Homburg, Stefan (1988): Theorie der Alterssicherung. Frankfurt: Springer.
- Krupp, Hans-Jürgen / Weeber, Joachim (2001): Risiken der Alterssicherung. Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich, in: Mager, Hans-Christian / Schäfer, Henry / Schrüfer, Klaus (Hg.): Private Versicherung und Soziale Sicherung. Marburg: Metropolis: 185-202

- PKV-Verband (2011): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2010/2011 vom November 2011), Köln.
URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/broschueren/zahlenbericht_2010_2011.pdf (Stand 21.6.2012)
- Rothgang, Heinz (2009): Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Möglichkeiten Grenzen und Ausgestaltungsoptionen, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag., 95-121.
- Rothgang, Heinz / Iwansky, Stephanie / Müller, Rolf / Sauer, Sebastian / Unger, Rainer (2011): Barmer GEK-Pflegereport 2011. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Wasem, Jürgen / Greß, Stefan (2005): Kopfprämienmodelle in der GKV. Lohn sich ein Systemwechsel? Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Nr. 140. Essen: Universität Duisburg-Essen.
- Rürup, Bert (1998): Umlageverfahren versus Kapitaldeckung, in: Cramer, Jörg E. / Förster, Wolfgang / Ruland, Franz (Hg.): Handbuch Altersvorsorge. Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland. Fritz Knapp/KNO: Frankfurt.
- Schmähl, Winfried / Rothgang, Heinz / Viebrok, Holger (2006): Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV Schriften, Bad Homburg: WDV.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Viebrok, Holger / Dräther, Hendrik (1999): Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung, Expertise für die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Schriftenreihe der GVG, Band 32, Bonn: GVG.