



BDA-Kommission

Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen

Update 2025

Mitglieder der BDA-Kommission:

- *Prof. Dr. Martin Werding* (Vorsitzender der Kommission), Professor für Sozialpolitik und Öffentliche Finanzen, Ruhr-Universität Bochum
- *Heide Franken* (Co-Vorsitzende der Kommission), ehem. Geschäftsführerin bei Randstad Deutschland, ehem. Mitglied des Präsidiums der BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin
- *Bertram Brossardt*, Hauptgeschäftsführer, vbw Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, München
- *Prof. Dr. Tabea Bucher-Koenen*, Leiterin des Forschungsbereichs „Altersvorsorge und nachhaltige Finanzmärkte“ am ZEW Mannheim und Professorin für Finanzmärkte an der Universität Mannheim
- *Prof. Dr. Michael Hüther*, Direktor, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln
- *Steffen Kampeter*, Hauptgeschäftsführer, BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Berlin
- *Prof. em. Dr. Dr. h. c. Wolfram F. Richter*, Technische Universität Dortmund
- *Holger Schwannecke*, Generalsekretär, ZDH Zentralverband des Deutschen Handwerks, Berlin
- *Oliver Zander*, Hauptgeschäftsführer, Gesamtmetall, Berlin

BDA-Kommission

Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen

Update 2025

– Bericht der Kommission –

Inhalt

Vorwort	IV
Kurzfassung	VI
1 Einleitung	12
2 Herausforderungen	16
2.1 Aktuelle Trends: Risiken und Chancen	16
2.2 Bisherige Entwicklung der Beitragsbelastung	17
2.3 Zukunftsperspektiven: weiterer Anstieg	19
3 Gegenwärtige Politik und zukunftsfähige Strategien	22
3.1 Die gegenwärtige Politik	22
3.2 Eine zukunftsfähige Strategie	27
4 Empfehlungen für die Altersvorsorge	29
4.1 Gesetzliche Rentenversicherung	30
4.2 Grundsicherung im Alter	44
4.3 Ergänzende Altersvorsorge	45
5 Empfehlungen für die gesetzliche Krankenversicherung	51
5.1 Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen	52
5.2 Konsequenzen für die Finanzierung der GKV	58
6 Empfehlungen für die soziale Pflegeversicherung	67
7 Empfehlungen für die Arbeitslosenversicherung	74
8 Reformen der Organisation der Sozialversicherungen	77
9 Fazit	88
Literatur	97
Anhang: Detaillierte Quellenangaben zu den Abbildungen	104
Impressum	112

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge (1960–2025)	18
Abbildung 2:	Lohnbezogene Abgaben im internationalen Vergleich (2023)	19
Abbildung 3:	Sozialbudget und Verwaltungsausgaben (1970–2023)	78
Abbildung 4:	Beschäftigte in der Sozialversicherung nach Sozialversicherungszweigen (1975–2023)	78
Abbildung 5:	Trägerstruktur in der Sozialversicherung (2025)	79
Abbildung 6:	Governance in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (2025)	80–81
Abbildung 7:	Aufbau der Selbstverwaltung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (2025)	84–87
Abbildung 8:	Entwicklung der Sozialbeiträge – Effekte der Reformempfehlungen (2020–2060)	91

Tabellen

Tabelle 1:	Projektionen zur Entwicklung der Sozialbeiträge (2025–2040)	21
Tabelle 2:	Zusatzbeiträge und Boni in der GKV (Rechenbeispiel)	64
Tabelle 3:	Zusammenfassung der Reformempfehlungen	88

Kästen

Kasten 1:	Finanzen der Sozialversicherungen im langfristigen Gleichgewicht	24
Kasten 2:	Stellschrauben für ein langfristiges Gleichgewicht der Rentenfinanzen	31
Kasten 3:	Ansätze für eine Differenzierung der Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt	39
Kasten 4:	Reformen in der gesetzlichen Unfallversicherung	49
Kasten 5:	Kostendämpfungspotenzial durch selektivvertragliches Versorgungsmanagement	55
Kasten 6:	Alternative Bestimmung der GKV-Beitragssätze bei unveränderter Kostendynamik	61
Kasten 7:	Das Gesundheitswesen in der Covid-19-Pandemie	64
Kasten 8:	Langfristiges Gleichgewicht der Finanzen der Pflegeversicherung	70
Kasten 9:	Effekte der Reformempfehlungen für die Entwicklung der Beitragssätze	89

Vorwort

Die BDA-Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“ hat im Juli 2020 die erste Fassung dieses Berichts vorgelegt. Ziel der Kommission war es, Reformvorschläge zu erarbeiten, mit denen die Beitragssätze der Sozialversicherung dauerhaft unter 40 Prozent gehalten werden können.

Die damals erarbeiteten Vorschläge haben bis heute – fast fünf Jahre später – nichts an Aktualität eingebüßt. Der zwischenzeitliche Anstieg der Beitragssätze und aktualisierte Simulationen ihrer künftigen Entwicklung weisen sogar auf einen noch gewachsenen Handlungsbedarf hin.

Nachdem die Beitragssätze mehr als zehn Jahre lang knapp unter 40 Prozent hatten gehalten werden können, haben sie diese wichtige Grenze 2022 wieder überschritten. Seitdem sind die Beitragssätze weiter gestiegen. Die Beitragsbelastung hat in diesem Jahr bereits 42 Prozent erreicht. Ohne ein Gegensteuern ist mit einem weiteren kräftigen Anstieg in den nächsten Jahren zu rechnen.

Die aktuelle Entwicklung bestätigt eindrucksvoll, wie richtig es war, dass sich frühere Regierungskoalitionen verständigt hatten, die 40-Prozent-Grenze einzuhalten. Jetzt zeigt sich, dass es ohne eine politisch gesetzte Obergrenze an den notwendigen Anstrengungen fehlt, die Beitragsbelastung zu begrenzen. Dass ein selbst gestecktes Ziel für die Beitragshöhe fehlte, hat vielmehr zu einer bislang nicht gekannten Dynamik bei der Entwicklung der Beitragssätze beigetragen.

Negative wirtschaftliche Folgen waren zu erwarten und sind nicht ausgeblieben. Wie schon in den Jahren 2003 bis 2007, als die Beitragsbelastung schon einmal ähnlich hoch war wie heute, leidet Deutschland heute erneut unter Wachstumsschwäche und steigender Arbeitslosigkeit.

Um zu verhindern, dass diese ungünstigen Entwicklungen anhalten, ist es von zentraler Bedeutung, dass die neue Regierungskoalition das 40-Prozent-Ziel wieder ernst nimmt und entschlossen anstrebt. Dieses Ziel zu erreichen, ist nicht einfach, aber möglich. Vor allem wären die wirtschafts- und sozialpolitischen Folgen eines ungebremsten weiteren Anstiegs der Beitragssätze noch viel belastender als das erforderliche Umsteuern. Mit einer Wirtschaft ohne Dynamik und einem schwachen Arbeitsmarkt lässt sich kein starker Sozialstaat finanzieren.



Die Kommission hat ihren Bericht aktualisiert und legt ihn neu vor. Sie will damit aufzeigen, wie die dauerhafte Begrenzung der Beitragssätze gelingen kann. Sie schlägt Maßnahmen vor, die sozialpolitisch angemessen und zumutbar sind. Wenn die politische Bereitschaft zu ihrer Umsetzung besteht, sollten sie auch vermittelbar sein. Die im Kommissionsbericht aufgezeigten Vorschläge sind dabei nicht alternativlos. Es sind auch andere Wege möglich. Jedoch kann nicht ersatzlos auf einzelne der vorgeschlagenen Reformelemente verzichtet werden.

Die Kommissionsvorschläge haben bei der erstmaligen Vorlage des Berichts im Jahr 2020 ausgereicht, um das 40-Prozent-Ziel dauerhaft einzuhalten. Auf dem heutigen Stand wäre dies nicht mehr der Fall. Vielmehr ließe sich mit ihnen „nur“ ein weiterer Beitragssatzanstieg vermeiden. Dies ist die Folge der Politik der letzten Jahre, die den Ausgabenanstieg in den Sozialversicherungen sogar noch beschleunigt hat, statt rechtzeitig Reformen anzugehen, die diesen Anstieg begrenzen. Dies gilt vor allem für die gesetzliche Krankenversicherung (z. B. vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten, zusätzliche Ärztevergütungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, Beschneidung der Krankenhausabrechnungsprüfung), aber auch die soziale Pflegeversicherung (z. B. Deckelung der Eigenanteile und starke Leistungsdynamisierung).

Die Kommission hat sich trotzdem entschieden, bei der aktualisierten Auflage ihres Berichts über ihre bisherigen Vorschläge hinaus keine neuen Maßnahmen vorzuschlagen. Damit möchte sie aufzeigen, dass es seinen Preis hat, die notwendigen Reformen zu unterlassen. Denn mittlerweile bedarf es einschneidenderer Reformen, um die Beitragsbelastung nachhaltig unter 40 Prozent halten zu können. Dies könnte mit einer verschärften Umsetzung der Kommissionsvorschläge erreicht werden (z. B. mit einer Nachjustierung beim Nachhaltigkeitsfaktor, wie er für die Renten- und Pflegeversicherung vorgeschlagen wird) oder auch mit zusätzlichen Maßnahmen.

Aus den Fehlern der vergangenen Jahre sollte gelernt werden. Rasches Handeln ist das Gebot der Stunde. Ein Zuwarten macht die unvermeidbaren Anpassungen nur umso größer. Der unmittelbar bevorstehende Renteneintritt der geburtenstärksten Jahrgänge lässt kein weiteres Zögern zu.

Ein Regierungswechsel ist eine gute Chance, die Weichen neu zu stellen. Deutschland hat in der Vergangenheit immer wieder gezeigt, wie die Sozialversicherungen mit mutigen Reformen neu aufgestellt und finanzierbar gehalten werden können. Nie war diese Aufgabe leicht, sie wurde bislang aber stets erfüllt. Dazu muss nun aber auch gehandelt werden. Die Kommission will mit ihrem aktualisierten Bericht zeigen, wie es gehen kann.

Berlin, im Februar 2025

Kurzfassung

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat die Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“ mit dem Auftrag eingesetzt, Wege aufzuzeigen, wie sich die **Beitragssätze der gesetzlichen Sozialversicherungen** auf Dauer unter **40 Prozent** halten lassen. Zentrale Herausforderungen sind dabei die recht klar absehbaren Effekte des demografischen Wandels, die sich vor allem auf das zahlenmäßige Verhältnis von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern und Leistungsbeziehenden der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung auswirken, sowie die weniger klar einzuschätzenden Effekte der Digitalisierung für die Wettbewerbsbedingungen von Unternehmen und die Qualifikationsanforderungen für Beschäftigte.

Unter dieser Bedingung und unter den gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen ist damit zu rechnen, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag, der heute bereits bei 42 Prozent liegt, bis 2040 auf bis zu 50 Prozent ansteigt. Dies erzeugt massive Risiken für die internationale Wettbewerbsfähigkeit und die wirtschaftliche Entwicklung im Inland, mit ungünstigen Auswirkungen auf die Beschäftigung, und gefährdet auch den sozialen Zusammenhalt und den gerechten Ausgleich zwischen den beteiligten Generationen.

Nach einer Serie von Reformen in den Jahren 1999 bis 2007, die vor allem die gesetzliche Rentenversicherung betrafen und deren Finanzierbarkeit bis etwa 2025 gewährleisten, ist die Politik den Herausforderungen durch den demografischen Wandel in den letzten zehn Jahren weitgehend ausgewichen. Jüngere Reformen orientierten sich – auch vor dem Hintergrund einer anhaltend guten Beschäftigungsentwicklung – mehr an der aktuell guten Einnahmesituation als an den ungünstigen Zukunftsperspektiven.

Zentraler Baustein einer zukunftsfähigen Strategie, mit der der Anstieg der Beitragssätze der Sozialversicherungen eingedämmt wird und das soziale Sicherungssystem zugleich weiterhin angemessene Leistungen gewähren kann, muss eine konsequente Verlängerung der aktiven Lebensphase der Versicherten sein.

Sie hat nicht nur günstige Auswirkungen auf Beitragssatz und Sicherungsniveau der Rentenversicherung, sondern kann große Breitenwirkung für die Finanzen der anderen Sozialversicherungszweige und für die Gesamtwirtschaft entfalten. Die Perspektive

einer längeren aktiven Phase erzeugt darüber hinaus Rückwirkungen auf das Bildungs-, Erwerbs- und Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer bereits in früheren Lebensphasen und nimmt auch die Arbeitgeber in eine erhöhte Verantwortung für Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Die Kommission hat in ihrer Arbeit unterschiedliche Wege und Möglichkeiten diskutiert, mit denen sich eine Begrenzung der lohnbezogenen Beitragsbelastung erreichen lässt. Dazu gehören strukturelle Reformen auf der Leistungsseite, eine zielgenauere Ausgestaltung von Leistungen entsprechend den tatsächlichen Bedarfen, verstärkte Eigenbeteiligungen, eine ergänzende Absicherung durch private Versicherungen, Umfinanzierungsoptionen und Ähnliches. Sie hat Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen abgewogen und insbesondere auch berücksichtigt, welche Maßnahmen politisch vermittelbar sein können. Dabei gab es in der Kommission unterschiedliche Akzentsetzungen bei einzelnen Fragen. Die von ihr erarbeiteten Empfehlungen stellen nicht den einzigen in Betracht kommenden Reformansatz dar. Sie zeigen aber auf, dass und wie das politische Ziel erreicht werden kann, die Belastung mit Sozialbeiträgen auf Dauer bei 40 Prozent zu begrenzen. Andere Wege dahin sind denkbar und können ebenso geeignet sein, dieses Ziel zu erreichen. Entscheidend ist jedoch, konkrete Vorschläge dafür vorzulegen und geeignete Maßnahmen dann auch umzusetzen.

Im Einzelnen empfiehlt die Kommission folgende Reformen:

Für die **gesetzliche Rentenversicherung** schlägt sie eine weitere Heraufsetzung der gesetzlichen Regelaltersgrenze in der Zeit ab 2031 vor, basierend auf einer automatischen Regelbindung an die Entwicklung der Lebenserwartung nach einer „3:1-Regel“: Wenn die Lebenserwartung um ein Jahr steigt, soll die Regelaltersgrenze um ein Dreivierteljahr erhöht werden, während sich die erwartete Rentenlaufzeit um ein Vierteljahr verlängert. Die Abschläge, mit denen Renten bei vorzeitiger Inanspruchnahme an die längere Laufzeit angepasst werden, sollen dabei erhöht werden – unter Umständen mit Differenzierungen, die einer systematisch geringeren Lebenserwartung von Rentnern mit niedrigem Lebenseinkommen Rechnung tragen. Möglichkeiten für abschlagsfreie vorzeitige Renteneintritte sollten dagegen aufgehoben werden. Da eine längere Lebensarbeitszeit das Rentenniveau tendenziell erhöht und neben Reformen im Rentensystem auch die ergänzende, kapitalgedeckte Altersvorsorge verbreitert werden soll, kann zudem der Nachhaltigkeitsfaktor in der Rentenanpassungsformel verstärkt werden, um die Effekte des demografischen Wandels gleichmäßiger auf Beitragssätze und Rentenniveau zu verteilen als bisher.

Nicht beitragsgedeckte Leistungen der Rentenversicherung sollen in Zukunft vollständig aus Haushaltsmitteln des Bundes gedeckt und dem Rentensystem keine neuen Belastungen dieser Art auferlegt werden. Das oft überschätzte Risiko einer Ausbreitung von Altersarmut sollte außerhalb des gesetzlichen Rentensystems bekämpft werden, z.B. durch eine zielgenaue Freibetragsregelung bei der Grundsicherung im

Alter, ähnlich wie sie derzeit bereits für die betriebliche und private Altersvorsorge existiert.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, eine Pflicht zur **ergänzenden, kapitalgedeckten Vorsorge** einzuführen. Welcher Weg dafür genutzt wird – betriebliche oder private Vorsorge –, kann dabei offenbleiben. Wichtig sind dagegen weitere Maßnahmen, die sachgerechte Vorsorgeentscheidungen erleichtern, die Transparenz von Vorsorgeprodukten erhöhen und den Wettbewerb in den Märkten für ergänzende Altersvorsorge intensivieren. Dazu zählen aussagekräftige „säulenübergreifende“ Vorsorgeinformationen sowie leicht verständliche, standardisierte und kostengünstige Produkte, mit denen akzeptable Erträge erzielt werden. Unter der Voraussetzung großer Kosten- und Leistungstransparenz und mit erleichterten Möglichkeiten zum Vertragswechsel können sie von mehreren konkurrierenden Anbietern angeboten werden.

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** zeigt sich ein ungebremster Anstieg der Ausgaben, der mit Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts, aber auch mit Ineffizienzen des Systems in Verbindung gebracht wird und sich nur von der Leistungsseite her eindämmen lässt. Die Kommission empfiehlt zu diesem Zweck ein konsequentes **Versorgungsmanagement**, bei dem die Krankenversicherungen Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Anbietern von Gesundheitsleistungen schließen dürfen. Sie organisieren auf diese Weise Netzwerke bevorzugter Leistungserbringer, die Versicherten eine umfassende medizinische Versorgung im Rahmen ihrer „Vollversicherung“ nach bisherigen Standards bieten. Die Versicherten müssen sich nicht auf Anbieter im Versorgungsnetzwerk ihrer Kasse beschränken, sondern können auch einen Tarif abschließen, der ihnen diesbezüglich freie Wahlmöglichkeiten lässt. Die paritätische, lohnbezogene Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge wird aber auf den Beitrag für den günstigsten Tarif einer Krankenkasse mit aktivem Versorgungsmanagement beschränkt. Für andere Tarife und andere Kassen werden von den Versicherten dagegen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erhoben, die aus ihrer Sicht entweder durch bessere Leistungen gerechtfertigt sind oder durch Kassen- und Tarifwechsel völlig vermieden werden können.

Angesichts der Bedeutung der Ausgaben für die stationäre Versorgung und um ein konsequenteres Versorgungsmanagement zu ermöglichen, müssen ergänzend zu den Reformen im Bereich der Krankenversicherung auch die **Krankenhausbedarfsplanung** und **Krankenhausfinanzierung** verändert werden. Ergebnis der geltenden Regelungen sind zu viele kleine, schlecht ausgestattete Krankenhäuser, die bei der Versorgung wirtschaftliche Überlegungen vor medizinische Notwendigkeiten stellen müssen. Die Neuregelungen im Rahmen der im November 2024 verabschiedeten Krankenhausreform sind geeignet, die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Ob sie aber helfen, die Kosten zu senken, ist zu bezweifeln. Anstelle der derzeitigen „dualen“ Finanzierung, bei der die Bundesländer Investitionsmittel zur Verfügung stellen sollen,

während die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten decken, sollten die Kassen in Zukunft nicht nur die Finanzierung der Behandlungskosten übernehmen, sondern auch die erforderlichen Investitionen.

Eine Bedarfsplanung der Länder wird dadurch überflüssig. Um angesichts eines unter den geltenden Regelungen entstandenen Investitionsstaus eine Mehrbelastung der Krankenkassen zu vermeiden, müssen ihnen für die übertragene Kostenverantwortung für Investitionen jedoch Steuermittel zur Verfügung gestellt werden.

Wenn es nicht oder nicht vollständig gelingt, die angestrebten Ausgabendämpfungen im Gesundheitssystem und für die Krankenversicherungen zu erreichen, ist eine Aufgangslösung nötig, bei der von einer paritätischen Finanzierung der Beitragssätze in diesem Sozialversicherungszweig wieder abgewichen und der Arbeitgeberanteil erneut gesetzlich begrenzt wird. Dabei sollte zugleich eine teilweise Umstellung auf eine einkommensunabhängige Finanzierung erfolgen.

Die **soziale Pflegeversicherung** weist eine kurze und wechselvolle Geschichte ihrer finanziellen Steuerung auf. In den letzten Jahren haben sich deutliche Steigerungen von Ausgaben und Beitragssätzen ergeben. Diese dürften noch ausgeprägter werden, wenn die Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege den verbesserten Leistungsansprüchen entsprechend wachsen. Wie sich diese Verbesserungen langfristig finanzieren lassen, ist dagegen offen. Die Kommission hält die Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilversicherung für angemessen. Sie empfiehlt aber, die gesetzliche Regelung zur Anpassung der Pflegeleistungen zu ändern. Dabei ist ein „Nachhaltigkeitsfaktor“ nach dem Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung vorzusehen, der die Ausgabenentwicklung mit einem Selbststabilisierungsmechanismus dämpft. Dies schafft zugleich eine verlässlichere, klare Grundlage dafür, auch bei der Pflege Angebote für private Zusatzversicherungen zu entwickeln und stärker zu nutzen als bisher. Wünschenswert sind zudem Regulierungen für die Aktivitäten von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, die sich weniger auf Inputs und Preise, sondern mehr auf die Qualität der Ergebnisse richten und auch in diesem Sektor mehr Spielräume für Wettbewerb und Innovation erzeugen.

Der Beitragssatz der **Arbeitslosenversicherung** ist seit 2006 spürbar gesunken. Ausschlaggebend dafür war vor allem eine günstige Entwicklung des Arbeitsmarktes, die ihrerseits aber auch auf Reformen zugunsten einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik sowie auf eine Organisationsreform der Bundesagentur für Arbeit zurückgeht. Durch höhere Beitragssätze in der Kranken- und Pflegeversicherung wurde ein Gutteil der Erträge dieser Entwicklungen mittlerweile wieder aufgezehrt. Der Charakter der Arbeitslosenversicherung als beitragsfinanzierte Risikoversicherung wurde durch die Reformen gestärkt. Daran sollte in Zukunft konsequent festgehalten werden. Dies gilt umso mehr, da ehemals vorhandene Rücklagen wegen der Ausgaben für den beispiellosen Einsatz von Kurzarbeitergeld in den Krisenjahren 2020 bis 2023 aufgebraucht wurden. Vorschläge zur Ausweitung der Regelleistungen der Versicherung, etwa eine

längere Laufzeit des Arbeitslosengelds bei längerer Versicherungszeit, lehnt die Kommission mit Blick auf Wirkungsanalysen der letzten Änderungen der Laufzeit wegen der damit verbundenen Beschäftigungsrisiken ab. Vielmehr sollte die Laufzeit generell auf maximal ein Jahr begrenzt werden.

Im Kontext des demografischen Wandels und des Strukturwandels durch Digitalisierung, Deglobalisierung und Dekarbonisierung kommen auf die Bundesagentur für Arbeit wichtige Aufgaben zu. Sie sollte Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit gefährdete Beschäftigte individuell beraten und zielgenau vermitteln, Jugendliche bei der Berufsorientierung unterstützen und Beschäftigungspotenziale heben, vor allem bei Älteren und Frauen, sowie bei der Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus dem Ausland mitwirken. Sie kann auch dazu beitragen, durch geförderte Weiterbildung Arbeitslosigkeit zu überwinden bzw. drohende Arbeitslosigkeit zu vermeiden, sowie Anstöße für die betriebliche Weiterbildung geben. Es sollten aber keine Automatismen für Qualifizierungsmaßnahmen Arbeitsloser errichtet werden, deren Zielgenauigkeit zweifelhaft ist, und es sollte vor allem kein Einstieg in eine breite Weiterbildungsförderung Beschäftigter aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung erfolgen. Am besten gelingt die mit dem Strukturwandel einhergehende Transformation der Arbeitswelt, wenn sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer um die nötigen Anpassungen der Qualifikationen kümmern und Arbeitslosigkeit gar nicht erst entsteht.

Verwaltungsausgaben für das soziale Sicherungssystem sind in der Vergangenheit um einiges stärker gestiegen als die Ausgaben für Sozialleistungen. Daher hat sich die Kommission auch mit Fragen zur **Organisation der Sozialversicherungen** beschäftigt. Insbesondere bei der Rechtsaufsicht, bei der Kommunikation zwischen verschiedenen Trägern sowie mit anderen Behörden und Gerichten oder bei der Wahrnehmung von Querschnittsaufgaben sind Vereinfachungen denkbar, die die Effektivität der Verwaltung verbessern und die dafür anfallenden Ausgaben senken könnten. Die Kommission empfiehlt, einen Prozess anzustoßen, in dem eine einheitliche Effizienzstrategie für die Sozialverwaltung entwickelt wird. Zu diesem Zweck sollten zunächst einheitliche Aufsichtsstrukturen geschaffen werden. Zudem empfiehlt die Kommission, ein hochrangig besetztes Steuerungsboard, bestehend aus haupt- und ehrenamtlichen Spitzenvertretern der einzelnen Sozialversicherungszweige, zu bilden, das Ziele und Inhalte der Effizienzstrategie konkretisiert und sich etwa mit existierenden Doppelstrukturen sowie möglichen Synergien bei der Einführung und Nutzung von IT-Systemen, bei gemeinsamen Bildungseinrichtungen für Führungskräfte der Sozialversicherungen und bei der Schulung ehrenamtlicher Mitglieder der Selbstverwaltung befasst.

Welche **Effekte die Umsetzung der Reformempfehlungen** der Kommission für die zukünftige Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen hätte, lässt sich nicht verlässlich vorausschätzen. Dies liegt an allgemeinen Schätzunsicherheiten, besonderen Unsicherheiten über den weiteren Verlauf der anhaltend schwachen Wirtschaftsentwicklung und nicht zuletzt auch an Unwägbarkeiten in Bezug auf Verhaltenseffekte veränderter Regelungen, etwa bei individuellen Renteneintrittsentscheidungen oder bei der

Errichtung eines konsequenten Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen. Simulationen zeigen an, dass es nicht leicht, aber durchaus möglich ist, die Beitragssätze der Sozialversicherungen mit dem vorgeschlagenen Reformpaket dauerhaft bei rund 41 Prozent zu halten. Mit einigen Nachbesserungen wäre es auch erreichbar, sie bis 2040 wieder auf 40 Prozent zu begrenzen. Dies ist ein Zeithorizont, für den eine vorausschauende Politik heute klare Rahmenbedingungen schaffen kann. Die Größenordnung und die zeitliche Entfaltung der Herausforderungen zwingen mittlerweile allerdings zu schnellen Entscheidungen und entschlossenem Handeln. Dies zeigt sich auch daran, dass das vorgeschlagene Maßnahmenpaket bei Erstvorlage des Kommissionsberichts im Jahr 2020 bei sofortigem Handeln noch ausgereicht hätte, um die Beitragssätze bis nach 2040 unter 40 Prozent zu halten. Jegliches weitere Zuwarten gilt es daher zu vermeiden. Sonst werden nur noch größere Anstrengungen erforderlich, um den ohne Reformen absehbaren massiven Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge zu dämpfen.

Die Kommission sieht in ihren Empfehlungen einen möglichen Weg, um die Sozialversicherungsbeiträge dauerhaft zu begrenzen. Sie versteht ihre Empfehlungen vor allem auch als Aufschlag für die dringend notwendige Diskussion darüber, wie eine nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherung gelingen kann. In dieser Diskussion mögen sich einzelne Reformelemente bei Abwägung mit alternativen Ansätzen als austauschbar erweisen. Keines der Elemente ist jedoch ohne Weiteres verzichtbar.

Die Kommission ist insbesondere überzeugt, dass kein Weg daran vorbeiführt, die absehbare Entwicklung von Ausgaben und Beitragssätzen der Sozialversicherungen direkt und gezielt zu dämpfen. Nicht beitragsgedeckte („versicherungsfremde“) Leistungen sollten zwar vollständig aus Steuermitteln gedeckt werden. Darüber hinaus ausschließlich auf eine Umfinanzierung weitgehend unveränderter Ausgaben durch Steuern zu setzen, stellt keinen Ausweg dar. Dies liegt zum einen am Umfang der Steuermittel, die dazu auf Dauer erforderlich wären. Zum anderen verschwindet bei einer Finanzierung der Sozialversicherungen aus Steuermitteln die Zurechenbarkeit der erworbenen Anwartschaften und die vorgenommenen Umverteilungen werden weitgehend undurchschaubar. Beitragsfinanzierte Sozialversicherungen sind bei der politischen Steuerung und demokratischen Legitimation des Prozesses, mit dem die Herausforderungen für die Finanzierung des sozialen Sicherungssystems in den nächsten zwei Jahrzehnten und darüber hinaus bewältigt werden müssen, überlegen.

1 Einleitung

Der deutsche Sozialstaat ist historisch gewachsen als spezifische Antwort auf die Erfahrungen der Industrialisierung, als Schutz gegen existenzbedrohende Risiken im Lebensverlauf des Einzelnen und als Voraussetzung und Ausdruck einer sich formierenden modernen Gesellschaft. Im Mittelpunkt steht unverändert die Absicherung großer Einkommensrisiken durch die Sozialversicherung. In der über 125-jährigen Geschichte dieses Systems waren immer wieder neue Antworten zu finden, die etwa 1927 zur Errichtung der Arbeitslosenversicherung, 1957 zur Einführung der „dynamischen Rente“ und 1995 zur Gründung der Pflegeversicherung führten.

Die Sozialversicherung stellt für Wirtschaft und Gesellschaft eine große Errungenschaft dar. Bei ihrer konkreten Ausgestaltung waren jedoch oft auch Konflikte auszuhandeln, die im Ergebnis zu Lösungen führten, die mehr oder weniger weit von den Kriterien der Zielgenauigkeit, der Effizienz und einer nachhaltigen Finanzierung entfernt sind. Zur Geschichte des Sozialstaats gehört daher stets auch die Geschichte seiner mühevollen Optimierung, unsystematischer Entscheidungen sowie normativer und finanzieller Überdehnungen.

Fragen nach der Zukunftsfähigkeit des Sozialstaats

Die Zukunftsfähigkeit der Sozialversicherung und die Angemessenheit der von ihr gewährten Absicherung werden heute insbesondere durch den demografischen Wandel und die digitale und ökologische Transformation von Wirtschaft und Arbeitswelt infrage gestellt.

Dies äußert sich einerseits als Herausforderung, wegen der Folgen der gesellschaftlichen Alterung für die Finanzierung der Sozialversicherung oder wegen der Effekte der Digitalisierung für die qualifikatorischen Anforderungen an die Beschäftigten. Andererseits äußert es sich aber auch als Chance, vor allem durch die gestiegene Lebenserwartung, eine bessere Gesundheit und längere Erwerbsfähigkeit sowie durch die Wirkungen der Digitalisierung auf die Produktivität und die Sicherung der individuellen Leistungsfähigkeit.

Zu fragen ist, wie diesen Herausforderungen konkret zu begegnen ist und wie die damit einhergehenden Chancen genutzt werden können.

Aus Sicht der Kommission erfordert dies in erster Linie eine – gegenüber Fehlentwicklungen kritische, an die erfolgreiche Balance von sozialer Sicherung und Selbstverantwortung anknüpfende – Besinnung auf die grundlegenden Konstruktionsprinzipien des deutschen Sozialstaats. Denn die Geschichte der Sozialversicherung liefert ein Beispiel für eine im Grundsatz beachtliche Anpassungsfähigkeit.

Attraktivität des Modells „Sozialversicherung“

Der Grundgedanke, durch Versicherungslösungen einen konsistenten Aufbau der Sozialversicherungszweige zu erreichen, erweist sich unverändert als attraktiv. Ausgehend davon lassen sich Abweichungen identifizieren, wenn in die Sozialversicherung Umverteilungsziele eingebaut werden und Entscheidungen dafür einem besonderen Legitimationsbedarf unterliegen. Zudem kann das Versicherungsprinzip auf neue Risikotatbestände angewendet werden, die ökonomisch Bedeutung und gesellschaftlich Beachtung erlangen. Auch ermöglicht das Versicherungsprinzip die Öffnung für mehr Wettbewerb, auch im Bereich von Pflichtversicherungen, oder die Verlagerung der staatlichen Intervention auf eine Versicherungs- (oder Vorsorge-)Pflicht anstelle einer Zwangsversicherung.

Der Sozialstaat ist eine tragende Säule der sozialen Marktwirtschaft. Deren Koordination der Aktivitäten aller Einzelnen zielt darauf, die in der Gesellschaft vorhandenen Wünsche nach Bedarfsbefriedigung und Betätigung so weit wie möglich zu erfüllen. Das wurde zuletzt in einem Maße erreicht wie noch nie seit der Wiedervereinigung. Im Durchschnitt verfügen die Menschen in Deutschland über so große finanzielle Mittel und Ressourcen – Bildung, Gesundheit sowie Lebenszeit – wie in keiner früheren Generation.

Angesichts dessen beruht der Sozialstaat auf der Idee, der Eigenverantwortung so viel Raum wie möglich und der solidarischen Hilfe subsidiär so viel Raum wie nötig zu geben. Aus der Sicht der Kommission sind individuelle Freiheit und Verantwortung heute wie in Zukunft eine maßgebliche Orientierung für die sozialstaatlichen Systeme. Das hat allerdings Voraussetzungen und ist nicht bedingungslos, wie die Möglichkeit von Marktversagen aufgrund von Rationalitätsfallen, kognitiven Verzerrungen und Informationsmängeln deutlich macht. Auch die ungleiche Verteilung von Einkommen und sonstigen Ressourcen kann zu Benachteiligungen führen, nicht nur im Hinblick auf die individuelle Lebenssituation, sondern vor allem auch auf Möglichkeiten, diese zu verbessern. All dies hat Folgen für die Notwendigkeit und die konkrete Ausgestaltung des sozialen Sicherungssystems.

Durch ihre Mitwirkung in der Selbstverwaltung der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung nehmen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in Deutschland eine

besondere Rolle wahr, in der sie – anders als in den meisten anderen EU- und OECD-Ländern – Verantwortung für die Ausgestaltung und Umsetzung des eng mit dem Arbeitsverhältnis verbundenen sozialen Sicherungssystems übernehmen. Sie tun dies aus unterschiedlichen Perspektiven, aber mit einem gemeinsamen Interesse an den wirtschaftlichen Grundlagen und an der Funktionsfähigkeit des Systems.

Ziel: Beitragssätze auf 40 Prozent begrenzen

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat aus diesem Interesse heraus im Februar 2019 die Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“ eingesetzt, die ihren Endbericht erstmals im Juli 2020 vorgelegt hat. Seither hat der Bericht der Kommission keinesfalls an Aktualität verloren. Auftrag der Kommission war es, Wege aufzuzeigen, wie sich trotz der aktuellen Herausforderungen der für die Zukunft absehbare Anstieg der Beitragssätze der gesetzlichen Sozialversicherungen eindämmen lässt. Die konkrete Zielsetzung, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag, das heißt die Summe der Beitragssätze von Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung,¹ dauerhaft nicht über 40 Prozent steigen soll, ist seit Langem erklärte Position der BDA (2002).

Eine wirksame Begrenzung des aus heutiger Sicht absehbaren weiteren Anstiegs der Beitragssätze ist notwendig, weil Sozialbeiträge für sich genommen die Lohnkosten erhöhen und die Nettolöhne vermindern. Ihr Anstieg beeinträchtigt daher die internationale Wettbewerbsfähigkeit von in Deutschland ansässigen Unternehmen (vgl. Hüther et al. 2025), setzt auch Unternehmen unter Druck, die nur im heimischen Markt tätig sind, und gefährdet die Arbeitsplätze der Beschäftigten. Auch für Arbeitnehmer bedeuten höhere Sozialbeiträge geringere Arbeitsanreize bzw. verstärkte Anreize zur Schwarzarbeit oder zur Umgehung beitragspflichtiger Beschäftigung und sie verringern die Möglichkeiten der Beschäftigten, zu konsumieren und zu sparen. All dies untergräbt die Solidarität zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern und widerspricht nicht zuletzt einem fairen Ausgleich der Interessen von Alt und Jung im „Generationenvertrag“.

Eine Obergrenze bei 40 Prozent ist nicht beliebig gesetzt, sondern sie resultiert aus den Erfahrungen mit der ökonomischen Entwicklung in Deutschland (Ehrentraut et al. 2017, S. 4 f.). In der Vergangenheit hat der Gesamtsozialversicherungsbeitrag zwischenzeitlich schon mehrfach die 40-Prozent-Marke verletzt, mit Spitzenwerten von über 42 Prozent in den Jahren 1997/98 sowie 2003 und 2005/06.

Dies waren zugleich Krisenjahre mit extrem hoher Arbeitslosigkeit, was den Teufelskreis aus hoher Beitragsbelastung und ungünstiger Wirtschaftsentwicklung klar

¹ Die gesetzliche Unfallversicherung, die allein aus Beiträgen der Arbeitgeber finanziert wird, wird dabei üblicherweise nicht miteingerechnet. In diesem Bericht wird trotzdem auch sie am Rande behandelt (vgl. Kasten 4, S. 49).

illustriert. Wirtschaftliches Wachstum und steigende Erwerbsbeteiligung sind keine Selbstläufer. Höhere Abgaben auf Löhne und Gehälter können eine positive Arbeitsmarktentwicklung stoppen und wieder umdrehen.

Wer das 40-Prozent-Ziel ernst meint – sei es als strikte Obergrenze bei „vierzig Komma null“ oder als längerfristigen Richtwert –, muss im Blick haben, dass die Sozialversicherungsbeiträge 2025 mit 42 Prozent bereits deutlich über diesem Limit sind. Es kommt daher nun vor allem darauf an, konkrete Vorschläge zu machen, wie die Sozialversicherung in ihren einzelnen Zweigen reformiert werden kann. Ziel ist, den weiteren Anstieg der Beitragssätze aufzuhalten, der ansonsten in den nächsten zwei bis drei Jahrzehnten bevorsteht, und ein Ausweichen auf Steuermittel zu verhindern, das keinen Ausweg bietet. Diese Aufgabe nimmt die von der BDA eingesetzte Kommission mit dem vorliegenden Bericht wahr.

Aufbau des Berichts

Im nachfolgenden Abschnitt 2 beschreibt die Kommission zunächst die aktuellen Herausforderungen für die zukünftige Finanzierung der Sozialversicherungen genauer, einschließlich der Perspektiven für die weitere Entwicklung der Beitragssätze und ihre möglichen Folgen. In Abschnitt 3 stellt sie der Politik der letzten Bundesregierungen die Grundzüge einer zukunftsfähigen Strategie gegenüber. Anschließend diskutiert sie Reformoptionen und macht konkrete Empfehlungen für die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und das gesamte System der Altersvorsorge (Abschnitt 4), für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und das Gesundheitssystem (Abschnitt 5), für die soziale Pflegeversicherung (SPV; Abschnitt 6) sowie für die Arbeitslosenversicherung (Abschnitt 7). Ergänzend behandelt sie dabei auch Möglichkeiten zur Reform der Organisation der Sozialversicherungen (Abschnitt 8). In Abschnitt 9 fasst sie ihre Empfehlungen zusammen, beleuchtet die möglichen Effekte für die Beitragssatzentwicklung und hebt abschließend nochmals die wichtigsten Voraussetzungen und Inhalte der von ihr entwickelten Reformstrategie hervor.

2 Herausforderungen

2.1 Aktuelle Trends: Risiken und Chancen

Die zukünftige finanzielle Entwicklung des sozialen Sicherungssystems und speziell der gesetzlichen Sozialversicherungen wird von zwei „Megatrends“ beeinflusst, die sich bereits seit vielen Jahren anbahnen, aller Voraussicht nach aber in den nächsten zwei Jahrzehnten voll entfalten. Dies sind zum einen der demografische Wandel und zum anderen die digitale Transformation von Wirtschaft und Arbeitsmarkt. Beide Trends sind für die Sozialversicherungen von besonderer Bedeutung, da diese im Umlageverfahren finanziert werden, bei dem die eingezahlten Beiträge größtenteils sofort wieder für laufende Leistungen ausgegeben werden. Umlagefinanzierte Systeme knüpfen die Finanzierung von Renten-, Gesundheits- und Pflegekosten damit eng an die Entwicklungen von Arbeitsmärkten und Demografie des jeweiligen Landes.

Der **demografische Wandel** mit fortschreitender Alterung der Bevölkerung erzeugt für die nächsten 15 Jahre auf den ersten Blick vor allem Risiken für die Finanzierung der Sozialversicherungen: Der abrupte Geburtenrückgang in den 1960er- und 1970er-Jahren sowie die ständig steigende Lebenserwartung führen dort auf Sicht zu enormen finanziellen Anspannungen. Die mittlerweile unmittelbar bevorstehenden Renteneintritte der geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre beschleunigen diesen Prozess. Nach geltendem Recht machen die absehbaren Verschiebungen der Altersstruktur der Versicherten – nicht nur im Rentensystem – schon in naher Zukunft deutliche Beitragssatzerhöhungen nötig, die bis 2040 anhalten und danach nicht aufhören.

Die **digitale Transformation** bringt dagegen – generell wie im Hinblick auf die Finanzierung des sozialen Sicherungssystems – erkennbar sowohl Chancen als auch Risiken mit sich. Befürchtungen wegen einer starken Erosion der Erwerbsarbeit sind nicht plausibel (vgl. etwa Bachmann et al. 2022; Hammermann et al. 2023). Vielmehr spricht vieles dafür, dass durch die digitale Transformation Routinetätigkeiten automatisiert werden, aber gleichzeitig neue Tätigkeitsprofile entstehen.

Absehbar ist, dass sich die Wettbewerbsbedingungen für Unternehmen und die Qualifikationsanforderungen und Beschäftigungsformen für Arbeitnehmer ändern. Beides kann Friktionen auf dem Arbeitsmarkt erzeugen und zu höherer

Arbeitslosigkeit führen, die vorübergehender Natur bleibt, wenn sie nicht durch andere Einflüsse verhärtet wird. Daneben dürfen jedoch auch die Chancen nicht übersehen werden, die sich aus der Digitalisierung ergeben – auch und gerade im Hinblick auf die Bewältigung des demografischen Wandels. Sie steigert generell den Wohlstand und führt zu interessanteren Arbeitsinhalten, physisch weniger beanspruchenden Arbeitsbedingungen sowie nicht zuletzt zu verbesserten Gesundheitstechnologien.

Auch der demografische Wandel bietet Chancen: Mit der gestiegenen und weiter steigenden Lebenserwartung hat sich auch die Lebensphase sehr verlängert, in der ein Großteil der Menschen gesund ist und in der ihre physische wie die mentale Erwerbsfähigkeit erhalten bleibt.² Ein wichtiger Baustein einer zukunftsfähigen Strategie für die Bewältigung der hier angesprochenen Herausforderungen muss daher sein, die darin liegenden Chancen real werden zu lassen und zu nutzen.

2.2 Bisherige Entwicklung der Beitragsbelastung

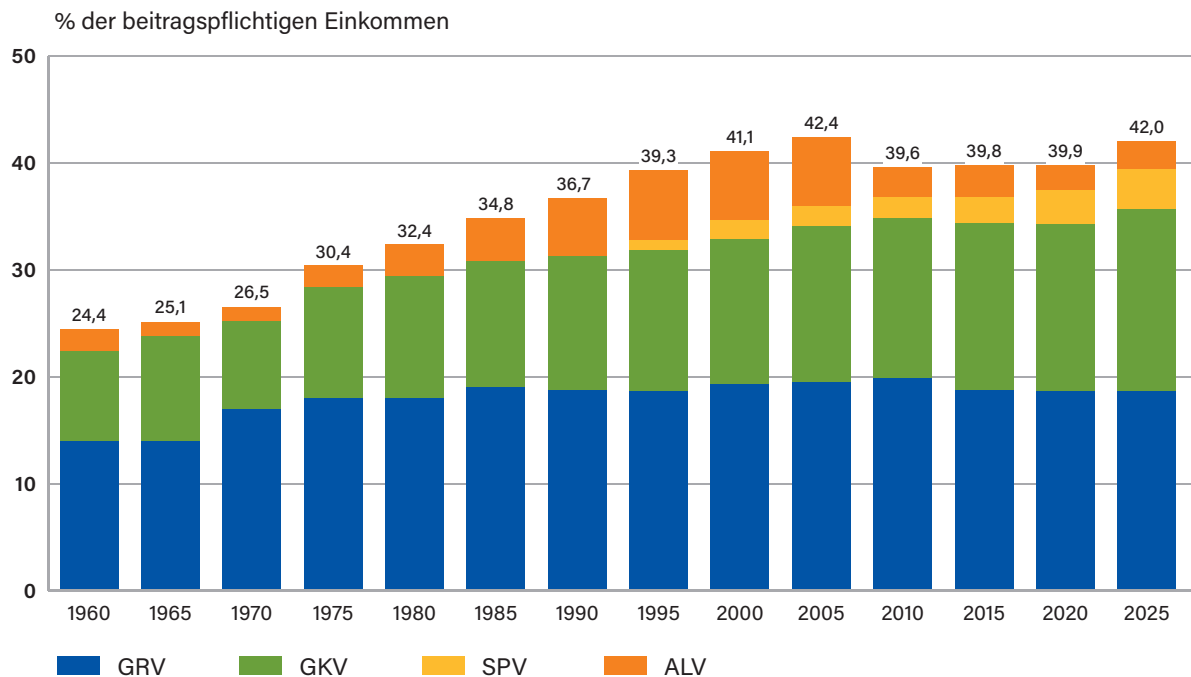
Seit den 1960er-Jahren ist die Summe der Beitragssätze der gesetzlichen Sozialversicherungen trendmäßig stark gestiegen (vgl. Abbildung 1). Dahinter steht zunächst vor allem ein Ausbau der Leistungen. Ab Mitte der 1970er-Jahre macht sich in wachsendem Maße steigende Arbeitslosigkeit bemerkbar, die sich nach der Wiedervereinigung verstärkt und 2005 ihren Höhepunkt erreicht. Zwischen 2000 und 2010 hat sich in Deutschland zudem ein erster Schub der demografischen Alterung vollzogen. In den 2010er-Jahren hat sich dagegen nicht nur der Arbeitsmarkt sehr günstig entwickelt, sondern es herrschte auch eine „demografische Atempause“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2014, Kurzfassung, Tz. 10), in der die demografische Alterung zunächst nicht weiter fortgeschritten ist.³

1960 lagen die Beitragssätze der Sozialversicherungen noch unter 25 Prozent, danach bis 1974 unter 30 Prozent und bis 1985 unter 35 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten. 1996 haben sie erstmals die 40-Prozent-Marke überschritten und blieben bis 2007 oberhalb dieser Grenze. Erst seit 2012 haben sich die Sozialversicherungsbeiträge wieder für einige Zeit knapp unter 40 Prozent stabilisiert. Hier zeigt sich insbesondere der Erfolg einer insgesamt beschäftigungsfördernden Politik vonseiten der Tarifvertragsparteien wie des Gesetzgebers. Nach 2020 ist die Beitragsbelastung jedoch wieder gestiegen und hat im Jahr 2023 die 40-Prozent-Grenze überschritten. Im internationalen Vergleich sind schon die jetzigen Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland sehr hoch.

² Für genauere Hinweise und Nachweise dazu vgl. Abschnitt 3.2.

³ Grund dafür war, dass zwischen 2010 und 2015 sehr schwach besetzte Jahrgänge aus der unmittelbaren Nachkriegszeit das Rentenalter erreichten, die durch geburtenschwache Jahrgänge, die zeitgleich ins Erwerbsalter eintraten, vollständig ersetzt werden konnten.

Abbildung 1: Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge (1960–2025)



Anmerkungen: Angaben für die GKV ab 2015 inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge; Angaben für die SPV inkl. durchschnittlicher Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl.

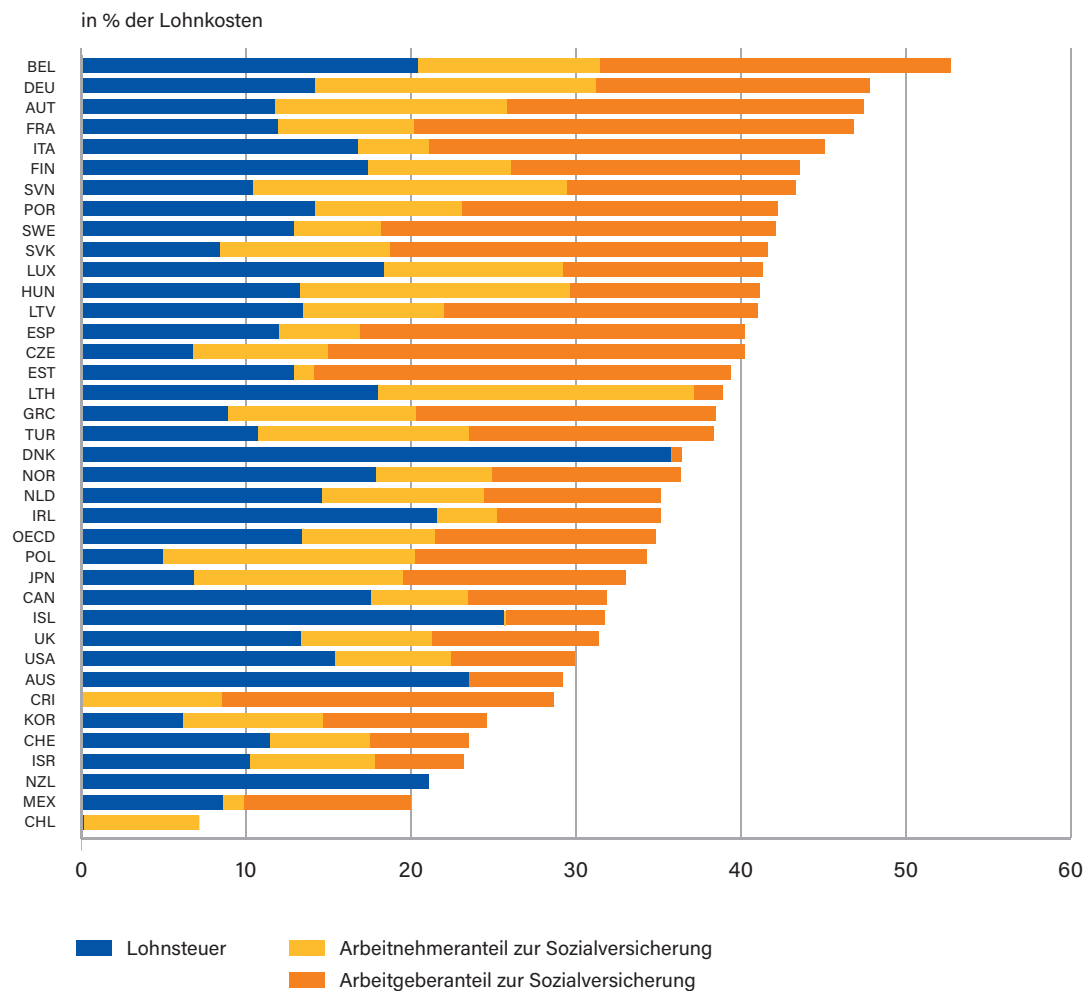
Quellen: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), eigene Berechnungen.

Die Gesamtbelastung der Löhne von Durchschnittsverdienern mit Sozialbeiträgen und Lohnsteuern übersteigt nur in Belgien diejenige in Deutschland (vgl. Abbildung 2; OECD 2024a, S. 25).⁴ Insgesamt belaufen sich diese lohnbezogenen Abgaben in Deutschland derzeit auf knapp 50 Prozent der Lohnkosten, rund zwei Drittel dieser Belastung entfallen auf die Sozialversicherungsbeiträge.

In den nächsten zwei Jahrzehnten wird sich die Position Deutschlands voraussichtlich weiter verschlechtern, da es in diesem Zeitraum weit stärker von der demografischen Alterung betroffen ist als die meisten anderen OECD-Staaten. Demografische Veränderungen sind relativ träge und daher gut vorauszuberechnen, sodass diese Aussicht als verlässlich gelten kann – wenn nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen der hier betrachteten Steuer- und Sozialsysteme angepasst werden.

4 Die Berechnungen hierzu beziehen sich auf den von der OECD zu Vergleichszwecken bevorzugt betrachteten Fall von Alleinstehenden ohne Kinder mit durchschnittlichem Bruttoverdienst. Für andere Typen von Arbeitnehmern können sich andere Werte und auch andere Positionen im internationalen Ranking ergeben. Ein abweichender Familienstand sowie Kinder wirken sich gegebenenfalls aber vor allem auf die Höhe der Lohnsteuer aus, kaum auf die der Sozialbeiträge. Auch ein abweichendes Einkommensniveau führt eher zu anderen steuerlichen Belastungen als zu anderen Beitragssätzen (solange existierende Geringfügigkeitsgrenzen nicht unterschritten bzw. Beitragsbemessungsgrenzen nicht überschritten werden).

Abbildung 2: Lohnbezogene Abgaben im internationalen Vergleich (2023)



Anmerkungen: Angaben für Alleinstehende ohne Kinder mit durchschnittlichem Bruttoverdienst.

Quelle: OECD (2024a).

2.3 Zukunftsperspektiven: weiterer Anstieg

Unter dem derzeit geltenden Recht ist für Deutschland in Zukunft mit einem weiteren, deutlichen Anstieg der Beitragssätze der gesetzlichen Sozialversicherungen zu rechnen. Dies zeigen Projektionen zur weiteren Entwicklung der Beitragssätze bis 2040, die vor allem die absehbaren Effekte der demografischen Alterung erfassen (vgl. Tabelle 1). Zusätzliche, allerdings weit weniger klar absehbare Effekte der Digitalisierung für die Beschäftigung werden in den „Basisvarianten“ existierender Vorausberechnungen zumeist nicht beachtet, sondern gegebenenfalls in Alternativvarianten – mit günstigerer oder ungünstigerer Arbeitsmarktentwicklung – beleuchtet.

Das Jahr 2040 begrenzt den Zeitraum, auf den in diesem Bericht mit besonderer Aufmerksamkeit geschaut wird. Dies ist der Zeithorizont, für den eine vorausschauende

Wirtschafts-, Finanz- und Sozialpolitik heute einen längerfristig angelegten, möglichst stabilen Rahmen setzen sollte. Bis dahin bestehen zwar nennenswerte Unsicherheiten bezüglich der Entwicklung von Beschäftigung und Wirtschaftswachstum. Auch die Größe der Wohnbevölkerung kann bis dahin entweder annähernd konstant bleiben oder auch deutlich schrumpfen. Anderes gilt jedoch für die Altersstruktur der Wohnbevölkerung, die für die Entwicklung der Finanzen der Sozialversicherungen viel wichtiger ist. Deren Verschiebungen weisen selbst bei einem breiten Spektrum an Annahmen zu den Einflussgrößen Geburtenzahl, Lebenserwartung und Wanderungen bis 2040 nur eine relativ geringe Variation auf (Werdning und Läßle 2019; Statistisches Bundesamt 2022). Erst längerfristig ergeben sich auch diesbezüglich größere Abweichungen zwischen den Varianten aktueller Bevölkerungsvorausrechnungen. Allerdings zeigen auch diese ganz überwiegend keinen Rückgang der zu erwartenden demografisch bedingten Anspannung der Sozialfinanzen an.

Die in Tabelle 1 zusammengefassten Projektionen basieren auf unterschiedlichen Annahmen und Modellierungen.⁵ Übereinstimmend zeigen sie aber, dass die Beitragssätze der Sozialversicherungen in Zukunft weiter steigen werden.

Die Mehrzahl der Studien schätzt, dass sie 2030 zwischen knapp 43 Prozent und 45 Prozent liegen und bis 2040 weiter auf 45 Prozent bis 50 Prozent steigen. Noch deutlich höhere Werte für die Beitragssätze ergeben sich in denjenigen Szenarien, die besondere, jedoch schwer quantifizierbare Kostenrisiken im Bereich der GKV berücksichtigen. Sieht man von diesen Risikoszenarien ab, erscheint es aus heutiger Sicht immer noch als denkbar, dass der bevorstehende Anstieg stärker oder schwächer ausfällt.⁶ In keinem Fall aber bleiben die Beitragssätze im betrachteten Zeitraum auch nur annähernd konstant oder gehen sogar zurück, solange durch Änderungen des geltenden Rechts nicht entschieden gegengesteuert wird.

Welche Folgen der erwarteter deutlicher Anstieg der Beitragssätze der Sozialversicherungen um 3 bis 8 Prozentpunkte in den nächsten 15 Jahren hat, lässt sich nicht genau abschätzen. Er erzeugt in jedem Fall enorme Risiken für die internationale Konkurrenzfähigkeit in Deutschland produzierter Güter und Dienstleistungen und kann daher auch die Beschäftigungsentwicklung dauerhaft ungünstig beeinflussen. Möglich ist eine neue Phase ständig steigender struktureller Arbeitslosigkeit wie zwischen 1980 und 2005.

5 Der Wissenschaftliche Beirat beim BMWi (2016) stellt in seinem Gutachten keine eigenen Berechnungen an, sondern bietet einen kritischen Überblick über zahlreiche zum Zeitpunkt der Erstellung vorliegende Vorausberechnungen zu einzelnen Zweigen der Sozialversicherung. Am Ende addiert er die Beitragssätze für 2040, die sich aus den nach Einschätzung des Beirats aussagekräftigsten Arbeiten und Szenarien ergeben.

6 Die Arbeiten von Aretz et al. (2016) sowie von Werdning und Läßle (2019) wurden mit demselben Simulationsmodell erstellt, wenn auch auf unterschiedlichem Stand der Daten und mit unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen geht vor allem auf unterschiedliche Annahmen zur Arbeitsmarktentwicklung zurück. In der ersten Arbeit wird in Abstimmung mit den Mitgliedern des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein Zeitpfad für die Entwicklung der Erwerbslosenquote (mit eher moderatem Anstieg) vorgegeben. In der zweiten Arbeit wird die Erwerbslosenquote modellendogen ermittelt (und steigt wegen der steigenden Abgabenbelastung in einem Prozess, der sich selbst verstärkt).

Tabelle 1: Projektionen zur Entwicklung der Sozialbeiträge (2025–2040)

Studien/Szenarien	2025	2030	2035	2040
Wiss. Beirat beim BMWi (2016): – div. vorliegende Projektionen	—	—	—	ca. 54 %
Aretz et al. (2016): – Basisszenario	41,2 %	42,8 %	44,5 %	45,5 %
Pimpertz und Beznoska (2017): – Basisszenario – „expansive Ausgabenpolitik“	— —	43,0 % 44,5 %	— —	45,0 % 47,5 %
Ehrentraut et al. (2017): – Basisszenario	42,2 %	44,8 %	47,3 %	48,8 %
Werdning und Läßle (2019): – Referenzvariante	42,4 %	44,8 %	47,4 %	49,6 %
Ochmann und Albrecht (2024 und 2025): – Basiszenario – günstige Entwicklung – ungünstige Entwicklung	— — —	45,7 % — —	48,8 % 45,8 % 53,0 %	— — —

Anmerkungen: Alle Angaben beziehen sich auf die Summe der Beitragssätze zu gesetzlicher Rentenversicherung, gesetzlicher Krankenversicherung (inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge), sozialer Pflegeversicherung (inkl. Beitragszuschlägen für Kinderlose) und Arbeitslosenversicherung.

Zugleich entsteht die Gefahr einer fortschreitenden Entsolidarisierung und Delegitimierung der Sozialversicherung, weil das Verhältnis von Beiträgen und Leistungen nicht mehr als angemessen erscheint. Die Sozialversicherung verfehlt unter solchen Bedingungen – zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung – immer mehr das Ziel, einen fairen Ausgleich von Risiken und Lasten innerhalb der und zwischen den Generationen zu gewährleisten, der bislang zentrales Element der Sozialversicherung ist. Schließlich betreffen alle hier genannten Folgen Angehörige verschiedener Generationen in verschiedener Weise. Wachsende Beschäftigungsrisiken und steigende finanzielle Belastungen für jüngere und zukünftige Versicherte widersprechen daher auch der Idee eines gerechten Interessenausgleichs im Rahmen des „Generationenvertrags“, der dem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem konzeptionell zugrunde liegt.

Die hier vorgestellten Perspektiven verdeutlichen, was für eine enorme Herausforderung es darstellt, die zukünftige Beitragssatzentwicklung wirksam zu dämpfen und gleichzeitig ein angemessenes System sozialer Sicherung zu erhalten. Wenn die Beitragssätze auf Dauer wieder unter 40 Prozent sinken sollen, muss die Sozialversicherung ihre Aufgaben mit einem Beitragsaufkommen erfüllen, dass 2030 gut 10 Prozent und 2040 etwa 25 Prozent niedriger ausfällt als in den zuvor betrachteten Projektionen. Besitzstandsdenken ist für die erforderlichen Anpassungen ebenso wenig geeignet wie ein undifferenziertes Zurückstutzen aller bestehenden Ansprüche. Vielmehr muss sich das Sozialversicherungssystem auf seine sozial- und ordnungspolitisch fundierten Kernaufgaben konzentrieren und diese unter den Rahmenbedingungen des demografischen Wandels und der Transformation von Wirtschaft und Arbeitswelt mit angepasstem Instrumentarium wahrnehmen.

3 Gegenwärtige Politik und zukunftsfähige Strategien

3.1 Die gegenwärtige Politik

Die Politik der Koalitionsregierungen der letzten Legislaturperioden ist der geschilderten sozialpolitischen Herausforderung bisher weitgehend ausgewichen. Im Bereich der Sozialversicherungen wurden zwar zahlreiche Änderungen vorgenommen. Diese orientierten sich – vor dem Hintergrund einer guten Arbeitsmarktentwicklung und einer Atempause bei der demografischen Entwicklung (vgl. Abschnitt 2.2) – aber mehr an der guten Einnahmesituation der letzten Jahre als an den ungünstigen Perspektiven für die kommenden Jahre und Jahrzehnte.

Ein Teil der vorgenommenen Reformen, die die Ausgaben der Sozialversicherungen im Zeitraum bis 2040 insgesamt spürbar erhöhen, erscheint als durchaus begründbar. So wurden mit den Pflegestärkungsgesetzen der Jahre 2015 bis 2016 Defizite adressiert, die sich zuvor etwa durch jahrelang fehlende und dann eher geringe Anpassungen der Pflegeleistungen aufgestaut hatten. Zum Teil wurden bestehende Versorgungsengpässe dadurch allerdings nur verlagert und sind wegen fehlender Pflegekräfte und Pflegedienste immer noch nicht überwunden.

Maßnahmen zur Erhöhung von Erwerbsminderungsrenten, wie sie 2014, 2017, 2018 und zuletzt 2022 getroffen wurden, nehmen sich einer Gruppe an, die im Hinblick auf andere Reformschritte im Alterssicherungssystem (ergänzende private Vorsorge; Heraufsetzung der Regelaltersgrenze der GRV) als Härtefälle erscheinen und deren Zugangsgrenten unter dem zuvor geltenden Recht längerfristig nicht gestiegen, sondern sogar gesunken waren.⁷ Auch diese Maßnahmen führen in Zukunft allerdings zu steigenden Ausgaben, deren dauerhafte Deckung erst gewährleistet werden muss. Andere Elemente der jüngeren Rentenreformen erscheinen schon für sich genommen als unsystematisch. Die „Mütterrente“ von 2014 und ihre Anhebung 2018 ändern eine lang zurückliegende Stichtagsregelung.⁸ Die Rente für besonders langjährig Versicherte – kurz: „Rente ab 63“ – widerspricht vorherigen Reformtrends, mit ungünstigen

⁷ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2024a), Kapitel „Rentenzugang“. Nach den dortigen Angaben sind neu bemessene Erwerbsminderungsrenten zwischen 2000 und 2011 im Durchschnitt um rund 15 Prozent gesunken und haben erst 2017 wieder die vorherige Höhe erreicht.

⁸ Die relevante Stichtagsregelung hatte sogar ihre Gründe: Die seinerzeit eingeführte Erziehungszeiten-Regelung für ab 1992 geborene Kinder löste die bis 1992 geltende Regelung zur Rente nach Mindestentgeltpunkten ab, mit der u. a. lange Zeiten mit eingeschränkter Erwerbsbeteiligung wegen Kindererziehung aufgewertet werden sollten.

Auswirkungen auf die Entwicklung des durchschnittlichen Renteneintrittsalters.⁹ Die 2020 vom Bundestag verabschiedete „Grundrente“ innerhalb des gesetzlichen Rentensystems steht im Widerspruch zur bewährten Trennung von Versicherungs- und Fürsorgeleistungen. Sie schafft zahlreiche nicht zu rechtfertigende Ungleichheiten,¹⁰ geht zugleich aber an den Problemen in Zukunft wachsender Altersarmutsrisiken weitgehend vorbei.

Auch in der GKV, in der sich in der Vergangenheit ein ungebrochener Anstieg der Beitragssätze zeigte, wurden seit 2018 mehrere Rechtsänderungen vorgenommen, die die zukünftigen Ausgaben weiter wachsen lassen. Nachhaltig erfolgreiche Dämpfungen dieser Entwicklung sind – trotz wiederholter Versuche – bis heute nicht gelungen. Vielmehr laboriert die GKV seit zwei Jahrzehnten an einem ungebremsen überproportionalen Anstieg der Ausgaben je Versicherten. Pro Kopf steigen die Ausgaben seit über 20 Jahren im Durchschnitt jedes Jahr um mehr als einen Prozentpunkt stärker als die beitragspflichtigen Einkommen (Pimpertz und Hecken 2024).

Im Bereich der Arbeitslosenversicherung sind die Beitragssätze bis 2020 trendmäßig gesunken, vor allem als Reflex der günstigen Arbeitsmarktentwicklung, die u.a. erfolgreichen Reformen an den Rahmenbedingungen für den Arbeitsmarkt zu verdanken ist. Es gab jedoch Bestrebungen, die Sicherung gegen das Arbeitslosigkeitsrisiko stärker mit öffentlich geförderten Qualifizierungsmaßnahmen zu verbinden und die im Strukturwandel erforderliche Weiterbildung zunehmend über die Arbeitslosenversicherung mitzufinanzieren. Bei öffentlich finanzierter oder sogar initiiert Weiterbildung sind Zielgerichtetheit und Erfolg erfahrungsgemäß nicht immer gesichert. Vor allem werden aber die Grenzen einer Risikoversicherung gegen Arbeitslosigkeit überschritten. In der durch Covid-19 bedingten Krise half die Arbeitslosenversicherung, – vor allem durch einen historisch einmaligen Einsatz des Kurzarbeitergelds – einen dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit zu verhindern. Wegen des Rekordstands bei der Kurzarbeit, steigender Arbeitslosenzahlen und tendenziell rückläufiger Beschäftigung wurden die Rücklagen der Versicherung aber aufgebraucht und bisher auch noch nicht wieder aufgebaut.

Versuche, die für die Zukunft absehbaren Entwicklungen politisch zu beantworten, gab es bislang am ehesten im Bereich der GRV. Um Vorschläge für die Rentenpolitik ab 2025 zu erarbeiten, hatte die Bundesregierung im Juni 2018 die Kommission „Verlässlicher Generationenvertrag“ eingesetzt (vgl. Kasten 1). Sie sollte Empfehlungen geben, wie die bis 2025 geltenden „Haltelinien“ für das Rentenniveau und den Beitragssatz (bei 48 Prozent und 20 Prozent), die jeweils nicht unter- bzw. überschritten werden dürfen, in der Zeit danach bemessen sein sollten. Entstehende Finanzierungslücken

9 Für genauere Ausführungen dazu vgl. Abschnitt 4.1.

10 Dafür sorgen nicht nur die vorgesehenen Bedingungen (35 Beitragsjahre, mit einer kurzen „Gleitzone“ ab 33 Beitragsjahren), sondern auch der Verzicht auf Bedingungen, die nicht verifiziert werden können (Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung) oder nicht überprüft werden sollen (Vermögen).

sollten – abweichend von den Konstruktionsprinzipien der Rentenversicherung – aus Haushaltsmitteln des Bundes geschlossen werden.

Solche Haltelinien – unter Umständen mit abweichenden Werten – über 2025 hinaus aufrechtzuerhalten, hätte gravierende Konsequenzen für Rentenfinanzen und Bundeshaushalt gehabt (Börsch-Supan und Rausch 2018; Werding 2019). Für die Regelaltersgrenze der GRV galt in der letzten Legislaturperiode eine Art dritter Haltelinie (bei 67 Jahren), die unter dem geltenden Recht 2031 erreicht wird, da eine weitere Anhebung im Koalitionsvertrag von vornherein ausgeschlossen wurde. Wie konsistent und praktisch umsetzbar solche mehrfachen Haltelinien sind, wird in der Politik kaum diskutiert.

Kasten 1:

Finanzen der Sozialversicherungen im langfristigen Gleichgewicht

Die GRV ist in finanzieller Hinsicht der mit Abstand gewichtigste Zweig des deutschen Sozialversicherungssystems. Um sie zukunftsfest auszugestalten, war 2018 im Koalitionsvertrag für die 19. Wahlperiode des Bundestags die Einsetzung einer Kommission GRV gesetzliche Rentenversicherung und die gesamte Altersvorsorge im Zeitraum ab 2025 befassen und Empfehlungen für einen „verlässlichen Generationenvertrag“ vorlegen sollte. Vor diesem Hintergrund sagten die Koalitionäre damals zunächst selbst, wie sie sich eine Lösung vorstellten: „Dabei streben wir eine doppelte Haltelinie an, die Beiträge und Niveau [der gesetzlichen Renten] langfristig absichert.“

Anschließend erteilten sie der Kommission jedoch einen sehr viel offener und grundlegender formulierten Auftrag: „Die Rentenkommission soll die Stellschrauben der Rentenversicherung in ein langfristiges Gleichgewicht bringen.“

Im Koalitionsvertrag wurde nicht erläutert, was die Verantwortlichen unter einem langfristigen Gleichgewicht der Rentenfinanzen bzw. den dafür verfügbaren Stellschrauben verstanden. Aus wissenschaftlicher Sicht lässt sich diese Formulierung aber präzise interpretieren. Dabei wird rasch deutlich, dass sich Pläne für langfristig gültige „Haltelinien“ und die Idee eines langfristigen „Gleichgewichts“ in den Rentenfinanzen im Kontext der weiteren Entfaltung des demografischen Wandels ausschließen.

Eine umlagefinanzierte Sozialversicherung wie die GRV muss grundsätzlich ein jährliches Gleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben erreichen. Sie darf sich zur Finanzierung ihrer laufenden Leistungen nicht verschulden. Darüber hinaus sollte sie in der Lage sein, ein solches Umlagegleichgewicht Jahr um Jahr zu

erreichen – auch dann, wenn sich die Rahmenbedingungen für die Finanzierung verändern. Hierzu müssen nötigenfalls die existierenden Stellschrauben neu justiert werden. Im Idealfall gibt es dafür langfristig gültige Regeln, mit deren Hilfe sich das System unter ungünstigen Bedingungen automatisch stabilisiert (Börsch-Supan 2007).

Wie solche Stabilisierungsmechanismen konkret funktionieren können und wie weit ihre Wirkungen angesichts der ausgeprägten demografischen Alterung in Deutschland reichen, wird in diesem Bericht bei der Diskussion von Empfehlungen für die einzelnen Zweige des Sozialversicherungssystems genauer ausgeführt. Grundlagen dafür werden hier jedoch vorab in allgemeiner Form erläutert.

Die jährlichen Einnahmen einer Sozialversicherung ergeben sich im Wesentlichen aus der Anzahl der Beitragszahler (*BZ*), der durchschnittlichen Höhe ihrer beitragspflichtigen (Brutto-)Löhne (*l*) und dem jeweils geltenden Beitragssatz (*b*). Die jährlichen Ausgaben werden von der Anzahl der Leistungsbezieher (*LB*) und den auf sie im Durchschnitt entfallenden Versicherungsleistungen (*v*) bestimmt. Berücksichtigt man, dass steuerfinanzierte Zuschüsse, die die Sozialversicherungen als zusätzliche Einnahmen erhalten, vor allem dazu dienen sollen, nicht beitragsbezogene („versicherungsfremde“) Leistungen zu finanzieren, und sieht man von finanziellen Rücklagen ab, die als „Schwankungsreserve“ zum kurzfristigen Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben beitragen, gilt für ein Umlagegleichgewicht eine einfache Formel, nach der die Summe der jährlichen Beitragseinnahmen der Summe der jährlichen Leistungsausgaben entsprechen muss:¹¹

$$b \cdot l \cdot BZ = v \cdot LB$$

Der demografische Wandel bewirkt, dass sich das Verhältnis der Anzahl der Leistungsbezieher zu der der Beitragszahler in den nächsten zwei Jahrzehnten erhöht. Die absehbaren Entwicklungen unterscheiden sich allerdings zwischen den einzelnen Zweigen des Sozialversicherungssystems, je nach Abgrenzung der Beitragspflichtigen und der Anspruchsberechtigten sowie der Art der versicherten Risiken. In der GKV ist es sogar weniger die zahlenmäßige Relation Versicherter, die Beiträge zahlen bzw. Leistungen in Anspruch nehmen, sondern vor allem die durchschnittliche Höhe der in Anspruch genommenen Leistungen, die von der Altersstruktur aller Versicherten und von Kostensteigerungen abhängig ist und im Zeitablauf zugenommen hat. Sie kann auch in Zukunft stärker steigen als die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen.

Mit Blick auf solche Überlegungen kann die Formel für das jährliche Budgetgleichgewicht einer Sozialversicherung so umgeformt werden, dass Zusammenhänge mit

11 Von Verwaltungskosten wird hier vereinfachend ebenfalls abgesehen; vgl. dazu jedoch Abschnitt 8.

der Struktur der Versicherten und auch die Stellschrauben für die finanzielle Entwicklung des Systems klarer hervortreten:

$$b = \frac{v}{l} \cdot \frac{LB}{BZ}$$

Der Beitragssatz, den das System als Stellschraube für den jährlichen Ausgleich seines Budgets nutzen kann, entspricht demnach dem zahlenmäßigen Verhältnis von Leistungsbezieher und Beitragszahlern (LB/BZ), multipliziert mit der Relation der durchschnittlichen Leistungen (v) zu den durchschnittlichen beitragspflichtigen Löhnen (l). Die Größe v/l misst dabei zugleich das Niveau der in Anspruch genommenen Leistungen, bezogen auf die laufenden Arbeitsentgelte der Versicherten. Äquivalent ließe sich die Gleichung zu $v/l = b/(LB/BZ)$ umformen, um zu verdeutlichen, dass auch das Leistungsniveau abhängige Variable und damit Stellschraube sein kann. Über Regelungen zum Renteneintritt kann in der GRV außerdem die Verteilung der Versicherten auf Leistungsbezieher und Beitragszahler beeinflusst werden, selbst wenn sie ansonsten sehr von der Demografie abhängt.

Übereinstimmende Botschaft aller Versionen dieser einfachen Gleichung ist am Ende dies: Wenn sich die Relation von Leistungsbezieher zu Beitragszahlern eines Sozialversicherungszweigs systematisch ungünstig entwickelt – z.B. weil der für die Rentenfinanzen relevante „Altenquotient“ bis 2040 um mindestens ein Drittel steigt, der „Rentnerquotient“ trotz der laufenden Heraufsetzung der Regelaltersgrenze immer noch um rund ein Viertel bis ein Drittel¹² –, dann müssen der Beitragssatz und/oder das Leistungsniveau des Systems angepasst werden. In den einzelnen Sozialversicherungszweigen können sich darüber hinaus weitere Stellschrauben ergeben. Nur mit Anpassungen, die auf der Einnahmen- oder Ausgabe-seite des Budgets oder auf beiden Seiten zugleich ansetzen, bleibt das System im Gleichgewicht – Jahr für Jahr und letztlich dauerhaft. Haltelinien für Beitragssatz und Rentenniveau der GRV sind angesichts der absehbaren demografischen Entwicklung dagegen keine zukunftsfähige Strategie. Dies gilt umso mehr, wenn Maßnahmen zur weiteren Erhöhung des Rentenalters ausgeschlossen werden.

12 Der Altenquotient misst Änderungen der demografischen Fundamentaldaten des Systems, nämlich die Anzahl der Personen im Alter ab 65 Jahren je 100 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Rentnerquotient stellt dagegen unmittelbar auf die Anzahl der Rentner im Verhältnis zu der der Beitragszahler ab. Der Äquivalenz-Rentnerquotient, für den die Rentner zusätzlich noch mit der Höhe ihrer durchschnittlichen Rentenansprüche gewichtet werden, steigt bis 2040 um 25 bis 45 Prozent. Basis dieser Angaben sind Varianten der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts (2022) und Berechnungen der Entwicklung der Rentenfinanzen für den Sechsten Tragfähigkeitsbericht des Bundesfinanzministeriums (Werding et al. 2024a).

3.2 Eine zukunftsfähige Strategie

Zentraler Baustein jeder Strategie, mit der der weitere Anstieg der Beitragssätze der Sozialversicherungen wirksam begrenzt werden und das soziale Sicherungssystem gleichzeitig auch auf der Leistungsseite intakt bleiben soll, muss eine konsequente **Verlängerung der aktiven Lebensphase** mit beitragspflichtiger Beschäftigung sein. Einige wichtige Ansatzpunkte für politische Maßnahmen, die darauf zielen, liegen im Rentensystem. Erfolgreiche Schritte in diese Richtung können aber große Breitenwirkung innerhalb des gesamten Sozialversicherungssystems und für die Gesamtwirtschaft entfalten.

Erstens nehmen längere Erwerbstätigkeit und entsprechend spätere Renteneintritte unmittelbar Druck von den Rentenfinanzen – sowohl vom Beitragssatz der GRV als auch vom Rentenniveau (Deutsche Bundesbank 2023). Gemessen an den laufenden Entgelten aktiver Versicherter können gesetzliche Renten Jahr um Jahr deutlich höher ausfallen, als wenn der rentenrechtliche Ertrag eines Erwerbslebens mit unveränderter Länge auf eine ständig steigende Rentenlaufzeit verteilt werden muss. Für die Versicherten stärkt dies die Rolle der Renten bei der Lebensstandardsicherung oder zur Armutsprävention. Zweitens ergeben sich auch günstige Effekte für die Einnahmen der GKV und der sozialen Pflegeversicherung, weil die dort erhobenen Beiträge auf Erwerbseinkommen typischerweise höher ausfallen als diejenigen auf Renten, speziell wenn sich Letztere nur gedämpft entwickeln können. Drittens kann es zu günstigen Effekten für die Ausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung führen, und zwar dann, wenn sich eine längere Erwerbsphase positiv auf die weitere Entwicklung des Gesundheitszustands auswirkt und eventuell auch das Pflegebedürftigkeitsrisiko vermindert oder zumindest hinausschiebt.¹³

Für Zusammenhänge zwischen längerer Erwerbstätigkeit und besserer Gesundheit gibt es in der Tat Belege, wobei sie aber nach Tätigkeitsfeldern und sozialen Schichten uneinheitlich ausfallen.¹⁴ Auch dies ist gegebenenfalls jedoch kein unumgebares Faktum, sondern lässt sich gestalten: Eine Vielzahl von Studien stellt fest, dass eine früh im Leben einsetzende Vorsorge durch gesundheitsbewusstes Verhalten, Bildung, Berufstätigkeit und soziale Einbindung die Chancen spürbar erhöht, im späteren Leben auch länger gesund, Entwicklungsfähig und mobil zu sein.¹⁵ Wenn vorab feststeht, dass eine steigende Lebenserwartung auch eine längere Erwerbstätigkeit erfordert, ergeben

13 Solche Effekte dürften wegen der verbesserten Arbeitsmarktlage – speziell in den neuen Bundesländern – im Übrigen bereits unterwegs sein: Wer z. B. nach der Wiedervereinigung im Alter von 50 Jahren langzeitarbeitslos wurde, wies danach tendenziell ein weniger gesundheitsbewusstes Verhalten auf als diejenigen, die eine Beschäftigung behielten oder neu fanden (Sternberg 2017). Dies betrifft die heute 80-Jährigen, aber nicht mehr die 40- bis 60-Jährigen.

14 Vgl. etwa Kuhn et al. (2010) sowie Giesecke (2019). Eine aussagekräftige Fallstudie für Bauarbeiter in der Schweiz liefern Bauer und Eichenberger (2018). Besonders klare Befunde gibt es – allerdings nur auf internationaler Ebene – für Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten und mentale Gesundheit (Coe et al. 2012; Mazzonna und Peracchi 2012; 2017).

15 Vgl. hierzu insbesondere Kruse (2010) oder Kruse et al. (2012).

sich klare Anreize, für diese Perspektive frühzeitig und angemessen durch Erwerbsbeteiligung, fortgesetzte Investitionen in die eigene Bildung sowie in geistige und körperliche Fitness vorzusorgen.

Eine solche Strategie stärkt nicht nur die Verantwortung der versicherten Arbeitnehmer für ihre Gesundheit, Qualifikationen und Erwerbsfähigkeit. Sie erhöht auch die Verantwortung der Arbeitgeber für Arbeitsbedingungen und Beschäftigungssicherheit, vor allem älterer Erwerbspersonen, zu der sich die BDA ausdrücklich bekennt (BDA 2024). Die aktive Lebensphase mit allseitigen Anstrengungen gezielt zu verlängern, ist daher nicht nur eine passende Antwort auf die steigende Lebenserwartung. Es stärkt auch die Balance von Eigenverantwortung, Kooperation und Solidarität unter sich ändernden Rahmenbedingungen, die das Sozialversicherungssystem traditionell prägt.

4 Empfehlungen für die Altersvorsorge

Mit jährlichen Ausgaben in Höhe von mittlerweile über 400 Mrd. Euro stellt die GRV den größten Zweig des deutschen Sozialversicherungssystems dar. Entsprechend groß muss der Beitrag sein, den Änderungen im Bereich der GRV und der gesamten Alterssicherung dazu leisten, die zukünftige Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen einzudämmen. Als Instrument der Altersvorsorge ist die GRV von der Alterung der Bevölkerung ganz unmittelbar betroffen. Um auf die damit verbundenen Herausforderungen angemessen reagieren zu können, ist an erster Stelle eine Rückbesinnung hilfreich, warum der Staat bei der Altersvorsorge überhaupt so massiv eingreift, wie dies in Deutschland und der Mehrzahl entwickelter Volkswirtschaften der Fall ist.

Altersvorsorge verstetigt die Einkommen im Alter und sichert einen Einkommensstrom unabhängig von der individuellen Lebenserwartung. Sie erfordert aber Entscheidungen über enorm lange Zeiträume und unter großen Unsicherheiten, die die Mehrzahl der Betroffenen überfordern würden: Weder können sie ihre Bedürfnisse im Alter einschätzen, noch kennen sie ihre Lebenserwartung oder die mit verschiedenen Arten der Vorsorge erzielbaren Erträge. Um sicherzustellen, dass alle im Rahmen ihrer Möglichkeiten angemessen für das Alter vorsorgen, schreibt der Staat ein gewisses Maß an Vorsorge verbindlich vor. Damit sorgt er auch dafür, dass Personen im Alter nicht bedürftig werden, bei denen dies mit rechtzeitiger Vorsorge vermeidbar ist. Umgekehrt sollte eine staatliche Pflichtvorsorge gewährleisten, dass ihre Mitglieder im Alter in der Regel nicht auf weitere staatliche Unterstützung angewiesen sind. Schließlich sollten staatlich gesetzte Rahmenbedingungen bei der Wahl der Vorsorgewege eine gewisse Streuung der Risiken erzeugen, die sich auf die Höhe der späteren Alterseinkommen auswirken, sowohl für Einzelne als auch auf volkswirtschaftlicher Ebene.

Für die Rolle des Staates bei der Altersvorsorge ist daher auch die Unterscheidung der beiden grundlegenden Finanzierungswege – im Umlage- oder im Kapitaldeckungsverfahren – zu beachten. Eine Umlagefinanzierung laufender Renten aus zeitgleich gezahlten Beiträgen aktiver Versicherter kann nur staatlich organisiert werden, gestützt auf Regeln, die jede neue Generation Erwerbstätiger zu Beitragszahlungen verpflichten und eine ständige Fortführung des Systems gewährleisten. Damit übernimmt der Staat aber zugleich Verantwortung für eine zweckgemäße Verwendung der Beiträge und für eine Begrenzung der Belastungen jüngerer Generationen. Diese Grundsatzüberlegungen sind bei Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GRV zu beachten (vgl. Abschnitt 4.1).

Kapitalgedeckte Altersvorsorge kann dagegen auch privatwirtschaftlich angeboten werden. Aufgabe des Staates ist es dann vor allem, Rahmenbedingungen für den Finanzsektor zu setzen, die Transparenz der angebotenen Vorsorgeprodukte herstellen, effizienten Wettbewerb verschiedener Anbieter ermöglichen und deren Zahlungsfähigkeit möglichst über lange Zeiträume sichern – jedoch auch einen wirksamen Insolvenzschutz vorsehen. Weiterhin müssen Vorsorgende in die Lage versetzt werden, komplexe Anlageentscheidungen informiert zu treffen. Dazu müssen relevante Informationen zugänglich gemacht werden und muss vor dem Hintergrund unterschiedlicher finanzieller Bildung auch über die Aufbereitung relevanter Informationen und begleitende Finanzbildungsmaßnahmen nachgedacht werden. Diese Überlegungen kommen bei den Empfehlungen zur ergänzenden, kapitalgedeckten Altersvorsorge zum Tragen (vgl. Abschnitt 4.3), die für die Weiterentwicklung des deutschen Alterssicherungssystems unverzichtbar ist.

Für ein Mehrsäulenmodell der Altersvorsorge spricht nicht nur, dass Umlageverfahren und Kapitaldeckung generell mit unterschiedlichen Risiken behaftet sind. Hinzu kommt, dass der demografische Wandel die Umlagefinanzierung von Renten, die an die Wohn- und Erwerbsbevölkerung eines Landes geknüpft ist, direkter und stärker beeinträchtigt als die Möglichkeiten zur kapitalgedeckten Vorsorge mit internationalen Anlageoptionen.

4.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Erster und wichtigster Baustein der Empfehlungen für Anpassungen der GRV an die Perspektive des demografischen Wandels ist eine Verlängerung der aktiven Lebensphase (vgl. Abschnitt 3.2). Die erforderlichen Regelungen sind in der Rentenversicherung zu treffen. Zu erwarten sind davon aber auch günstige Auswirkungen auf die Finanzen anderer Zweige der Sozialversicherung. Begleitende Maßnahmen, die die Versicherten zum längeren Erwerbsleben befähigen, reichen ebenfalls darüber hinaus. In der Rentenversicherung soll es weiterhin bei Rahmenbedingungen für eine flexible Wahl des individuellen Renteneintritts bleiben, mit der Möglichkeit vorzeitiger Renteneintritte oder einer längeren Erwerbstätigkeit. Eine wichtige Orientierungsgröße, sowohl für die rechtliche Rahmung als auch für individuelle Entscheidungen, stellt die Regelaltersgrenze der GRV dar, ab der die erworbenen Rentenanwartschaften ohne Ab- oder Zuschläge in Anspruch genommen werden können.

Anpassungen der Regelaltersgrenze sind eine wichtige Stellschraube der Rentenfinanzen, mit der vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die Beitragssatzentwicklung eingedämmt und zugleich dem Absinken des Rentenniveaus entgegengewirkt werden kann. Ohne solche Anpassungen würden im Rentenbudget rasch wachsende finanzielle Ungleichgewichte entstehen, wenn der Rentnerquotient in den nächsten Jahren und Jahrzehnten trendmäßig stark steigt (vgl. Kasten 2).

Kasten 2:

Stellschrauben für ein langfristiges Gleichgewicht der Rentenfinanzen

Wendet man die allgemeine Budgetgleichung aus Kasten 1 auf die GRV an, so werden aus den Beitragszahlern konkret die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (*SVB*), aus Leistungsbeziehern Rentner (*R*), und die Leistungen des Systems lassen sich mit den im Durchschnitt gewährten Renten (*r*) erfassen. Die weiteren Bestimmungsfaktoren der Einnahmen, nämlich die durchschnittlichen beitragspflichtigen (Brutto-)Löhne (*l*) und der jeweils geltende Beitragssatz (*b*), bleiben im Kern – abgesehen z. B. von unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen der verschiedenen Sozialversicherungszweige – unverändert. Das jährliche Budgetgleichgewicht wird daher nun unter dieser Bedingung erreicht:

$$b \cdot l \cdot SVB = r \cdot R$$

Bei der Suche nach Stellschrauben, mit denen sich das Budget ins Gleichgewicht bringen lässt, ist zu beachten, dass Renten als Lohnersatz im Alter gedacht sind. Ihr Niveau wird daher besser nicht an den Bruttolöhnen der aktiven Versicherten gemessen, die als Beitragsbemessungsgrundlage dienen, sondern an den Nettolöhnen: Wenn Demografie oder Arbeitsmarktentwicklung keine Ungleichgewichte erzeugen, können die Renten Jahr um Jahr im selben Maße erhöht werden, wie die verfügbaren Einkommen der Aktiven steigen. Kommt es im Rentenbudget dagegen, z. B. bei steigendem Rentnerquotienten (R/SVB), zu finanzieller Anspannung, bildet das Netto- und nicht das Bruttorentenniveau neben dem Beitragssatz eine der relevanten Stellschrauben.¹⁶

Nimmt man vereinfachend an, dass Rentenbeiträge die einzige Belastung der aktiven Versicherten darstellen (oder dass alle anderen Belastungen mit Einkommensteuern, Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für Rentner und aktive Versicherte gleich ausfallen), lässt sich das Nettorentenniveau (*NRN*) wie folgt definieren:

$$NRN = \frac{r}{(1-b)l}$$

Erweitert man die Bedingung für ein Budgetgleichgewicht entsprechend und löst sie nach dem Beitragssatz auf, erhält man für die zum Budgetausgleich

16 Gemessen an „nettolohnorientierten Rentenanpassungen“, die in der GRV seit 1992 in mehreren Varianten gesetzlicher Standard sind, beruhen die von 1957 bis 1991 geltenden „bruttolohnorientierten Anpassungen“ auf einem handwerklichen Fehler. Bei steigenden Bruttolöhnen und steigenden Beitragssätzen der GRV erhöhen sie das Nettorentenniveau und belasten die Aktiven damit über Gebühr. In unrealistischen Extremfällen können sie Beitragssätze von über 100 Prozent erforderlich machen. Bei Nettolohnanpassungen konvergieren die Beitragssätze unter extremen Bedingungen gegen 100 Prozent, bleiben also immerhin im Bereich des rechnerisch Zulässigen.

notwendigen Anpassungen des Beitragssatzes bei variierendem Rentnerquotienten die Formel:

$$b = \frac{NRN \cdot R / SVB}{1 + NRN \cdot R / SVB}$$

Sie lässt sich äquivalent auch zu $NRN = b / ((1 - b) R / SVB)$ umformen, um die alternativ dazu nötigen Änderungen des Rentenniveaus zu bestimmen. Schließlich lässt sich im Rentensystem – anders als bei der Absicherung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit – auch das zahlenmäßige Verhältnis von Leistungsbeziehern zu Beitragszahlern, R / SVB , steuern. Zentrale Stellschraube hierfür ist die Regelaltersgrenze, die für Übertritte aktiver Versicherter in den Rentnerstatus maßgeblich ist.

Wenn sich die jährlichen Rentenanpassungen an der Entwicklung der Nettolöhne orientieren (und dabei zumindest die Belastung aktiver Versicherter mit Rentenbeiträgen beachtet wird), ergibt sich bezüglich der Effekte des demografischen Wandels für die Rentenfinanzen bereits ein erster – allerdings schwacher – Selbststabilisierungsmechanismus. Steigende Beitragssätze dämpfen dann automatisch die Rentenanpassungen, das Nettorentenniveau bleibt dagegen konstant. Welche der existierenden Stellschrauben sich nötigenfalls für darüber hinausgehende Anpassungen anbieten, hängt u.a. von den Ursachen ab, die das Rentenbudget ins Ungleichgewicht bringen.

So führt eine zunehmende Lebenserwartung der Rentner zu einem laufenden Anstieg des Rentnerquotienten, der sich durch Anhebungen der Regelaltersgrenze jeweils zeitnah vollständig ausgleichen lässt – bei stabilem Nettorentenniveau und konstantem Beitragssatz. Dazu muss die Regelaltersgrenze so angepasst werden, dass sich aktive Lebensphase und Ruhestandsphase jeweils (proportional) gleichmäßig verlängern. Wenn sich das tatsächliche Renteneintrittsverhalten voll an die geänderte Altersgrenze anpasst, bleibt der Rentnerquotient trotz steigender Lebenserwartung konstant. Das Budgetgleichgewicht lässt sich dann ohne sonstige Anpassungen wahren.

Der Anstieg des Rentnerquotienten, der in Deutschland infolge des demografischen Wandels zu erwarten ist, geht allerdings nicht allein auf eine ständig steigende Lebenserwartung zurück. Die für die nächsten 20 Jahre absehbare Entwicklung resultiert vielmehr auch – sogar überwiegend – aus dem Auf und Ab der Geburtenzahlen in den 1950er- bis 1970er-Jahren. Der am Ende resultierende Rückgang der Geburtenzahlen auf ein anhaltend niedrigeres Niveau löst beim Rentnerquotienten einen langfristigen Anstieg aus, der erst 60 bis 80 Jahre später ausläuft, bei grundlegend veränderter demografischer Struktur. Während dieser Übergangsphase herrscht im Rentenbudget im Grunde ein ständiges Ungleichgewicht, das sich verschärft, wenn die letzten geburtenstärkeren Jahrgänge das Rentenalter

erreichen.¹⁷ Für die Steuerung der Rentenfinanzen in dieser Phase gibt es in gängigen Umlagerentensystemen keine so einfache, zugleich ursachengemäße Stellschraube wie für die steigende Lebenserwartung.

Bewältigen lässt sich der erforderliche langfristige Anpassungsprozess am ehesten, indem man mehrere Stellschrauben zugleich nutzt, insbesondere den Beitragsatz *und* das Nettorentenniveau, eventuell auch nochmals das Rentenalter, und damit die entstehenden Lasten teilt. Wie stark an den einzelnen Stellschrauben gedreht wird, bestimmt dabei auch, wie ein neues stabiles Gleichgewicht aussieht, das erst am Ende des Anpassungsprozesses erreicht wird – bei hohem Beitragsatz und hohen Renten, bei niedrigem Beitragsatz und niedrigen Renten oder zwischen solchen Extremen.

Während der Beitragssatz zuvor die einzige Stellschraube für die Rentenfinanzen darstellte, wird für die jährlichen Rentenanpassungen in Deutschland seit 2005 eine Formel verwendet, die mit dem „Nachhaltigkeitsfaktor“ einen weiteren Selbststabilisierungsmechanismus enthält. Dieser Mechanismus knüpft direkt an die demografisch bedingte Anspannung im Rentensystem an. Er regelt die Aufteilung der daraus resultierenden Lasten auf aktive Versicherte und Rentner, indem er sowohl die Beitragssätze als auch das Nettorentenniveau anpasst.¹⁸ Nach geltendem Recht erfolgt diese Aufteilung bisher im Verhältnis $\frac{3}{4}$ zu $\frac{1}{4}$, sie belastet die Beschäftigten also stärker als die Rentner.

Verlängerung der aktiven Lebensphase

Die Effekte einer steigenden Lebenserwartung für die Rentenfinanzen lassen sich mithilfe einer darauf abgestimmten Heraufsetzung der Regelaltersgrenze vollständig neutralisieren, sodass Beitragssatz und Nettorentenniveau der GRV unverändert bleiben könnten (vgl. erneut Kasten 2).

17 Im Vergleich zum Geburtenrückgang spielt der vorangegangene Babyboom, der in Deutschland relativ spät auftrat und nur schwach ausgeprägt war, für den Verlauf dieses Prozesses eine untergeordnete Rolle. Er beschleunigt den Anstieg des Rentnerquotienten in naher Zukunft, verursacht ihn aber nicht.

18 Die derzeit gültige Rentenanpassungsformel, mit der der sog. „aktuelle Rentenwert“ (*ARW*) für ein neues Jahr aus dem aktuellen Rentenwert für das Vorjahr berechnet wird, lautet:

$$ARW_t = ARW_{t-1} \cdot \frac{BE_{t-1} \cdot (1 - AVA_{t-1} - RVB_{t-1})}{BE_{t-2} \cdot (1 - AVA_{t-2} - RVB_{t-2})} \cdot \left(1 - \alpha \left(\frac{\dot{ARQ}_{t-1}}{\dot{ARQ}_{t-2}} - 1 \right) \right)$$

Dabei stehen *BE* für die Bruttoentgelte der aktiven Versicherten, *RVB* für den Rentenversicherungsbeitrag, *AVA* für sonstige Altersvorsorgeaufwendungen der aktiven Versicherten („Riester-Sparquote“) und \dot{ARQ} für den Äquivalenz-Rentnerquotienten (vgl. Fußnote 12). Aus Gründen der Datenverfügbarkeit werden Änderungen aller dieser Größen mit einjähriger Verzögerung auf die Rentenanpassungen übertragen. Der Term in Klammern ist der im Text angesprochene „Nachhaltigkeitsfaktor“; der darin enthaltene Parameter, der die Effekte von Änderungen des Äquivalenz-Rentnerquotienten auf Rentner (durch gedämpfte Rentenanpassungen) und Aktive (durch höhere Beitragssätze) aufteilt, beträgt derzeit 0,25.

Dazu müssten aktive Lebensphase und erwartete Rentenlaufzeit bei zunehmender Lebenserwartung immer im Verhältnis 2:1 verlängert werden.¹⁹ Bei einem Anstieg der Lebenserwartung um ein Jahr müsste die Regelaltersgrenze demnach um acht Monate heraufgesetzt werden, der anschließende Ruhestand würde sich dann im Mittel um vier Monate verlängern. Grundlage für diese Regel ist die Tatsache, dass die Erwerbsphase aktiver Versicherter vor Eintritt in eine Altersrente derzeit im Durchschnitt knapp 40 Jahre dauert, während die durchschnittliche Bezugszeit von Altersrenten zuletzt 20 Jahre erreicht hat.²⁰ Wenn sich beide Phasen bei steigender Lebenserwartung gemäß der 2:1-Regel verlängern, bleibt ihre relative Dauer unverändert, sodass das Rentenbudget nicht beeinflusst wird.

Im Zeitraum bis 2040 geht der erwartete Anstieg des Rentnerquotienten aber auch auf den Babyboom der 1950er- und 1960er-Jahre und vor allem auf den starken Geburtenrückgang der 1970er-Jahre zurück. Für eine Dämpfung des absehbaren Anstiegs der Beitragssätze und für eine faire Lastverteilung zwischen Rentnern und Aktiven reicht die 2:1-Regel daher nicht aus. Vielmehr sind dazu stärkere Anpassungen des Rentenalters – und eine Kombination mit weiteren Maßnahmen innerhalb und außerhalb der GRV – nötig. Nach dem starken Anstieg der Rentenbezugsdauer in der Vergangenheit ist das Verhältnis von Erwerbs- und Rentenphase aktuell günstiger, als sich in den nächsten 20 Jahren durchhalten lässt. Aus den Daten der Rentenversicherung lässt sich statt der 2:1-Regel auch eine 3:1-Regel für die Aufteilung der zusätzlichen Lebensjahre auf die beiden Phasen begründen. Dies entspricht einer langsamen Rückkehr zu Gegebenheiten Ende der 1970er-Jahre. Eine Anpassung nach der **3:1-Regel** bedeutet, dass bei einem Anstieg der Lebenserwartung um ein Jahr die Regelaltersgrenze um neun Monate anzuheben ist. Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer würde sich somit trotzdem weiter verlängern.

Bestenfalls, um die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze umzusetzen, ist eine **automatische Regelbindung**, geknüpft an beobachtete Änderungen der Lebenserwartung, die das Statistische Bundesamt regelmäßig feststellt. Eine solche Regelbindung schafft eine verlässliche Leitlinie. Sie ist transparent, erlaubt es aber zugleich, auf Unsicherheiten über den zukünftigen Anstieg der Lebenserwartung flexibel zu reagieren: Wenn die Lebenserwartung bis 2040 und darüber hinaus nicht so stark steigt wie derzeit erwartet, erhöht sich auch die Regelaltersgrenze weniger stark.

19 In dieser Form wurde eine solche Regel zuerst von Börsch-Supan (2007) vorgeschlagen; vgl. dazu bereits Weizsäcker und Werding (2002) sowie mittlerweile auch Deutsche Bundesbank (2008) und Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011, Tz. 320–323).

20 Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2024a), Kapitel „Rentenzugang“ und „Rentenwegfall“. Nach den dortigen Angaben schwankte die durchschnittliche Anzahl der Versicherungsjahre für Altersrentner (Männer und Frauen) von 1960 bis Mitte der 1970er-Jahre um 35 Jahre; in den 1980er-Jahren fiel sie auf unter 30 Jahre, ist seither aber wieder recht kontinuierlich auf zuletzt (2023) 39,3 Jahre gestiegen. Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer bei Altersrentnern (Männer und Frauen) hat sich seit 1960 dagegen durchgängig erhöht, von anfangs rund zehn Jahren auf zuletzt (2023) 20,5 Jahre. Diese Zahlen ergeben sich aus jährlichen Querschnittsdaten. Sie beziehen sich für ein gegebenes Jahr daher auf unterschiedliche Alterskohorten. Gleichzeitig reflektieren sie aber aktuelle Gegebenheiten, an denen aktive Versicherte und Rentner ihre Erwartungen und Pläne ausrichten.

Kleinere Unsicherheiten müssen dabei allerdings in Kauf genommen werden, weil die jeweils gültige Altersgrenze stets einige – z.B. fünf – Jahre im Voraus auf Basis der dann vorliegenden Daten definitiv festgelegt werden sollte. Dies ist sinnvoll, um den Versicherten und ihren Arbeitgebern Planungssicherheit zu geben, und auch notwendig, weil die Anhebung der Regelaltersgrenze Auswirkungen auf die Höhe vorgezogener Altersrenten hat. Auch sollte man den relevanten Anstieg auf Basis mehrjähriger Durchschnittswerte ermitteln, um die Entwicklung in Bezug auf kurzfristige Schwankungen zu glätten. Mit einer angemessen gestalteten, langfristig gültigen Regelbindung vermeidet man in jedem Fall, alle paar Jahre neue politische Diskussionen über die nächsten Schritte zu führen und bei unerwarteten Entwicklungen ständig nachsteuern zu müssen.

Die Kommission empfiehlt daher, eine gesetzliche Regel zu schaffen, nach der die Regelaltersgrenze der GRV bei steigender Lebenserwartung jeweils um drei Viertel („3:1“) der zusätzlich erwarteten Lebenszeit erhöht wird. Nach aktuellen Vorausschätzungen der zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung entsprechen – ausgehend von der Regelaltersgrenze bei 67 Jahren, die 2031 erreicht wird – weitere Anhebungen um 1,2 Monate pro Jahr der 3:1-Regel.²¹ Selbst dies wird allein zwar nicht ausreichen, den Beitragssatz der GRV zu stabilisieren, es kann aber einen nennenswerten Beitrag dazu leisten.

Als 2007 die derzeit laufende Heraufsetzung der Regelaltersgrenze beschlossen wurde, zählte Deutschland damit international zu den Vorreitern. Mittlerweile wurde es aber von einer Reihe anderer Länder überholt, die das gesetzliche Rentenalter trotz eines weniger ausgeprägten demografischen Wandels schneller und teilweise sogar stärker anheben. Dazu zählen z.B. Dänemark (Altersgrenze: 67 Jahre seit 1. Januar 2024, wird stufenweise bis 2035 auf 69 Jahre angehoben) oder die Niederlande (67 Jahre seit 2024), wobei ein vorzeitiger Bezug der dort gewährten Grundrenten in den Niederlanden überdies ausgeschlossen ist. Auch die hier empfohlene Einführung einer gesetzlichen Regelbindung der Altersgrenze an die Lebenserwartung existiert mittlerweile in einigen Ländern, etwa ebenfalls in Dänemark und den Niederlanden sowie in Estland.²²

In Deutschland wurden in der Vergangenheit immer wieder massive Zweifel geäußert, dass ältere Arbeitnehmer – mit Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand und angesichts der allgemeinen Arbeitsmarktlage – überhaupt in der Lage seien, ihre aktive Lebensphase zu verlängern. Dies galt bei der Ende der 1990er-Jahre eingeleiteten

21 Basis dieser Einschätzung sind Mittelwerte der Lebenserwartungsannahmen „L2“ und „L3“ (für Männer und Frauen) aus der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2022). Die Regelaltersgrenze würde 2040 demnach knapp 68 Jahre erreichen und bis 2050 auf rund 69 Jahre, bis 2060 weiter auf rund 70 Jahre steigen – dann bei einer mittleren Lebenserwartung von rund 86 Jahren (gut 84 Jahre für Männer, 88 Jahre für Frauen).

22 Die Angaben sind vergleichenden Übersichten des EU-Informationssystems MISSOC (2024) entnommen.

Angleichung der Altersgrenzen für alle Arten von Altersrenten bei 65 Jahren und mehr noch bei der 2012 angelaufenen Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre.

Daten zur Entwicklung der Erwerbsbeteiligung von Personen im fortgeschrittenen Erwerbsalter sprechen dazu eine deutliche Sprache: Die Erwerbstätigenquote der 60- bis 64-Jährigen hat sich zwischen 2000 und 2023 von 19,2 Prozent auf 65,3 Prozent erhöht. Der Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter ist in diesem Zeitraum ebenfalls deutlich gestiegen, von 11,0 Prozent auf 51,1 Prozent.²³

Diese Entwicklungen, die sich phasenweise unter durchaus ungünstigen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt vollzogen haben, wären vorab kaum für möglich gehalten worden. Rückblickend haben sie dagegen klar dazu beigetragen, dass sich die GRV-Beitragsätze und auch das Rentenniveau in den letzten Jahren günstiger entwickelt haben, als noch vor 15 Jahren erwartet wurde. Gleichzeitig zeigt sich, dass von den Möglichkeiten, den Renteneintritt innerhalb des gesetzlich bestimmten Rahmens frei zu wählen, weithin Gebrauch gemacht wird. Die Differenz zwischen Erwerbsquoten und Anteilen sozialversicherungspflichtig Beschäftigter deutet zugleich darauf hin, dass u.a. zahlreiche Ältere in verschiedener Form aktiv bleiben. Wichtig ist daher auch, welche Rahmenbedingungen für individuelle Wahlmöglichkeiten und **flexible Renteneintritte** in Zukunft angeboten werden – vor oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze, jedoch ohne dass daraus Belastungen für andere Versicherte entstehen.

Flexible Renteneintritte und korrekte Abschläge

Wer ein Jahr vor der Regelaltersgrenze in Rente geht, verzichtet darauf, seine Rentenansprüche durch weitere Beiträge zu steigern. Gleichzeitig erhält er die bereits erworbenen Rentenansprüche ein Jahr länger ausgezahlt, als die Regelaltersgrenze als Orientierungswert vorsieht. Für diesen Fall sind daher Rentenabschläge vorgesehen, die dafür sorgen sollen, dass die individuell erworbenen Rentenansprüche (mit konstantem Barwert) der verlängerten Rentenlaufzeit angepasst werden. Ohne korrekte Abschläge würden Rentner mit vorzeitigem Renteneintritt insgesamt höhere Renten erhalten als Personen mit normalem Rentenbeginn. Dies ginge auf Kosten der Beitragszahler und aller anderen Rentner – deren Renten fallen nämlich geringer aus, weil die laufenden Rentenanpassungen wegen höherer Rentenausgaben gedämpft werden. Umgekehrt erwerben Personen, die über die Regelaltersgrenze hinaus sozialversicherungspflichtig beschäftigt bleiben, durch zusätzliche Beiträge höhere Rentenansprüche. Die Laufzeit der Ansprüche, die sie bereits bei Erreichen der Regelaltersgrenze erworben haben, verkürzt sich jedoch. Hierfür erhalten sie Rentenzuschläge, die die erworbenen Ansprüche ebenfalls auf die veränderte Laufzeit umschichten.

²³ Diese Angaben sind dem Rentenversicherungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2024a) entnommen.

Rentenabschläge und Rentenzuschläge aufgrund des individuellen Renteneintritts sind also keine Bestrafung bzw. Belohnung. Sie sorgen nur dafür, dass jedem genau die individuell erworbenen Rentenansprüche ausgezahlt werden. Wer über einen vorzeitigen Renteneintritt nachdenkt, muss sich daher ernsthaft fragen, ob die bereits erreichten Ansprüche für die geplante längere Rentenlaufzeit ausreichen. Allerdings sind die in Deutschland geltenden Rentenabschläge (von 3,6 Prozent der regulär bemessenen Rente für jedes Jahr eines vorzeitigen Renteneintritts) und auch die Zuschläge (von 6 Prozent für jedes Jahr eines aufgeschobenen Renteneintritts) zu niedrig, um die hier beschriebene Funktion voll zu erfüllen (vgl. etwa Börsch-Supan 2004; Werding 2007; Gasche 2012 oder OECD 2017, Annex 2.A1).²⁴ Vielmehr erzeugen sie immer noch Anreize für einen vorzeitigen und Argumente gegen einen aufgeschobenen Rentenbeginn. Dies trägt dazu bei, dass reguläre Weiterbeschäftigung nach Erreichen der Regelaltersgrenze in Deutschland trotz der stark gestiegenen Erwerbsbeteiligung Älterer immer noch selten ist.

Korrekte Rentenabschläge für Renteneintritte vor der Regelaltersgrenze, die jedem die individuell erworbenen Rentenansprüche sichern, aber ausschließen, dass andere Versicherte belastet werden, müssten – internationalen Vorbildern folgend – zwischen 5 Prozent und 7 Prozent pro Jahr liegen, wie etwa in der Schweiz und einigen EU-Staaten, u.a. Österreich.²⁵ Auch die Zuschläge für Renteneintritte nach der Regelaltersgrenze müssten entsprechend höher ausfallen. Um sicherzustellen, dass die Einführung automatischer, regelgebundener Anpassungen der Regelaltersgrenze bei individuellen Renteneintrittsentscheidungen voll beachtet wird, wird hier daher empfohlen, parallel dazu höhere Rentenabschläge und -zuschläge einzuführen, die anreizneutral für Rentner und belastungsneutral für alle anderen Versicherten sind.

Differenzierung der Abschläge?

Allgemein geltende Vorschriften zur Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und zur Erhöhung der Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt führen allerdings zu Problemen, wenn die Lebenserwartung und damit auch die erwartete Rentenlaufzeit Versicherter variieren – und zwar nicht nur zufällig, wie dies bei jeder Versicherung vorkommt, sondern systematisch. Eine wachsende Zahl von Studien zeigt, dass sich die Lebenserwartung nach Einkommensschichten, unter Umständen sogar deutlich, unterscheidet.²⁶ Vertiefende Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Ursachen für solche Unterschiede nicht im Einkommen liegen, sondern eher im Bereich der individuellen

24 In der deutschsprachigen Literatur wird dazu, vor allem seitens der Verteidiger der geltenden Regelung, eine Diskussion über verschiedene Neutralitätskonzepte geführt (vor allem Anreizneutralität für potenzielle Frührentner, Budget- bzw. Beitragssatzneutralität für das Rentensystem oder Belastungsneutralität für andere Versicherte; vgl. Sozialbeirat 2007, S. 9–11; Clemens 2007), die international ohne Parallelen und weitgehend fruchtlos ist. Entscheidend ist, dass Anreiz- und Belastungsneutralität bei genauem Hinsehen praktisch übereinstimmen.

25 Vgl. dazu Übersichten im EU-Informationssystem MISSOC (2024).

26 Für Befunde dazu für Deutschland vgl. bereits Breyer und Hupfeld (2010) sowie zuletzt Haan et al. (2019). Einen internationalen Überblick über solche Unterschiede in der Lebenserwartung bietet OECD (2018, Kapitel 6).

Bildung zu suchen sind,²⁷ die stark mit dem Einkommen korreliert. Gleichzeitig weisen Personen mit niedrigem Einkommen tendenziell längere Erwerbsphasen auf, wiederum u.a. wegen kürzerer Bildungsphasen. Angesichts dessen können einheitliche Regeln für Rentenalter und Abschläge, die zusammengenommen auf breiter Basis zu einer Verlängerung der aktiven Lebensphase führen sollen, effektiv Ungleichheiten und unbillige Härten erzeugen. Letztlich entsprechen sie auch nicht der Idee einer korrekten Risikoversicherung für die jeweilige Lebenserwartung.

Auf den ersten Blick könnte die 2014 eingeführte „Rente ab 63“, bei der Versicherte nach 45 Versicherungsjahren bereits mit 63 Jahren (bzw. nach Anpassungen, die der derzeit laufenden Heraufsetzung der Regelaltersgrenze folgen, ab 2031 mit 65 Jahren) ohne Abschläge in Rente gehen können, als mögliche Lösung für solche Probleme erscheinen. Genau genommen sollte dabei allerdings auch die Anzahl der erforderlichen Versicherungsjahre dynamisiert, das heißt mit der Zeit auf 47 Jahre (bei weiterer Anhebung der Regelaltersgrenze noch weiter) heraufgesetzt werden.²⁸ Vor allem zeigt sich aber, dass diese Regelung, die in den letzten Jahren stark in Anspruch genommen wurde – in den Jahren 2020 bis 2023 von insgesamt 1,1 Mio. Rentnerinnen und Rentnern bzw. von rund 30 Prozent aller Altersrentenzugänge –, gerade nicht für mögliche „Härtefälle“ gilt. Die Renten der Begünstigten liegen im Durchschnitt um mehr als die Hälfte über denen aller anderen Bezieher von Altersrenten; auch gibt es Anzeichen, dass ihr Gesundheitszustand und damit ihre Lebenserwartung eher über- als unterdurchschnittlich sind und ihre berufliche Belastung im Durchschnitt geringer war als die anderer Rentner²⁹. Eine lange aktive Versicherungszeit allein ist offensichtlich kein brauchbarer Indikator für eine angemessene Lösung. Vielmehr sollte die Möglichkeit, abschlagsfrei vorzeitig Renten zu beziehen, im Zuge der erforderlichen Reformen der Regelungen zum Renteneintritt wieder abgeschafft werden.

Verlängerungen der aktiven Lebensphase bilden ein zentrales Element der hier vorgelegten Reformempfehlungen, um das finanzielle Gleichgewicht der GRV ohne starken Anstieg der Beitragssätze zu wahren. Umso bedeutsamer wird die Frage nach Möglichkeiten, auch die hier betrachteten Unterschiede in der Lebenserwartung zu berücksichtigen. Zu prüfen ist, ob und, wenn ja, wie sich bei der Neuregelung der Rentenzugangsmöglichkeiten Differenzierungen vornehmen lassen, die ausreichend zielgenau sind, um die vorgeschlagene deutliche Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und die Anhebung der Abschlagssätze ohne unverträgliche Härten umsetzen zu können (vgl. Kasten 3).

27 Vgl. dazu etwa Lutz und Kebede (2018) mit Analysen auf Basis internationaler Daten.

28 Dies gilt ganz generell für die Definition des „Standardrentners“, nicht nur im Hinblick auf die Bedingungen für die „Rente ab 63“.

29 Die angegebenen Zahlen sind Deutsche Rentenversicherung (2024a), Kapitel „Rentenzugang“ und „Rentenbestand“, entnommen bzw. ergeben sich aus daraus vorgenommenen eigenen Berechnungen; Analysen weiterer Merkmale „besonders langjährig Versicherte“ bieten Börsch-Supan et al. (2021) und DIW (2024).

Kasten 3:

Ansätze für eine Differenzierung der Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt

Hinter der Beobachtung, dass individuelle Lebenserwartungen mit dem Einkommen variieren und für Bezieher dauerhaft niedriger Einkommen geringer ausfallen als für Bezieher hoher Einkommen, werden kausale Zusammenhänge mit dem Bildungsstand und mit dem davon beeinflussten Gesundheitsbewusstsein vermutet. Wenn die Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung groß sind, kann eine stabile, statistisch signifikante und einen ausreichenden Teil der Varianz erklärende Beziehung zu Indikatoren für eine der hier betrachteten Größen – Lebens-einkommen, Bildung oder Gesundheit – als Grundlage herangezogen werden, um daran eine Differenzierung der Abschläge für vorzeitige Rentenzugänge (und auch der Zuschläge für spätere Rentenzugänge) zu knüpfen, die systematische Unterschiede des individuellen Lebenserwartungsrisikos berücksichtigt.³⁰

Zu suchen wären dabei zunächst Indikatoren, die auf Basis der individuellen Rentenansprüche möglichst klar anzeigen, dass Versicherte dauerhaft niedrige Einkommen erzielt und nicht nur eine kurze Versicherungszeit erreicht haben, oder aussagekräftige Indikatoren für den erreichten Bildungsstand oder den Gesundheitsstatus bei Renteneintritt. Zugleich müssten solche Indikatoren in den Prozessdaten der GRV leicht messbar sein, damit die Rentenversicherung in der Lage ist, die angestrebte Differenzierung möglichst ohne zusätzliche Erhebungen oder zusätzlichen Verwaltungsaufwand umzusetzen.³¹ Da vorzeitige Renteneintritte – außer im Fall einer Schwerbehinderung – eine Mindestversicherungszeit von 35 Jahren voraussetzen, ist gewährleistet, dass der Beobachtungszeitraum zur Abschätzung des Lebenseinkommens relativ lang ist. Bei kurzer Versicherungszeit könnten sich dagegen Verzerrungen ergeben, etwa wenn in der GRV nur Ausbildungs- und frühe Erwerbsjahre erfasst sind und die Versicherten später – mit anderweitiger Alterssicherung – deutlich höhere Einkommen erzielt haben. Für eine Absenkung der Rentenabschläge könnte man die erforderliche Versicherungszeit auch auf 45 Jahre ausdehnen (und mit der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze weiter verlängern).³² Dies birgt aber das Risiko, dass die Regelung echte Problemfälle, etwa wegen

-
- 30 Für Überlegungen zu einem alternativen Ansatz, bei dem Versicherte beim Renteneintritt ein – für Personen mit geringerer Lebenserwartung vorteilhaftes – Wahlrecht zugunsten einer etwas großzügigeren Bemessung ihrer Rente erhalten, die anschließend (wie etwa in Österreich) nur mit der Inflationsrate steigt, vgl. Richter und Werding (2020).
- 31 Daten, die von der GRV in ihren Versichertenkonten standardmäßig erfasst werden, enthalten rudimentäre Angaben zu Bildung (Dauer der Bildungszeiten) und Gesundheit (Rehabilitationsmaßnahmen, falls diese erforderlich werden und von der GRV finanziert werden). Auch das Einkommen Versicherter ist der GRV nur bekannt, soweit es sich um beitragspflichtige Arbeitsentgelte handelt.
- 32 Dass der Status als „besonders langjährig Versicherter“ allein – ohne Einkommensprüfung – für eine solche Differenzierung nicht ausreicht, ergibt sich aus den zuvor genannten Befunden für Renten und Gesundheitszustand dieser Personengruppe.

frühzeitiger gesundheitlicher Probleme, ausschließt. In jedem Fall stellt eine lange Versicherungszeit aber automatisch eine weitere Bedingung für die Reduktion der Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt dar.

Als Indikator für niedrige Lebenseinkommen bietet sich die Zahl der von jedem Versicherten im Durchschnitt erzielten Entgeltpunkte je Versicherungs- oder je Beitragsjahr an. Eine Schwäche dieses Indikators ist, dass damit nicht zwischen echten Niedriglöhnen und Effekten einer Teilzeitbeschäftigung unterschieden werden kann, weil die zugrunde liegende Arbeitszeit in den Rentenkonten Versicherter bisher nicht vermerkt ist. Alternativ oder ergänzend dazu könnte man die Dauer der individuellen Ausbildung heranziehen, die in vielen zeitgenössischen Mikrodatenanalysen als „years of schooling“ den zentralen Bildungsindikator darstellt. Auch hier wäre zu fragen, wie trennscharf ein solches Kriterium ist. Effektiv hängt dies auch davon ab, welche Schwellenwerte gesetzt werden, unterhalb derer verringerte Abschläge zum Tragen kommen sollen.

Die hier skizzierten Überlegungen zielen auf differenzierte Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt, nicht auf eine direkte Differenzierung der jeweils maßgeblichen Altersgrenzen. Dies ist zum einen eine Frage der Transparenz: Einheitliche Altersgrenzen bieten eine klarere Orientierung für alle. Zudem sollen auch für Personen mit niedrigem Einkommen und niedrigen Qualifikationen Anreize erhalten bleiben, die eigene Erwerbsfähigkeit und Gesundheit zu verbessern und die aktive Lebensphase zu verlängern. Sonst würden diese Anreize genau bei derjenigen Gruppe am stärksten geschwächt, wo sie am meisten erreichen können. Den Betroffenen abschlagsfrei frühere Renteneintritte zu ermöglichen, hieße umgekehrt, ihre im Durchschnitt geringere Lebenserwartung als unveränderlich zu akzeptieren und sie in Bezug auf die nötigen Verhaltensänderungen abzuschreiben.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint z.B. folgende Lösung als diskussionswürdig: Die **Erhöhung der Abschläge** für vorzeitig gewährte Renten wird – eventuell nur für „besonders langjährig“ Versicherte mit 45 und mehr Versicherungsjahren – nach der Zahl der erzielten Entgeltpunkte je Beitrags- oder Versicherungsjahr **differenziert** (vgl. erneut Kasten 3; einen ähnlichen Vorschlag machen Breyer und Hupfeld 2010). So könnten die bisherigen, im Normalfall zu niedrigen Abschläge von 3,6 Prozent pro Jahr unverändert bleiben, wenn der Entgeltpunkt-Indikator unter 0,5 (50 Prozent des Durchschnittsentgelts aller aktiven Versicherten) liegt. Bei 1,0 (Durchschnittsentgelt) sollten dagegen korrekte Abschläge erreicht werden, die bei etwa 6 Prozent pro Jahr liegen. Dazwischen könnten die Abschläge 4,8 Prozent pro Jahr betragen. Eine kurze Dauer der Ausbildungszeit bzw. ein früher Eintritt ins Erwerbsleben könnte als zusätzliches

Kriterium gelten. Die jeweils geltende Regelaltersgrenze sowie die Möglichkeiten zu flexiblen Renteneintritten vor oder nach dieser Grenze bleiben dabei unberührt.³³

Nach einer Neuregelung der Regelaltersgrenze und einer Neuordnung der Bestimmungen für vorzeitige Renteneintritte lassen sich auch die Rahmenbedingungen für eine fortgesetzte Erwerbstätigkeit verbessern. Wenn diese zu einem späteren Rentenbeginn führen, sollten dafür höhere Rentenzuschläge gewährt werden als bisher.

Nachhaltigkeitsfaktor verstärken

Um zu verhindern, dass die Beitragssätze der GRV und der anderen Sozialversicherungszweige langfristig so stark ansteigen, wie aktuelle Projektionen anzeigen (vgl. Abschnitt 2.3), werden die bereits genannten Reformschritte allerdings nicht ausreichen. Als einzige weitere große Stellschraube verbleibt im Rentenbudget – neben den Beitragssätzen und dem Rentenalter – das Rentenniveau, dessen Anpassung zugleich eine Frage der Lastverteilung zwischen Rentenbeziehern und Beitragszahlern ist (vgl. Kasten 2). Im Zusammenspiel mit dem „Nachhaltigkeitsfaktor“ in der Rentenanpassungsformel erhöht die empfohlene Heraufsetzung des Rentenalters das Rentenniveau – oder lässt es zumindest weniger stark sinken. Dies wird noch deutlicher, wenn die Definition des „(Standard-)Rentenniveaus“ laufend an die steigende Regelaltersgrenze angepasst wird (und 2031 dann z. B. auf 47 Beitragsjahren beruht statt wie bisher auf konstant 45 Jahren). Zusätzlich zu Reformen innerhalb der GRV sollte außerdem die ergänzende, kapitalgedeckte Altersvorsorge verbreitert und gestärkt werden (vgl. Abschnitt 4.3).

In Verbindung mit diesen Schritten können die regelmäßigen Rentenanpassungen und damit das Rentenniveau in Zukunft stärker gedämpft werden als nach dem geltenden Recht. Eine weitere Empfehlung der Kommission ist daher, den **Nachhaltigkeitsfaktor zu verstärken**, indem der Parameter α in der Rentenanpassungsformel von 0,25 auf 0,5 erhöht wird (vgl. Fußnote 18). Wenn der (Äquivalenz-)Rentnerquotient ansteigt, werden die Effekte dann gleichmäßig auf Beitragssätze und Nettorentenniveau verteilt und tragen somit stärker als bisher dazu bei, die zukünftige Beitragsentwicklung zu dämpfen. Im Übrigen sollte an der geltenden Rentenanpassungsformel möglichst exakt festgehalten werden.

Weitere Schritte zur Neuordnung der Rentenfinanzen

Neben diesen Anpassungen der zentralen Stellschrauben der Rentenfinanzen gibt es nur noch begrenzte Möglichkeiten, die finanzielle Lage des gesetzlichen Rentensystems im Kontext des demografischen Wandels nachhaltig zu verbessern. **Nicht**

³³ Damit die Regelungen für die Versicherten transparent und einschätzbar bleiben, könnten Angaben zu den durchschnittlich erworbenen Entgeltpunkten und der davon bestimmten Höhe der Rentenabschläge in die „Rentenauskunft“ aufgenommen werden, die die Rentenversicherungsträger den Versicherten im Alter ab 55 Jahren regelmäßig zuschicken.

beitragsgedeckte, traditionell als „versicherungsfremd“ angesehene **Leistungen** der GRV werden mittlerweile – anders als in den 1980er- und 1990er-Jahren – zwar weitgehend durch Zuschüsse aus Haushaltsmitteln des Bundes finanziert. In jüngeren Berechnungen wird aber eine neue, erweiterte Abgrenzung vorgeschlagen,³⁴ nach der für einen vollen Ausgleich zuletzt (2023) rund 40 Mrd. Euro fehlen – bei Bundeszuschüssen an die GRV in Höhe von rund 84 Mrd. Euro und einem Gesamtbetrag aller Bundesmittel, die der Rentenversicherung zufließen, von rund 112 Mrd. Euro.

Bei einer Deckung der Finanzierungslücke aus höheren Bundesmitteln könnte die gesamte Finanzierung von Erziehungsleistungen der GRV umgestellt werden, von der Übernahme der Beiträge für solche Zeiten zu einer Erstattung der daraus resultierenden Rentenausgaben. Die Zeit dafür ist günstig, weil die entsprechenden Beträge momentan annähernd gleich hoch sind, wobei die Ausgaben in Zukunft aber stärker steigen werden als die rechnerisch fälligen Beiträge. Auch dies belastet die Rentenfinanzen just in der Phase, in der der demografische Wandel akut wird.

Komponenten der erweiterten Abgrenzung nicht beitragsgedeckter Leistungen der GRV sind die Höherwertung der Ost-Entgelte und Teile der Witwen-, Witwer- und Waisenrenten.³⁵ Was genau die in der GRV abgesicherten Lebensrisiken sind und wo „versicherungsfremde“ Umverteilung beginnt, lässt sich nicht exakt abgrenzen. Auch deshalb wird bei der erweiterten Abgrenzung nun allgemeiner von „nicht beitragsgedeckten“ Leistungen gesprochen. Angesichts der Tatsache, dass der demografische Wandel die Finanzen der Sozialversicherungen viel stärker trifft als etwa den Bundeshaushalt, erscheint es aber als angebracht, die Lücke zwischen den Ausgaben der GRV für solche Leistungen und den Bundeszuschüssen zu schließen. Perspektivisch kann es einen Beitrag dazu leisten, den ansonsten binnen weniger Jahre beginnenden Anstieg der Beitragssätze der GRV einzudämmen.

Systematisch korrekter als eine Erhöhung der Bundeszuschüsse wäre es, nicht beitragsgedeckte Leistungen aus der GRV auszugliedern und direkt über den Bundeshaushalt abzuwickeln. Ansonsten besteht immer die Gefahr, dass die Zuschüsse mit der Entwicklung der Leistungen nicht Schritt halten und – noch grundsätzlicher – dass die GRV noch mehr als bisher zu einem stark politisch bestimmten Sonderhaushalt des Bundes wird. Bei Durchsicht der nicht beitragsgedeckten Leistungen nach traditioneller wie nach erweiterter Abgrenzung handelt es sich aber ganz überwiegend um Leistungen, die sich am einfachsten zusammen mit beitragsbezogenen Renten über die GRV auszahlen lassen. Eine Abwicklung über den Bund würde nicht zuletzt administrative Komplikationen erzeugen. Wenn man sie – bei ausreichender, laufend angepasster Kompensation – unterlässt, sollte der Bund dem Rentenbudget in jedem Fall

34 Für die „traditionelle“ Abgrenzung vgl. Ruland (1995); für neuere Abgrenzungen und Berechnungen vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005, Tz. 520–527); Reineke (2012); Deutsche Rentenversicherung (2024b).

35 Von den Hinterbliebenenrenten werden dabei Beträge erfasst, die den Effekt eines Rentensplittings zwischen Ehegatten übersteigen, sowie Waisenrenten.

keine neuen nicht durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber gedeckten Lasten auferlegen.

Weitere in der Öffentlichkeit viel diskutierte Optionen zur Verbesserung der Rentenfinanzen erweisen sich bei genauerem Hinsehen nicht als nachhaltig. Dies gilt insbesondere für Erweiterungen des Versichertenkreises, vor allem für eine obligatorische Einbeziehung der Beamten und aller Selbstständigen. Je nach Überleitung ergeben sich höchstens temporäre Effekte, nämlich solange der GRV durch neue Mitglieder aus diesen Personengruppen zusätzliche Beiträge zufließen, aber noch keine nennenswerten Renten für sie anfallen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2023, Tz. 395–402). Im Kern werden die Probleme, die der demografische Wandel in der GRV verursacht, dabei nur ungelöst vertagt. Sie kehren unverändert wieder, wenn die Altersstruktur der Versichertenpopulation wieder die ungünstige Altersstruktur der Gesamtbevölkerung annimmt. Gleichzeitig werden bei den bisherigen Versorgungsträgern und Versorgungswerken – je nach Ausgestaltung des Übergangs – finanzielle Lücken aufgerissen.

Viele andere Entwicklungen, die die finanzielle Lage des Rentensystems auf Sicht verbessern könnten, haben ebenfalls Effekte, die zumindest teilweise nur temporärer Natur sind. So führt ein stärkerer Anstieg der Frauenerwerbsbeteiligung zeitlich versetzt zu entsprechend höheren Ansprüchen. Er wirkt daher nur günstig, solange sich die Erwerbsbeteiligung immer weiter steigern lässt. Auch höhere Zuwanderung von Arbeitsmigranten hat auf Dauer nur dann günstige Effekte, wenn sie sich immer weiter fortsetzt, das heißt, wenn anhaltend neue Zuwanderer gewonnen werden können. Steigende Erwerbsbeteiligung und Zuwanderung können die Finanzierung der Sozialversicherungen im Kontext des demografischen Wandels lange Zeit erleichtern, bieten letztlich aber keine Lösung.

Härtefälle des Reformkurses

Mögliche Härtefälle des hier empfohlenen Reformkurses scheinen auf den ersten Blick Erwerbsgeminderte zu sein, deren spezielles Risiko durch die jüngsten Reformen in diesem Bereich (vgl. Abschnitt 3.1) mittlerweile aber bereits ausreichend berücksichtigt und abgesichert wird.

Durch eine Heraufsetzung der Regelaltersgrenze werden sie nun sogar begünstigt, weil sich seit einer 2018 vorgenommenen Rechtsänderung auch die Zurechnungszeit entsprechend verlängert, auf deren Basis ihre Renten berechnet werden. Als Härtefälle erscheinen daher vor allem Personen, die ein erhöhtes Altersarmutsrisiko tragen, das bei sinkendem Nettorentenniveau steigt. Armutsrisiken im Alter hängen aber nicht in erster Linie vom allgemeinen Rentenniveau ab,³⁶ sondern vor allem von individuellen Erwerbsbiografien. Sie lassen sich mit Mitteln des Rentenrechts nur begrenzt und vor allem nicht zielgenau bekämpfen, wie auch die Ausgestaltung der 2020 beschlossenen

36 Dies belegen die mikrodatenbasierten Simulationen in Haan et al. (2017) oder Geyer et al. (2019).

„Grundrente“ zeigt. Zielgenau wären einerseits Maßnahmen, die präventiv kontinuierliche Erwerbsverläufe fördern, andererseits Maßnahmen zur Armutsbekämpfung, die beide außerhalb der GRV ansetzen.

4.2 Grundsicherung im Alter

Die in Zukunft zu erwartende Zunahme von Altersarmutsrisiken wird oft weit überschätzt. Belastbare, auf geeigneten Mikrodaten basierende Abschätzungen zeigen an, dass sich der – bislang mit knapp 4 Prozent sehr niedrige – Anteil von Personen im Rentenalter, der Leistungen der Grundsicherung bezieht, im Zeitraum bis gegen 2030/40 um rund die Hälfte erhöhen oder maximal verdoppeln könnte, während der Anteil, der nach gängigen Standards als „armutsgefährdet“ einzustufen ist, bis dahin von rund 18 Prozent im Jahr 2023 auf 20 bis 22 Prozent steigen könnte (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi 2012; Haan et al. 2017; Geyer et al. 2019; Kaltenborn 2019, S. 237–251). Nach neueren Simulationen (Buslei et al. 2023) ist sogar „bei geltendem Recht nicht mehr von einem (generellen) weiteren Anstieg der Altersarmut“ auszugehen. Wichtige Gründe hierfür sind die mittlerweile erfolgte Einführung der Grundrente und des Rentenzuschlags für ehemalige Bezieher einer Erwerbsminderungsrente. Ein weiterer Grund für den Befund ist der im Vergleich zu früheren Rechnungen geringere Rückgang des Sicherungsniveaus. Hierfür ist wiederum verantwortlich, dass bei der verwendeten mittleren Variante der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts der Altenquotient weniger ansteigt als in den Vorgängervorausberechnungen.

Ursachen des in älteren Simulationen erwarteten Anstiegs der Altersarmutsgefährdungsquote lagen außerdem weniger in der allgemeinen Senkung des Rentenniveaus, sondern vor allem in großen Lücken in den Erwerbsbiografien Betroffener. Bei Frauen, die in den nächsten zehn bis 20 Jahren das Rentenalter erreichen, ergeben sich diese, vor allem in Westdeutschland, aus längeren Phasen der Nichterwerbstätigkeit oder der Ausübung unversicherter Minijobs; bei Männern geht es, in Ost- wie in Westdeutschland, eher um längere Phasen der Erwerbslosigkeit. Vorhandene Beitragszeiten sind in solchen Erwerbsbiografien zudem oft durch niedrige Löhne gekennzeichnet, wegen einer Teilzeitbeschäftigung, einer Beschäftigung im Niedriglohnssektor oder einer Kombination aus beidem. Zudem fehlt den Betroffenen zumeist auch jede Art ergänzender Vorsorgeersparnisse.

Angesichts dessen muss die Bekämpfung von Altersarmut bereits in der Erwerbsphase oder sogar schon beim vorangehenden Erwerb von Qualifikationen beginnen. Anzustreben sind dabei Qualifikationen, die Beschäftigungschancen und erreichbare Löhne erhöhen, sowie eine kontinuierliche Erwerbsbeteiligung mit möglichst vollwertiger regelmäßiger Arbeitszeit. Für Personen, die bis 2030/40 mit sehr niedrigen Ansprüchen auf gesetzliche Renten und sonstige Alterseinkommen das Rentenalter erreichen, kommen darauf gerichtete Maßnahmen allerdings zu spät.

Innerhalb des gesetzlichen Rentensystems lassen sich die daraus resultierenden Probleme allein nicht lösen, auch nicht mithilfe der neuen „Grundrente“. Kurze Versicherungszeiten sind per se kein Indikator für niedrige Alterseinkommen (vgl. dazu etwa BMAS 2024a). Personen mit mindestens 35 Erwerbsjahren sind von Altersarmut dagegen kaum betroffen (BMAS 2024a). Zur Überprüfung sonstiger Alterseinkommen ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) mit Blick auf die ihr vorliegenden Daten und auf ihre Verwaltungskapazitäten und -erfahrungen nicht in der Lage. Genau für solche Zwecke existiert in Deutschland – vor dem Hintergrund einer klaren Abgrenzung von Sozialversicherung und umverteilenden Fürsorgeleistungen – die seit 2005 als eigenständige Leistung im Rahmen der Sozialhilfe gewährte Grundsicherung im Alter.³⁷

Wenn es im Zusammenspiel der Leistungen von GRV und Grundsicherung derzeit Probleme gibt, dann haben sie weder mit der Aufgabenteilung beider Institutionen noch mit Armutsbekämpfung im eigentlichen Sinn zu tun – Letzteres ist gegebenenfalls eine Frage der Höhe der Grundsicherungsleistungen. Nach geltendem Recht werden gesetzliche Renten aus Pflichtversicherungszeiten grundsätzlich zu 100 Prozent auf die Leistungen der Grundsicherung angerechnet – anders als Renten aus freiwilliger Versicherung und Alterseinkommen aus betrieblicher Versorgung oder aus ergänzender privater Altersvorsorge. Bezieher niedriger gesetzlicher Renten, die zugleich Anspruch auf Grundsicherungsleistungen haben, verfügen daher im Alter oftmals nicht über ein höheres Einkommen als Personen, die keinerlei gesetzliche Rentenansprüche erworben haben. Darin kann ein Problem für die politische Legitimität der GRV als Pflichtversicherung gesehen werden; die teilweise Nichtanrechnung aller Arten sonstiger Alterseinkünfte schafft überdies ein Problem mit der Gleichbehandlung (Ruland 2019a; 2019b).

Allerdings gilt seit 2021 ein Freibetrag in der Grundsicherung im Alter für gesetzliche Renten aus mindestens 33 Jahren mit Grundrenten-Zeiten – ähnlich wie derzeit bereits für Ansprüche aus betrieblicher und privater Vorsorge –, was eine Verbesserung bedeutet (vgl. dazu auch Pimpertz und Stockhausen 2019). Dennoch sollte weiter geprüft werden, wie eine zweckgemäße, zielgenaue Regelung auszugestalten ist. Da eine solche Regelung jedoch außerhalb der GRV ansetzen sollte und keinesfalls die zukünftige Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen berühren darf, kann hier auf konkrete Gestaltungsempfehlungen verzichtet werden.

4.3 Ergänzende Altersvorsorge

Mit den Empfehlungen für die umlagefinanzierte GRV werden dort die Weichen für eine deutliche Verlängerung der aktiven Lebensphase gestellt (vgl. Abschnitt 4.1). Dies dämpft die absehbare Entwicklung der Beitragssätze des Systems. Gleichzeitig bewirkt es, dass sich das Niveau der jährlich gewährten gesetzlichen Renten

37 Rückgriffsmöglichkeiten der Grundsicherungsträger auf unterhaltspflichtige Kinder, die ein Grund für die Nichtinanspruchnahme der Leistungen und „verschämte Altersarmut“ sein könnten, sind seither stark beschränkt.

günstiger entwickeln kann, als dies anderenfalls möglich wäre. Trotzdem müssen die Renten wegen des ausgeprägten demografischen Wandels weiterhin auf ein dauerhaft finanzierbares Niveau begrenzt werden. Ergänzende, kapitalgedeckte Vorsorge bleibt daher ein unverzichtbares Element der Altersvorsorge. Sie stellt die einzige Alternative dar, wenn das Umlageverfahren bei steigendem Rentnerquotienten unter Druck gerät.

Zur ergänzenden, kapitalgedeckten Altersvorsorge zählen die betriebliche Altersversorgung (zweite Säule der Alterssicherung) sowie die individuelle private Vorsorge (dritte Säule). Während die betriebliche Altersversorgung in Deutschland eine lange Tradition hat, ist die ergänzende private Vorsorge für gesetzlich Rentenversicherte erst ab 2001, im Zusammenhang mit Reformen des gesetzlichen Rentensystems, stärker in den Vordergrund gerückt. Mit der „Riester-Rente“ wurden dafür neue, staatlich geförderte Instrumente geschaffen, deren Nutzung – entgegen den ursprünglichen Plänen – für die Anleger aber völlig freiwillig ist. Trotzdem haben Riester-Renten eine bemerkenswerte Verbreitung gefunden, und auch die betriebliche Altersversorgung hat sich in diesem Zeitraum weiter verbreitet.³⁸

Im Jahr 2023 bestanden laut BMAS (2024a) etwa 15,5 Mio. Riester-Verträge, von denen allerdings „gut ein Fünftel bis knapp ein Viertel“ als ruhend eingeschätzt wird. Von den staatlichen Fördermöglichkeiten in Form von Zulagen und steuerlicher Förderung machten 8,2 Mio. Personen Gebrauch (BMF 2024). Bei den betrieblichen Renten betrug die Zahl der aktiven Teilnehmer 18,1 Mio. (BMAS 2024a).³⁹ Nach Erhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS 2024a) hatten 2023 rund 51,9 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine betriebliche Altersvorsorge, mit leicht erhöhtem Anteil unter den Männern. Etwa 26,5 Prozent zahlten 2023 Beiträge in einen Riester-Vertrag, hier mit einem erhöhten Anteil bei den Frauen. Nimmt man beide Formen der zusätzlichen Altersvorsorge zusammen, so hatten rund 62,1 Prozent der Sozialversicherungspflichtigen entweder eine betriebliche oder eine private Zusatzvorsorge. Rund 37,9 Prozent verfügten allerdings nach wie vor weder über eine betriebliche Altersvorsorge noch über einen Riester-Vertrag. Selbst wenn man berücksichtigt, dass es daneben andere Formen der Altersvorsorge gibt (z.B. ungeforderte Lebens- und Rentenversicherungen sowie Immobilien), ist davon auszugehen, dass längst nicht alle über eine ergänzende Altersvorsorge verfügen.

Diese Zahlen belegen, dass die angestrebte Umschichtung zwischen den verschiedenen Säulen des Alterssicherungssystems erfolgreich begonnen hat. Sie zeigen aber auch, dass die Verbreitung ergänzender Altersvorsorge unter gesetzlich Rentenversicherten immer noch Lücken aufweist.

38 Eine 100-prozentige Verbreitung betrieblicher und privater Altersvorsorge ist allerdings gar nicht realistisch, schon weil die Beteiligung typischerweise altersabhängig ist.

39 Zu Strukturen der Beteiligung und zur beobachtbaren Diversität der Vorsorgestrategien vgl. Beznoska und Pimpertz (2016).

So zeigt sich, dass insbesondere unter Beschäftigten mit niedrigeren Bildungsabschlüssen und geringerem Einkommen die Verbreitung sowohl der betrieblichen als auch der privaten Altersvorsorge weit unterdurchschnittlich ausfällt (BMAS 2023).

Die Rolle des Staates bei der kapitalgedeckten Vorsorge ist es vor allem, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen der Wettbewerb privater Anbieter auf Märkten für Altersvorsorgeprodukte funktioniert und Kunden eine ihren Bedürfnissen entsprechende, langfristig verlässliche Absicherung erhalten können. Wichtige Parameter sind dabei die mit dem Vorsorgevermögen erzielten Renditen – nach Abzug der Kosten der Anbieter, die durch funktionierenden Wettbewerb begrenzt werden sollten – und die dafür einzugehenden Risiken. Angesichts des enorm langen Zeithorizonts, über den sich die Qualität von Anbietern und Produkten erweisen muss, erfordert private Vorsorge einen komplexen staatlichen Regulierungsrahmen.

Zu den größten Problemen, die eine weitere Verbreitung behindern, gehören massive Informations- und Wissensdefizite bei Personen, die ergänzende Vorsorge betreiben können und sollten. Speziell die Märkte für Riester-Renten und andere Formen der privaten Altersvorsorge erscheinen als sehr unübersichtlich, gleichzeitig ist das Finanzwissen der Anleger begrenzt.⁴⁰ Dies verhindert intensiveren Wettbewerb und verringert die Renditen (nach Kosten) für Kunden. Hinzu kommt, dass das Modell privater Vorsorge auf Basis individueller Entscheidungen jedes Anlegers generell hohe Informations- und Vertriebskosten erzeugt und dass mit staatlich geforderten Nominalwertgarantien, insbesondere in Zeiten niedriger Zinsen, Investitionen in renditestärkere, riskante Anlagen stark eingeschränkt sind.

Betriebsrenten, die ganze Belegschaften oder im Fall tariflicher Lösungen sogar Beschäftigte einer ganzen Branche erfassen können, haben unter Transparenz- und Kostengesichtspunkten grundsätzlich Vorteile. Für kleinere Unternehmen gilt dies jedoch nur eingeschränkt. Für sie wird es teurer als für Großunternehmen, Beschäftigten eine betriebliche Altersversorgung anzubieten, unabhängig davon, ob sie diese – zusätzlich zu einer reinen Entgeltumwandlung, auf die Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch haben – mit Arbeitgeberzuschüssen versehen oder nicht. Als Mittel ihrer Personalpolitik engagieren sich in diesem Feld trotzdem viele Arbeitgeber. Dieses Engagement ließe sich mit einfachen Mitteln sogar noch steigern, z.B. wenn die Vorschriften zur Höhe des steuerlichen Rechnungszinssatzes für Betriebsrentenverpflichtungen den tatsächlichen Aufwendungen und Risiken angeglichen würden, die Arbeitgeber übernehmen. Die Renditen vieler Arten von Finanzanlagen, die für die langfristige Altersvorsorge bisher von zentraler Bedeutung sind und teilweise durch Regulierungen vorgegeben werden, fallen unter den gegenwärtigen Bedingungen an den Finanzmärkten gering aus.

40 Vgl. etwa die Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von Börsch-Supan et al. (2016).

Da der Vermögensaufbau einer kapitalgedeckten Alterssicherung durch zinseffekte auf Dauer enorm verstärkt wird, erschweren dauerhaft niedrige Zinsen die ergänzende Vorsorge. Bei niedrigen Zinsen muss für ein bestimmtes Vorsorgeziel regelmäßig mehr gespart werden, gleichzeitig macht eine Umgebung mit niedrigen Zinsen das Sparen weniger attraktiv. Mit einer breit diversifizierten Anlagestrategie und bei Auswahl von kostengünstigen Produkten sind allerdings auch im heutigen Umfeld passable Renditen erzielbar. Die Risiken höher rentierlicher Anlagen lassen sich zudem erheblich reduzieren, etwa durch kollektives Sparen wie bei Lebensversicherungen oder indem der Anteil, der mit höherem Risiko investiert wird, bei näher rückendem Renteneintritt reduziert wird.⁴¹

Pflicht zur ergänzenden Altersvorsorge

Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Entwicklung der Finanzmärkte machen es derzeit schwer, die Verbreitung ergänzender, kapitalgedeckter Altersvorsorge weiter zu erhöhen. Große und rasche Schritte in diese Richtung erfordern nennenswerte Änderungen des geltenden Rechtsrahmens. Insbesondere sollte eine allgemeine **Pflicht zur ergänzenden Vorsorge** eingeführt werden, nach der z.B. Personen, deren steuerpflichtiges Einkommen die Grund- (und etwaige Kinder-)Freibeträge übersteigt, einen Teil ihres laufenden Einkommens für die kapitalgedeckte Altersvorsorge aufwenden müssen. Welcher Weg dafür genutzt wird – betriebliche oder private Vorsorge –, kann dabei offen bleiben. Laufende Immobilienfinanzierungen sollten als weitere Alternative explizit einbezogen werden, möglichst ohne die Regelungen zur Vorsorgepflicht dadurch unnötig kompliziert zu machen.

Mehr Transparenz bei Produkten, mehr Wettbewerb unter den Anbietern

Zudem sollte es für die private Vorsorge vorzugsweise ein standardisiertes Produkt geben, von dem Anleger aber entsprechend ihren Präferenzen abweichen können. Auch kann dieses Produkt durchaus von verschiedenen Anbietern im Wettbewerb miteinander angeboten werden. In jedem Fall wird den Anlegern die schwierige Wahl zwischen verschiedenen Produkten deutlich erleichtert. Bei ansonsten gleichen Konditionen können Angebote leicht verglichen werden, insbesondere bezüglich der mit ihnen verbundenen Kosten.⁴² Eine umfassende Analyse des Reformbedarfs bei der privaten Altersvorsorge wurde durch den Abschlussbericht der Fokusgruppe private Altersvorsorge (2023) vorgelegt. Allerdings wurde bisher keine Reform der kapitalgedeckten Altersvorsorge vorgenommen. Sie sollte nunmehr dringend angegangen werden.

41 Letzteres wird in einer Studie des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) für den Bundesverband der Verbraucherzentralen (vzbv) mit Analysen für unterschiedliche Anlagestrategien, u. a. gestützt auf global gestreute Aktienportfolios und auch unter Berücksichtigung möglicher Effekte heftiger Finanzkrisen, vollauf bestätigt (Bucher-Koenen et al. 2019).

42 Vorbilder hierfür liefern etwa Schweden (mit einer privaten Pflichtvorsorge) oder das Vereinigte Königreich (mit einer betrieblichen Vorsorgepflicht mit Opt-out-Möglichkeit). Für Überlegungen zur Einführung kapitalgedeckter Altersvorsorgefonds nach diesen Modellen und insbesondere zu den Kostensenkungen im schwedischen Prämienrentensystem vgl. Börsch-Supan et al. (2017). Für eine ausführliche Diskussion unterschiedlicher Umsetzungsmöglichkeiten siehe auch den Abschlussbericht der Fokusgruppe private Altersvorsorge (2023).

Neben solchen grundlegenden Reformen der Rahmenbedingungen für die ergänzende Altersvorsorge gibt es eine Reihe kleinerer Schritte, die die Nutzung passender Vorsorgemöglichkeiten verbessern können. Für Riester-Renten gibt es bisher eine staatliche **Förderung**, wobei sich Unklarheiten über die Förderberechtigung insbesondere bei den Verdienern niedriger Einkommen als wichtiger Grund für die stagnierende Verbreitung erweisen (Börsch-Supan et al. 2016). Angesichts dessen könnte man die Förderberechtigung verallgemeinern, die ohnedies einen Großteil der Personen im Erwerbsalter erfasst, und so die Transparenz erhöhen und die Verwaltung vereinfachen. Um den Wettbewerb im Markt für Altersvorsorge zu beleben, der sich derzeit ganz auf Neukunden konzentriert, sollte ein Vertragswechsel erleichtert werden. Dies gilt vor allem bei der Einführung eines kostengünstigen Standardprodukts, bei dem auch Vertriebskosten sinken, die einem **Vertragswechsel** bisher oft entgegenstehen. Ein großes Hindernis für Entscheidungen zur ergänzenden Vorsorge liegt schließlich darin, dass Personen überhaupt nicht über ihre derzeitige Vorsorgesituation im Bild sind. Insofern ist es zu begrüßen, dass seit 2023 mit der Digitalen Rentenübersicht ein Online-Portal besteht, das Bürgerinnen und Bürgern wesentliche Teile ihrer Altersvorsorgeansprüche aus gesetzlicher, betrieblicher und privater Alterssicherung übersichtlich und zentral gebündelt darstellt.

Kasten 4:

Reformen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) werden allein von den Arbeitgebern entrichtet, weil sie ihnen die Haftung für mögliche Gesundheitsgefährdungen bei der Ausübung betrieblicher Tätigkeiten abnimmt. Die GUV-Beiträge zählen nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag und fallen daher auch nicht unter die dafür schon länger in den Raum gestellte 40-Prozent-Grenze. Trotzdem besteht in der GUV Spielraum für Reformen, die die zukünftige Entwicklung ihrer Ausgaben eindämmen und zu einer günstigeren Entwicklung von Wirtschaft und Arbeitsmarkt in der schwierigen Phase bis 2040 beitragen können.

In der GUV wird zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften der Privatwirtschaft und den öffentlichen Unfallkassen unterschieden. Die Beiträge zu den Berufsgenossenschaften („Umlagen“) belaufen sich im Durchschnitt derzeit auf knapp 1,1 Prozent der Bruttoentgelte der Versicherten (DGUV 2024). Für verschiedene Gewerbe streuen sie 2023 zwischen 0,75 Prozent und rund 3,35 Prozent. In einzelnen Gewerbebranchen erreichen sie sogar mehr als 10 Prozent und übersteigen damit die Arbeitgeberanteile der Beiträge jedes anderen Sozialversicherungszweigs. Seit 1995 hat sich die Zahl der Arbeitsunfälle in Deutschland mehr als halbiert, der Bestand an Renten wegen Unfällen und Berufskrankheiten (inkl. Hinterbliebenenrenten) ist um knapp ein Drittel gesunken (vgl. erneut DGUV 2024).

Die Beitragssätze sind im gleichen Zeitraum aber nur um weniger als ein Viertel zurückgegangen.

Reformmöglichkeiten im Bereich der Unfallversicherung beginnen bereits bei der Organisation dieses Sozialversicherungszweigs. So gibt es nach zahlreichen Fusionen in der Vergangenheit nur noch neun verschiedene Berufsgenossenschaften der gewerblichen Wirtschaft (aber über 20 Unfallkassen öffentlicher Arbeitgeber). Diese weisen aber umfassende Parallelstrukturen auf, während Expertise für verschiedene Gewerbe und Branchen effektiv nur in einigen Abteilungen benötigt wird (vgl. dazu auch Abschnitt 8).

Die Beiträge für die Berufsgenossenschaften werden nach Risiken der einzelnen Gewerbe und Gewerbebranchen differenziert („Gefahrtarife“). Das ist prinzipiell schlüssig, da entsprechend höhere Arbeitskosten bei gefahrgeneigten Tätigkeiten für die Arbeitgeber und – über höhere Preise – auch für die Abnehmer der jeweils produzierten Güter und Dienstleistungen spürbar werden sollten. Auch das Grundprinzip, die Haftung der Arbeitgeber für Arbeitsbedingungen und betriebsspezifische Risiken auf die Unfallversicherung zu übertragen und von dort aus auf den Gefahrenschutz und die Prävention in den Unternehmen einzuwirken, ist wohlbegründet. Seine Anwendung ließe sich jedoch wesentlich zielgenauer gestalten. So sollten sich die Leistungen der Unfallversicherung auf betriebsspezifische Gefahren konzentrieren, die die Arbeitgeber beeinflussen können und für die sie eintreten müssen. Rund ein Fünftel aller von der Versicherung zu deckenden Unfälle entfallen aber auf Wegeunfälle, deren Zahl anders als die der Arbeitsunfälle nicht rückläufig ist. Wegeunfälle stellen eher ein allgemeines Lebensrisiko der Betroffenen dar und Arbeitgeber können keinerlei Einfluss darauf nehmen, wie gesundheitsgefährdend sich ihre Mitarbeiter im Berufsverkehr verhalten. Sie könnten – wie andere Unfälle – auch durch die Kranken- und Rentenversicherung abgedeckt werden.

Eine sachgerechtere Zuordnung von Risiken könnte auch in anderen Bereichen vorgenommen werden. So sollen Unfallrenten prinzipiell den aus einer verringerten Erwerbsfähigkeit resultierenden Schaden ausgleichen. Ihre Berechnung ist aber unabhängig von der tatsächlichen Erwerbsminderung. Sie haben Vorrang vor Erwerbsminderungsrenten der GRV, was vor allem wegen weit großzügigerer Berechnungsmodalitäten von Bedeutung ist, und sie werden bei Erreichen des Rentenalters nicht in Altersrenten der GRV übergeleitet. Bei angemessenen Berechnungsvorschriften für eine solche Altersrente kann ab diesem Zeitpunkt aber nicht mehr von einem Erwerbschaden gesprochen werden. Auch eine klarere Abgrenzung zwischen Berufskrankheiten und allgemeinen Gesundheitsrisiken, die in die Zuständigkeit der GKV fallen, wäre wünschenswert. Schließlich fehlt in der GUV eine generelle gesetzliche Verankerung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Leistungserbringung, wie sie bei den anderen Sozialversicherungen selbstverständlich ist.

5 Empfehlungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die gestiegene Lebenserwartung, ihr erwarteter weiterer Anstieg und die damit verbundenen Verbesserungen des Gesundheitszustands älterer Personen stellen wichtige und überdies sehr begrüßenswerte Aspekte des demografischen Wandels dar. Hinzu kommt, dass sich die Bedürfnisse, auch und gerade im Bereich des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsversorgung, immer stärker individualisieren. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Eigenverantwortung in Zukunft wachsende Bedeutung, auf die im für die GKV maßgeblichen Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu Beginn nachdrücklich hingewiesen wird:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ (§ 1 SGB V)

Daneben tragen auch die Arbeitgeber eine Mitverantwortung, insbesondere für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen sowie für ein betriebliches Gesundheitsmanagement, das Gesundheitsbewusstsein und aktive Vorsorge der Arbeitnehmer unterstützt.

Die GKV weist einige charakteristische Merkmale auf, die sie als Sozialversicherung kennzeichnen. Sie erhebt – anders als private Versicherungen – keine am individuellen Risiko orientierten Prämien. Die Beiträge werden auch nicht nach dem durchschnittlichen Risiko aller Versicherten bemessen, wie es ein reiner Ausgleich gesundheitsbezogener Risiken verlangen würde. Auf der Basis einheitlicher Beitragssätze richten sie sich vielmehr nach der Höhe individueller Einkommen, genauer der beitragspflichtigen Löhne oder Renten (und fallweise auch anderer Altersbezüge), und sind daher auf eine einkommensbezogene Umverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft angelegt.⁴³

⁴³ Diese Umverteilung entspricht allerdings nicht dem einkommensteuerlichen Konzept einer Belastung nach der individuellen Leistungsfähigkeit und ist insofern wenig transparent und unvollständig. Abweichungen ergeben sich durch das Fehlen eines Grundfreibetrags sowie durch Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenzen, Ausnahmen von der Versicherungspflicht, eine Belastung nur von Erwerbseinkommen und daraus resultierenden Alterseinkommen, nicht von anderen Einkunftsarten (sowie durch den proportionalen und nicht progressiven Beitragstarif). Die Mitversicherung von Ehegatten und Kindern (ohne zurechenbare Einkommen) lässt sich mit dem Leistungsfähigkeitsprinzip dagegen prinzipiell begründen.

Das historisch gewachsene Nebeneinander von GKV und privater Krankenversicherung (PKV) in Deutschland wird oft kritisiert. Weniger beachtet werden dabei allerdings die Vorteile, die die Existenz der PKV mit sich bringt (Wasem und Walendzik 2011). Gemessen am versicherten Bevölkerungsanteil übernimmt sie einen überproportionalen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens; u.a. deshalb ist sie oft Motor für die Einführung und Verbreitung innovativer Behandlungsmethoden. Der Systemwettbewerb mit der GKV beeinflusst generell auch den Leistungskatalog und die Gesundheitsversorgung im Bereich Letzterer. Zudem enthält ihre Finanzierung mit der Bildung von Alterungsrückstellungen ein Element der Kapitaldeckung, das zur Vorfinanzierung zukünftiger Gesundheitskosten dient.

5.1 Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen

Leistungsausgaben wie Beitragssätze der GKV sind in der Vergangenheit trendmäßig stark gestiegen und bergen auch für die Zukunft besondere Risiken (vgl. Abschnitt 2.3). Als wichtigster Kostentreiber für die langfristige Entwicklung gelten allerdings nicht die isolierten Effekte des demografischen Wandels (Breyer 2015). Diese führen zwar zu einem steigenden Anteil älterer Versicherter, für die im Durchschnitt deutlich höhere Leistungsausgaben anfallen als für Versicherte in jungem und mittlerem Alter. Die Auswirkungen der Verschiebung der Altersstruktur der Versicherten könnten in Zukunft aber dadurch gemildert werden, dass sich der altersbedingte Anstieg der individuellen Gesundheitskosten im Sinne eines „gesunden Alterns“ immer weiter verzögert.⁴⁴

Das Risiko, dass die Leistungsausgaben der GKV in Zukunft trotzdem enorm steigen, ergibt sich vor allem aus Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts. In der Vergangenheit hat sich dieser nach allen dazu vorliegenden Messungen stark kostenerhöhend ausgewirkt (Oberdieck 1998; Breyer und Ulrich 2000), während technischer Fortschritt in anderen Sektoren überwiegend zu Kostensenkungen führt. Denkbar ist, dass dies in Zukunft auch im Gesundheitswesen gilt, etwa weil zunehmende Finanzierungsengpässe auf die Anstrengungen zur Forschung und Entwicklung zurückwirken oder weil die Digitalisierung auf vielen Ebenen Verfahren vereinfacht und Kosten senkt (bei Erhebung und Austausch von Patientendaten, durch Telemedizin, Unterstützung bei der Krankenbehandlung und bereits bei der individuellen Vorsorge etc.). Fortschreitende Digitalisierung allein wird allerdings noch nicht zu einer effizienten Versorgung führen.

Solange im Gesundheitssystem keine wettbewerblichen Anreize herrschen, aufgrund derer Leistungserbringer niedrigere Produktionskosten an die Versicherungen und diese die Vorteile auch an die Beitragszahler weitergeben, lassen sich die Potenziale einer

44 Diese sog. „Kompressionsthese“ geht zurück auf Fries (1980). Empirisch ist sie allerdings umstritten. Nachweise gibt es zwar für einzelne Krankheitsbilder, in aggregierten Daten zur Entwicklung altersspezifischer Gesundheitskosten (vgl. etwa Bundesamt für Soziale Sicherung 2025) sind entsprechende Effekte hingegen bisher nicht sichtbar. Sie werden dort möglicherweise durch andere kostensteigernde Effekte überlagert.

digitalisierten Gesundheitswirtschaft nicht vollständig realisieren. Vielmehr kann sie sogar eine neue Welle kostentreibenden medizinisch-technischen Fortschritts erzeugen.

Daneben gibt es Anzeichen für Ineffizienzen des jetzigen Systems, die weitere Kostensenkungen ohne Einbußen bei der Dichte und Qualität der Versorgung erlauben würden. Im internationalen Vergleich gibt es in Deutschland eine sehr hohe Anzahl von – oftmals nicht ausgelasteten – Krankenhausbetten im stationären Sektor und ebenso eine hohe Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten in der ambulanten Versorgung – beides ohne erkennbare Effekte für die Gesundheit der Versicherten (vgl. dazu diverse Indikatoren in OECD 2024b). Die Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist teilweise unklar und führt zu Konkurrenz zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern.

Bestimmte Eingriffe werden in Deutschland – sowohl im internationalen Vergleich als auch mit nicht ohne Weiteres erklärlichen regionalen Schwerpunkten – besonders häufig vollzogen. Arzneimittelpreise in Deutschland erscheinen als sehr hoch. Diese Aufzählung ließe sich noch fortsetzen (für eine „Spurensuche“ zur Überversorgung im deutschen Gesundheitswesen vgl. Bertelsmann Stiftung 2019).

Wegen des finanziellen Gewichts der GKV und der hohen Dynamik ihrer Ausgaben müssen solche Ineffizienzen beseitigt und Ansätze zur Kostendämpfung gefunden werden, um die Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen einzudämmen. Allein von 2024 auf 2025 stieg der durchschnittliche Kassenbeitrag um 0,8 Prozentpunkte. Stark steigende Gesundheitsausgaben führen auch in vielen anderen OECD-Ländern zu Finanzierungsproblemen. Ein allseits als vorbildlich angesehenes Modell für die staatliche Steuerung oder für einen Regulierungsrahmen des Gesundheitssystems hat sich dabei bisher nicht herausgeschält. Erfolgversprechende Ansätze basieren allerdings alle auf einem konsequenten **Versorgungsmanagement** durch die jeweiligen Kostenträger – Krankenversicherungen oder staatliche Gesundheitsdienste –, sodass zu prüfen ist, wie sich dies auch in Deutschland umsetzen lässt.

Selektivverträge der Krankenkassen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Als übergeordnete Ziele von Reformen im Gesundheitssystem und in der GKV sollten gelten, eine qualitativ hochwertige Versorgung durch kompetente Leistungserbringer sicherzustellen, im Einklang mit medizinischen Leitlinien, die dem heutigen Wissensstand entsprechen, und darüber hinaus ständige Verbesserungen durch medizinisch-technischen Fortschritt zu ermöglichen. Konkret sollten in Deutschland außerdem folgende Merkmale des bestehenden Systems unverändert bleiben: Deckung der Ausgaben für alle Pflichtleistungen der GKV laut dem Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA)⁴⁵ unter Verzicht auf risikoorientierte Beiträge der Versicherten; insbesondere sollte ein uneingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung auch für Einkommensschwache bestehen.

Unter diesen Vorgaben kann und muss jedoch das Gefüge verschiedener Akteure im Gesundheitssystem verändert werden – mindestens in dem Bereich, für den die GKV als Sozialversicherung volle Finanzierungsverantwortung übernimmt. Als wichtigster Ansatzpunkt zur Dämpfung der Dynamik der Gesundheitskosten, zur Hebung struktureller Effizienzreserven und zur Verbesserung der Versorgungsqualität wird hier, gestützt auf internationale Erfahrungen, ein striktes Versorgungsmanagement empfohlen, bei dem die Krankenkassen die Regie übernehmen (Henke und Richter 2013; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF 2018, S. 36, 46–48). Sie schließen direkte („**Selektiv-**“) **Verträge** mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ab und bauen dadurch **Netzwerke mit Leistungserbringern** auf, die perspektivisch den Versicherten eine umfassende medizinische Versorgung mit allen Pflichtleistungen im Rahmen ihrer „Vollversicherung“ in der GKV garantieren. Die Versicherten müssen sich bei der Arzt- und Krankenhauswahl deswegen nicht auf die bevorzugten Leistungserbringer ihrer Kasse beschränken. Wenn sie diesbezüglich freie Wahlmöglichkeiten wünschen, sollten sie sich allerdings in einem Tarif mit entsprechenden Optionen versichern (vgl. Abschnitt 5.2). Art und Struktur der jeweils verfügbaren Netzwerke werden im Übrigen variieren. So können z.B. in ländlichen Räumen mit geringerer Dichte von Patienten und Ärzten innovative Versorgungsformen, u.a. mit neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Heil- und Gesundheitsberufen, entstehen.

In Deutschland gibt es mit solchen Formen des Zugangs zur Versorgung im Gesundheitswesen praktisch keine Erfahrungen. Was hierzulande bisher als Versorgungsmanagement oder – häufiger – als „integrierte“ oder „integrative“ Versorgung bezeichnet wird, sind in der Regel Programme für bestimmte Patientengruppen, etwa chronisch Kranke, für deren Versorgung eine sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit organisiert wird. Auch Selektivverträge, die auf eine allgemeine, integrierte Versorgung von GKV-Versicherten abzielen, werden – unter wechselnden Rahmenbedingungen, was die Einbeziehung weiterer Typen von Vertragspartnern und das Erfordernis der Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung betrifft – seit dem Jahr 2000 nur in begrenztem Maß erprobt. Sie erreichen nicht die nötige vertikale und horizontale Verknüpfung zu Netzwerken für eine umfassende Versorgung Versicherter durch bevorzugte Leistungserbringer. Die Erfahrungen damit wurden bisher auch nicht systematisch evaluiert.

Die meisten Erfahrungen mit Versorgungsmodellen der Art, wie sie hier empfohlen werden, bestehen derzeit in den USA. Private Krankenversicherungen, die

⁴⁵ Bei der Weiterentwicklung des Leistungskatalogs ist allerdings strikt auf die medizinische Wirksamkeit und diesbezügliche empirische Evidenz zu achten. Nötigenfalls sollte dieses Prinzip auch für die bestehenden Pflichtleistungen noch gestärkt werden.

dort – zumeist auf Basis von Gruppenverträgen der Arbeitgeber – das „Regelsicherungssystem“ für Erwerbspersonen darstellen, organisieren unter der Bezeichnung Health Maintenance Organization oft schon seit Jahrzehnten umfassende Versorgungsnetzwerke („preferred-provider networks“) für ihre Versicherten.

Auch die staatliche Krankenversicherung für Rentner (Medicare) bietet mittlerweile entsprechende Managed-Care-Tarife an, die sich noch mehr als Modell für eine Umsetzung in Deutschland eignen. Das Gesundheitssystem der USA stellt ein Umfeld dar, in dem wegen eines im internationalen Vergleich enorm hohen Kostenniveaus bei anhaltend hoher Dynamik großer Bedarf an kostendämpfenden und kostensenkenden Reorganisationen der Versorgungs- und Versicherungsstrukturen besteht. Zugleich bietet es dafür vielleicht ein besonders großes Potenzial. Gleichwohl deuten die dortigen Erfahrungen auf nennenswerte Kostensenkungsmöglichkeiten durch konsequentes selektivvertragliches Versorgungsmanagement hin (vgl. Kasten 5).

Kasten 5:

Kostendämpfungspotenzial durch selektivvertragliches Versorgungsmanagement

In einem Gutachten von 2018 hat sich der Wissenschaftliche Beirat beim BMF intensiv mit Versorgungsmanagement in Form von Selektivverträgen von Krankenkassen mit bevorzugten Leistungserbringern befasst. Er tut dies im Hinblick auf die stationäre Versorgung, viele seiner Überlegungen lassen sich jedoch prinzipiell auf die haus- und fachärztliche Versorgung, auf medizinische Versorgungszentren, Reha-Einrichtungen und andere mögliche Vertragspartner – bis hin zu Beratungsstellen und Lieferanten für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel – übertragen.

In seinem Gutachten befasst sich der Beirat auch mit Auswertungen der Kostendämpfungs- oder Einsparpotenziale durch solches Versorgungsmanagement. Unter Berufung auf Arbeiten von Sekhri (2000) sowie Amelung und Schumacher (2004), gestützt auf Evaluationsstudien für vergleichbare Ansätze und ihre Umsetzung in den USA, beziffert er diese Potenziale auf „bis zu 20 Prozent der Gesundheitsausgaben [...], und zwar ohne Einbußen beim medizinischen Nutzen“ (Wissenschaftlicher Beirat beim BMF 2018, S. 36). In weiteren Studien werden sie, auch unter Berücksichtigung europäischer Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden, mit 20 bis knapp 40 Prozent noch deutlich höher eingeschätzt; solche Zahlen könnten aber aus einer unsauberen Trennung von echten Effizienzgewinnen einerseits und Selektionseffekten unter den teilnehmenden Versicherten andererseits resultieren (Wissenschaftlicher Beirat beim BMF 2018, S. 36, Fn. 78).

Erst nach Veröffentlichung des Beiratsgutachtens wurde eine weitere Studie zu US-amerikanischen Erfahrungen publiziert, die sich auf das Versorgungsmanagement-Programm der staatlichen Krankenversicherung für Rentner, „Medicare Advantage“, bezieht (Duggan et al. 2018). Selektionseffekte können dort durch die Art der Datenerhebung ausgeschlossen werden. Leider bestimmen die Autoren darin keine aggregierten Einsparpotenziale. Sie zeigen aber, dass einem Anstieg der Verwaltungskosten um 9 Prozent, der mit dem aktiveren Versorgungsmanagement einhergeht, große Kostenreduktionen gegenüberstehen, die aus einem Rückgang der Anzahl der Krankenhausbehandlungen um 60 Prozent resultieren. Zwar betrifft dieser Rückgang nicht die aufwendigsten Behandlungen. Die Autoren betonen aber, dass es insgesamt echte Effizienzgewinne gibt und keinerlei Anzeichen für Einbußen bei der Versorgungsqualität.

Für das deutsche Gesundheitssystem werden zwar vielfach Anzeichen für bestehende Ineffizienzen benannt. Die daraus resultierenden Einsparpotenziale werden aber kaum je quantifiziert. Solange keine entsprechenden Veränderungen am System beobachtet und analysiert werden können, ist dies methodisch auch schwierig. Eine bis heute als aktuell einzustufende Studie des RWI-Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (Augurzky et al. 2009) nimmt sich dieses Themas mithilfe einer systeminternen Effizienzgrenzen-Analyse auf Bundesländerebene an. Effekte eines geänderten Versorgungsmanagements können somit nicht berücksichtigt werden. Trotzdem kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Leistungsausgaben der GKV bei effizienter Versorgung um bis zu 10 Prozent gesenkt werden könnten.

Veränderte Bedarfsplanung und Finanzierung für Krankenhäuser

Ein weiteres Thema, das die GKV zwar nicht direkt betrifft, angesichts der Bedeutung der Leistungsausgaben für die stationäre Versorgung im Kontext eines konsequenteren Versorgungsmanagements aber von großer Bedeutung ist, sind die Bedarfsplanung und Finanzierung von Krankenhäusern. Die jüngsten Bemühungen im Rahmen der Krankenhausreform beruhten auf guten Ansätzen (vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022, 2023 und 2024), diese wurden dann aber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens so sehr aufgeweicht, dass nicht sicher ist, ob die Reform zumindest teilweise auch zu ausgabensenkenden strukturellen Veränderungen führt oder ob es weiter bei den ineffizienten und qualitativ verbesserungsfähigen Strukturen bleibt. Kritisch zu sehen ist auf jeden Fall, dass der „Transformationsfonds“ zur Finanzierung der Reform zur Hälfte aus Beitragsmitteln der GKV befüllt wird. Zudem bestehen trotz der eingeführten „Vorhaltepauschen“ zur laufenden Krankenhausfinanzierung weitere Anreize zur Mengenausweitung (Richter 2024). Der Handlungsbedarf hat sich durch die Krankenhausreform zwar verändert, er besteht aber fort.

Wichtiges Element einer Strategie, mit der die Strukturen im stationären Sektor bereinigt, vorhandene Überkapazitäten beseitigt und Krankenhäuser zu potenziellen Vertragspartnern für Krankenkassen als bevorzugte Leistungsanbieter gemacht werden können, ist eine geänderte **Krankenhausbedarfsplanung**. Seit den 1970er-Jahren ist dies Sache der Bundesländer.

So wie sie organisiert ist und durchgeführt wird, führt sie zu Überinvestitionen in die Zahl von Krankenhäusern und Betten, aber zu Unterinvestitionen in die medizinisch-technische Ausstattung vieler einzelner Einrichtungen. Ergebnis sind zu viele kleine, schlecht ausgestattete Krankenhäuser, die bei der Versorgung wirtschaftliche Überlegungen vor medizinische Notwendigkeiten stellen müssen und zur künstlichen Schaffung „angebotsorientierter Nachfrage“ neigen.

Im Rahmen eines konsequenten Versorgungsmanagements wird eine übergeordnete Bedarfsplanung weitgehend verzichtbar. Die Steuerung der Kapazitäten kann im Kern den Ergebnissen der Bildung von Versorgungsnetzwerken überlassen werden, bei denen Krankenkassen Interesse an einer lückenlosen, qualitativ hochwertigen, aber wirtschaftlichen Versorgung haben und den Krankenhäusern auf der Basis von Selektivverträgen Behandlungen finanzieren, die die jeweils benötigten Kapazitäten auch auslasten. Lediglich in dünn besiedelten Gebieten muss unter solchen Rahmenbedingungen im Auge behalten werden, ob die Krankenhausstruktur der Anforderung genügt, dass Einrichtungen erreichbar sind, an deren Leistungen keine erhöhten Ansprüche an Spezialisierung und technische Ausstattung gestellt werden.

In enger Verbindung mit der Bedarfsplanung steht die – wiederum seit den 1970er-Jahren „dual“ ausgestaltete – Krankenhausfinanzierung, bei der die Bundesländer Mittel für Investitionen, das heißt für Errichtung, Ausbau und technische Ausstattung der Krankenhäuser, zur Verfügung stellen sollen, während die Krankenkassen für die Deckung der laufenden Betriebskosten durch Übernahme der Behandlungskosten, bislang in Form diagnosespezifischer Fallpauschalen, künftig mit einer Kombination aus Fall- und Vorhaltepauschalen, verantwortlich sind. Diese Trennung schafft per se Fehlanreize. Wichtiger ist aber, dass die Länder ihrer Verantwortung für angemessene Investitionen seit Langem schlicht nicht im nötigen Umfang nachkommen. Die Länder zahlen für die Investitionskosten der Krankenhäuser deutlich weniger, als erforderlich wäre. Nach verschiedenen Schätzungen liegt die Finanzierungslücke bei den von den Ländern zu zahlenden Investitionskosten seit Jahren bundesweit bei insgesamt mindestens ca. 3 bis 4 Mrd. Euro pro Jahr (Bundesrechnungshof 2024, S. 10). Auch daraus ergeben sich für Krankenhäuser Zwänge, Investitionen durch möglichst hohe Einnahmen zu finanzieren, die eigentlich der Deckung der Behandlungskosten dienen, und Wege zur Quersubventionierung zwischen den für sie erreichbaren Kostenträgern zu suchen. Abhilfe kann hier eine Rückkehr zu einer **monistischen Krankenhausfinanzierung** schaffen, bei der die laufenden Zahlungen der Kassen für Behandlungen zugleich und explizit auch die dafür jeweils erforderlichen Investitionen decken sollen. Um zu vermeiden, dass diese Verlagerung der Kostenverantwortung angesichts des derzeit bestehenden Investitionsstaus zunächst einen Anstieg der Ausgaben und Beiträge der GKV bewirkt, müssen den

Krankenkassen zur Finanzierung der medizinisch notwendigen Investitionen Steuermittel zur Verfügung gestellt werden.⁴⁶ Langfristig sollten die Vorteile gegenüber den heutigen Rahmenbedingungen und ihren Effekten für Behandlungs- und Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser überwiegen.

Es wird ersichtlich, dass die hier skizzierten Reformelemente massive Veränderungen im stationären Sektor nach sich ziehen würden, die Zeit benötigen. Dämpfungen der Ausgabenentwicklung würden damit Hand in Hand gehen, entfalten sich aber ebenfalls erst prozesshaft. Noch größere Umstellungen kommen aber auf die gesetzlichen Krankenkassen zu, die in mehr Wettbewerb untereinander eintreten und ein marktliches Verhalten gegenüber den Leistungserbringern und anderen Vertragspartnern entwickeln müssen. Effektiv sollen sie im Gesundheitssystem auf Dauer eine neue, zentralere Rolle einnehmen, in die sie ebenfalls erst hineinwachsen müssen. Entscheidend ist dabei letztlich die Frage, wie die Kassen zum Aufbruch in diese Richtung bewegt werden können.

5.2 Konsequenzen für die Finanzierung der GKV

Von großer Bedeutung für einen Erfolg der Strategie eines konsequenteren Versorgungsmanagements durch die Krankenkassen ist, dass damit zugleich eine freiere Tarifgestaltung gegenüber den Versicherten einhergeht, ohne dass auf bisherige Elemente des sozialen Ausgleichs verzichtet wird.

GKV-Wahltarife mit bevorzugten Leistungserbringern

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen sollten in Zukunft die Wahl zwischen **Tarifen mit Versorgungsmanagement** und anderen, herkömmlicheren Tarifen bekommen. Tarife der ersten Art bieten Versicherten Zugang zu einer umfassenden Versorgung durch die von der jeweiligen Kasse mit Selektivverträgen gebundenen bevorzugten Leistungserbringer. Tarife der zweiten Art erlauben dagegen weiterhin eine freie Arzt- und Krankenhauswahl. Damit die Tarifwahl sinnvoll ausgeübt werden kann, bedarf es nicht nur einer Intensivierung des (Preis-)Wettbewerbs zwischen verschiedenen Kassen, sondern auch einer Beitragsgestaltung, die Kostenbewusstsein erzeugt, ohne dass dies zu Kostenverlagerungen auf die Versicherten führen muss.

Zu diesem Zweck muss – neben den bisher skizzierten Änderungen im Gesundheitssystem, die vor allem die Ausgabenseite betreffen – auch die Finanzierung der GKV umgestellt werden. Versicherte müssen einen Anreiz erhalten, aktiv eine qualitativ hochwertige, aber zugleich kostengünstige Versorgung zu wählen. Sie müssen die Kostenunterschiede zu Tarifen, die ihnen freiere Wahlmöglichkeiten bieten, sehen und

⁴⁶ Ein Modell, bei dem die Länder verpflichtet werden, ausreichende Mittel in einen gemeinsamen Fonds einzuzahlen und sich ihrer Kostenverantwortung nicht länger zu entziehen, skizziert der Wissenschaftliche Beirat beim BMF (2018, S. 49–52).

gegebenenfalls auch spüren. Die von ihnen zu entrichtenden Beiträge müssen daher echte Preissignale enthalten.

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge für andere Tarife und teurere Krankenkassen

Die Lösung liegt darin, die paritätische, lohnbezogene Finanzierung der GKV jeweils auf den Beitrag für den günstigsten Tarif einer gesetzlichen Krankenkasse mit selektiv-vertraglichem Versorgungsmanagement zu beschränken.

Für andere Tarife mit mehr Wahlfreiheit und auch für alle Tarife anderer Kassen werden von den Versicherten dagegen **einkommensunabhängige Zusatzbeiträge** erhoben. Diese Zusatzbeiträge unterscheiden sich somit von den seit 2015 lohnbezogen erhobenen und seit 2019 darüber hinaus paritätisch finanzierten Zusatzbeiträgen. Sie können durch die Wahl eines Tarifs mit Versorgungsmanagement ohne Kassenwechsel deutlich reduziert werden. Ansonsten sind sie aus Sicht der Versicherten entweder durch bessere (Wahl-)Leistungen gerechtfertigt oder sie erzeugen Wechselanreize und können durch Übertritt zur Krankenkasse mit dem günstigsten Tarif sogar völlig vermieden werden.

Das Kostenbewusstsein, das mit einer solchen Beitragsgestaltung angestrebt wird, macht es erforderlich, diese Zusatzbeiträge neuer Art weder paritätisch zu finanzieren noch einkommensabhängig auszugestalten. Auch darf man sie nicht mit einem Sozialausgleich für Bezieher niedriger Einkommen kombinieren. Die paritätische und rein einkommensabhängige Finanzierung der GKV macht die Wahl von Tarifen mit erfolgreichem Versorgungsmanagement für Versicherte wenig attraktiv (Richter 2016). Daraus resultierende Beitragssparnisse müssten sie mit dem Arbeitgeber teilen, der keinen Einfluss auf die Tarif- und Kassenwahl hat. Die möglichen Ersparnisse werden für die Versicherten auch nur in Abhängigkeit von der Höhe ihres beitragspflichtigen Einkommens spürbar. Beides gilt ebenso für einen Sozialausgleich, wobei Beitragssparnisse dann mit dem öffentlichen Haushalt geteilt würden, der diesen Sozialausgleich – z.B. eine Begrenzung der Zusatzbeiträge auf einen maximalen Prozentsatz des jeweiligen Einkommens – finanziert. Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, die die Versicherten ohne Deckelung selbst zahlen müssen, sind ein wichtiges Preissignal und keine soziale Härte. Wenn sichergestellt ist, dass Wahl- und Wechselmöglichkeiten einfach und verständlich ausgestaltet sind, können die Versicherten ihren Versicherungstarif und ihre gesetzliche Krankenkasse schließlich jederzeit so wählen, dass sie geringere oder gar keine Zusatzbeiträge bezahlen müssen.

Perspektivisch lässt sich das hier beschriebene Modell zur Finanzierung der GKV im Übrigen so weiterentwickeln, dass es zugleich einen fairen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ermöglicht (vgl. dazu auch Kifmann und Nell 2014), der einen Ausweg aus den nicht abreißen Diskussionen über das Nebeneinander der beiden Krankenversicherungszweige weisen kann. Vorteile, die die Existenz der PKV für das Gesundheitssystem im Ganzen hat, blieben dabei erhalten. Auf Dauer müsste man

dazu die Prämien für PKV-Tarife gleichfalls aufgliedern in einen Teil, mit dem die privat Krankenversicherten sich an der kollektiven Finanzierung des jeweils günstigsten Tarifs mit Versorgungsmanagement beteiligen, und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, die die im PKV-Tarif vereinbarten zusätzlichen Versicherungsleistungen decken, insofern risikoorientiert sein können und weiterhin auch Zahlungen zum Aufbau von Alterungsrückstellungen enthalten.

Auffanglösung: Begrenzung des Arbeitgeberanteils der Beitragssätze

Die hier vorgestellten Reformempfehlungen für das Gesundheitswesen und für die Finanzierung der GKV setzen nennenswerte Verhaltensänderungen bei vielen Akteuren voraus und verändern letztlich die gesamte Akteurskonstellation. Wenn es nicht oder nicht vollständig gelingt, diese Empfehlungen in gesetzliche Rahmenbedingungen und dann auch in die Praxis umzusetzen, ist für die Zukunft mit einem ungebremsten Anstieg der Beitragssätze der GKV zu rechnen, der im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen besonders stark ausfallen kann (vgl. Abschnitt 2.3). Für diesen Fall ist daher eine **Auffanglösung** nötig, die zumindest die daraus resultierenden Auswirkungen auf Lohnkosten und internationale Wettbewerbsfähigkeit eindämmt.

Optionen dazu sind in Deutschland schon lange diskutiert worden, etwa eine Finanzierung der GKV aus einkommensunabhängigen „Gesundheitsprämien“, kombiniert mit einem Sozialausgleich, der die Umverteilung beim Zugang zum Krankenversicherungsschutz gewährleistet, aber in das Steuersystem verlagert. Mit der Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge wurden vorübergehend auch schon Schritte in diese Richtung unternommen, die – nach mehrfachen Änderungen der genauen Regelungen – zuletzt aber wieder weitestgehend aufgehoben worden sind.⁴⁷ Bei unverändert hoher Dynamik der Ausgaben der GKV muss die Diskussion darüber in Zukunft erneut aufgenommen werden.

Eine vollständige Umstellung der GKV auf eine Finanzierung mit einkommensunabhängigen Prämien wäre jedoch nur mittel- bis langfristig denkbar und sie müsste durch weitere Maßnahmen, insbesondere die Einrichtung eines funktionsfähigen Sozialausgleichs, begleitet werden, der die Steuerungswirkungen wiederum begrenzen würde. Vor diesem Hintergrund schlägt die Kommission eine einfachere und auch kurzfristig umsetzbare Auffanglösung vor. Im Unterschied zur oben vorgeschlagenen Lösung, bei der die 2019 erfolgte Rückkehr zu einer paritätischen lohnbezogenen Finanzierung des Systems beibehalten, aber auf den Beitrag für den günstigsten Tarif in einer gesetzlichen Krankenkasse beschränkt wurde, wird die paritätische Finanzierung dabei wieder aufgegeben. Eine gesetzliche **Begrenzung des Arbeitgeberanteils** an den

⁴⁷ Die weiterhin bestehende Unterscheidung zwischen allgemeinem Beitragssatz und Zusatzbeiträgen in der GKV ist dabei sowohl im Hinblick auf Steuerungsmöglichkeiten für die Kassenwahl Versicherter als auch für die Verteilung von Finanzierungslasten praktisch immateriell geworden.

GKV-Beiträgen, wie sie bereits zwischen 2011 und 2018 bestand, ist die zielsicherste Möglichkeit, um zu verhindern, dass steigende Beitragssätze auf die Lohnkosten durchschlagen.

Die Versicherten sollten aber auch in diesem Fall eine Kombination aus lohnbezogenen Beiträgen und **einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen** entrichten, damit sie klare Preissignale für die Wahl von Kassen und Tarifen erhalten. Die Zusatzbeiträge müssen dabei aber – anders als unter dem von 2011 bis 2014 geltenden Recht – als sozial vertretbar erscheinen.

Sonst müsste man wiederum einen Sozialausgleich vorsehen, der seinerzeit nur schwer durchschaubare Belastungs- und Anreizwirkungen für die Versicherten erzeugte. Zudem würde auch ein zielgenauer gestalteter Sozialausgleich die Steuerungswirkung der Zusatzbeiträge weitgehend außer Kraft setzen. Im Kontext der hier skizzierten Auffanglösung, zu der im Fall einer unveränderten Kostendynamik im Gesundheitswesen gegriffen werden muss, wird daher eine alternative Methode der Beitragsbemessung in der GKV empfohlen, die ohne einen Sozialausgleich auskommt (vgl. Kasten 6).

Kasten 6:

Alternative Bestimmung der GKV-Beitragssätze bei unveränderter Kostendynamik

Spezifiziert man die allgemeine Budgetgleichung aus Kasten 1 für die Finanzen der GKV, kann man anstelle von Beitragszahlern und Leistungsbeziehern konkret von (beitragspflichtigen) Mitgliedern (M) einerseits und von Versicherten (V) andererseits sprechen, von denen Letztere durchschnittliche Gesundheitsausgaben bestimmter Höhe (g) in Anspruch nehmen. Die Mitglieder (hier: einschließlich Rentner) entrichten auf ihre durchschnittlichen beitragspflichtigen (Brutto-)Löhne (l ; hier: einschließlich als Lohnersatz gewährter Renten) Beiträge, die weiter mit einem Beitragsfaktor (b) erfasst werden. Dieser Faktor bezieht sich allerdings auf die insgesamt – als proportionale Beiträge und als einkommensunabhängige Zusatzbeiträge – anfallenden Einnahmen je Mitglied. Die jährliche Gleichgewichtsbedingung für das Budget der GKV lautet dann zunächst:

$$b \cdot l \cdot M = g \cdot V$$

In der GKV geht es – anders als in der GRV – vor allem um die Deckung anfallender Behandlungskosten. Wie hoch sie ausfallen und wie sie sich relativ zu den

beitragspflichtigen Löhnen entwickeln, kann dabei auf Basis von Bruttogrößen gemessen werden, mit einfacheren Formeln als für die Rentenfinanzen (vgl. Kasten 2).⁴⁸

In einem ersten Schritt ist die relative Bedeutung von lohnbezogenen Beiträgen und einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen politisch zu klären und gesetzlich zu fixieren. Unterstellt man, dass es in der Bevölkerung eine Präferenz für lohnbezogene Beiträge gibt, empfiehlt sich eine Art der Beitragserhebung, die an einer weitgehenden Lohnbezogenheit festhält und einkommensunabhängige Zahlungen auf einen „kleinen“ Zusatzbeitrag beschränkt. Für den hier skizzierten Vorschlag wird von einer Aufteilung von 99:1 ausgegangen.⁴⁹

Für 99 Prozent der Ausgaben der GKV⁵⁰ müssen im zweiten Schritt Beitragssätze bestimmt werden, die aus einem fixierten oder mit einer Obergrenze versehenen Arbeitgeberanteil (b^A) und einem variablen Versichertenanteil (b^V) bestehen. Die für die Bestimmung dieser Beitragssätze und -anteile maßgebliche Budgetgleichung lautet:

$$(b^A + b^V) \cdot l \cdot M = 0,99 \cdot g \cdot V$$

Der Arbeitgeberanteil b^A wird ebenfalls gesetzlich festgelegt. Als Orientierungsgröße könnten 7,3 Prozent dienen, da dies der Hälfte des heutigen allgemeinen Beitragssatzes entspricht. Für den von Jahr zu Jahr neu festzusetzenden Beitragssatz b^V , der auf die Versicherten entfällt, ergibt sich daraus:

$$b^V = 0,99 \cdot \frac{g}{l} \cdot \frac{V}{M} - 0,073$$

Die Zusatzbeiträge, mit denen hier insgesamt 1 Prozent der GKV-Ausgaben gedeckt werden muss, sind einkommensunabhängig, zugleich aber kassen- und auch tarifspezifisch. Im Durchschnitt betragen sie unter den hier getroffenen Annahmen (auf Basis der GKV-Ausgaben von 2024, abzüglich Bundeszuschüssen) für jedes

48 Die Durchschnittsgröße g weist nicht nur ein ausgeprägtes Altersprofil, sondern für Versicherte gegebenen Alters auch eine weit größere Variation auf als die gesetzlichen Renten. Auch die Ursachen ihrer Entwicklung über die Zeit sind in der GKV weit komplexer (vgl. Abschnitt 5.1) und beruhen nicht auf einer politisch bestimmten Anpassungsformel. Nach den hier entwickelten Empfehlungen sollten die Ausgaben der GKV – neben mittelbaren Auswirkungen einer längeren aktiven Lebensphase auf die Einnahmen (vgl. Abschnitte 3.2 und 4.1) – stattdessen indirekt gesteuert werden, nämlich vor allem mithilfe eines aktiven Versorgungsmanagements und mit Anreizen für die Versicherten, die die Effekte des Versorgungsmanagements verstärken.

49 Genau dies hat der Gesetzgeber schon bei der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 getan. Auch damals wurde geregelt, dass die beitragsbezogene Finanzierung der GKV zu 99 Prozent aus lohnabhängigen Beiträgen erfolgen sollte. Lediglich zur Deckung von 1 Prozent der Ausgaben sollte es einkommensunabhängige Zusatzbeiträge geben.

50 Als versicherungsfremd eingestufte Ausgaben, die durch relativ geringe Bundesmittel finanziert werden, bleiben dabei von vornherein unberücksichtigt.

Mitglied 4,34 Euro im Monat.⁵¹ Bei verschiedenen Kassen und Tarifen können sich andere, durchaus auch höhere Werte ergeben. Allerdings besteht dann immer die Möglichkeit, zu einer Kasse mit durchschnittlichem oder unterdurchschnittlichem Zusatzbeitrag zu wechseln. Zudem müssen die Zusatzbeiträge gar nicht unbedingt positiv ausfallen. Vielmehr sind negative Zusatzbeiträge vorstellbar und auch erwünscht.

Auch im hier entwickelten Modell der Beitragsbemessung kann und sollte es Krankenkassen geben, die ein Versorgungsmanagement errichten und dafür gegebenenfalls eigene, günstigere Wahltarife anbieten. Die Auswirkungen auf die Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge lassen sich mithilfe eines einfachen Rechenbeispiels illustrieren. Betrachtet werden dazu zwei Krankenkassen A und B, die beide herkömmliche („Standard“-)Tarife der GKV anbieten; Kasse B bietet zusätzlich einen Tarif mit Versorgungsmanagement („VM-Tarif“) an. Es wird angenommen, dass alle drei Tarife gleich stark nachgefragt werden und dass sich die Versicherten der verschiedenen Tarife weder in den für die Beitragserhebung noch in den für die anfallenden Ausgaben relevanten Merkmalen unterscheiden.⁵² Die mit Beiträgen zu finanzierenden Ausgaben je Mitglied und Monat werden insgesamt mit 434 Euro angesetzt, entsprechend dem tatsächlichen Wert für 2024 (vgl. Fußnote 51). Davon sollen im Beispiel 99 Prozent (429,66 Euro) lohnbezogen und kassenunabhängig finanziert werden und 4,34 Euro einkommensunabhängig. Je nach Kassen- und Tarifwahl können die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aber deutlich variieren (vgl. Tabelle 2).

Da der VM-Tarif von Kasse B nur zu Ausgaben je Mitglied in Höhe von 95 Prozent des Durchschnittswerts führt, ergeben sich dort Zusatzbeiträge von –17,36 Euro im Monat. Effektiv handelt es sich also um eine Erstattung von 4 Prozent der durchschnittlichen beitragsfinanzierten Ausgaben je Mitglied. Solche negativen Zusatzbeiträge werden im SGB V als Boni oder Prämien bezeichnet.⁵³ Der Zusatzbeitrag von 17,36 Euro, den ein Mitglied der Krankenkasse A zahlen muss, kann als zumutbar gelten, weil er sich durch Kassen- und Tarifwechsel reduzieren, ja sogar in einen Bonus verwandeln lässt. Im Beispiel beträgt der Beitragsvorteil bei einem Wechsel aus dem Standardtarif der Krankenkasse A in den VM-Tarif der Kasse B 34,72 Euro im Monat. Der Anreiz, zu wechseln, geht also weit über den durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 4,34 Euro im Monat hinaus.

51 Je Mitglied betragen die beitragsfinanzierten Ausgaben der GKV im Jahr 2024 434 Euro im Monat (BMG 2024a; Bundesamt für Soziale Sicherung 2024); 1 Prozent davon sind 4,34 Euro.

52 Etwaige Unterschiede solcher Merkmale werden im geltenden System bei der Zuweisung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung eines Risikostrukturausgleichs weitgehend eliminiert.

53 Abweichend vom geltenden Recht sollte es möglich sein, solche einkommensunabhängigen Boni auch an diejenigen Mitglieder einer Krankenkasse auszuzahlen, die (z. B. als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II) keine eigenen Beiträge entrichten, damit auch sie zu einer kostenbewussten Tarifwahl angeregt werden.

Tabelle 2: Zusatzbeiträge und Boni in der GKV (Rechenbeispiel)

Krankenkasse (Tarif)	Beitragsfinanzierte Ausgaben je Mitglied		Zusatzbeiträge (neg. Werte: Boni) in Euro pro Monat
	in Prozent des Durchschnitts	in Euro pro Monat	
A (Standardtarif)	103	447,02	17,36
B (Standardtarif)	102	442,68	13,02
B (VM-Tarif)	95	412,30	-17,36
Durchschnitt	100	434,00	4,34

Schließlich können die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge in diesem Modell – anders als unter den von 2011 bis 2014 geltenden Regeln – bei steigenden Gesundheitsausgaben nicht unbegrenzt steigen. Gedeckt wird damit immer nur 1 Prozent der jeweiligen durchschnittlichen Ausgaben. Der Anstieg betrifft vielmehr die von den Versicherten zu finanzierenden Anteile an den lohnbezogenen Beiträgen.

Ein konsequentes Versorgungsmanagement zielt auf die Ursachen für steigende, medizinisch nicht begründbare Gesundheitsausgaben und versucht, sie zu beseitigen. Es schützt Arbeitgeber und Versicherte zugleich vor stark steigenden Beitragssätzen der GKV. Im Vergleich dazu kuriert die hier beschriebene Auffanglösung vorrangig an den Symptomen herum. Bei einer unverändert hohen Dynamik der Ausgaben sorgt sie jedoch zumindest dafür, dass steigende GKV-Beiträge sich nicht direkt und automatisch auf die Lohnkosten auswirken und dadurch Arbeitsplätze gefährden. Effektiv kann die Frage nach der Aufteilung steigender Gesundheitsausgaben damit allerdings in die Lohnverhandlungen verlagert werden. Daher sind auch bei einer Begrenzung der Arbeitgeberanteile an den Beitragssätzen der GKV weitere Elemente der Beitragsbemessung nötig, die – wie die hier vorgeschlagenen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge oder Boni – Krankenkassen Anreize zur Ausgabendämpfung geben und Versicherten Kostenbewusstsein vermitteln.

Kasten 7:

Das Gesundheitswesen in der Covid-19-Pandemie

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich bei der Bekämpfung von Covid-19-Erkrankungen im internationalen Vergleich als relativ gut ausgestattet und sehr

flexibel erwiesen. Ein verlässlicher Test zum Nachweis von Neuinfektionen war schnell verfügbar, und die Testkapazitäten wurden binnen Kurzem enorm ausgebaut. Die Dichte von Intensivbetten mit Beatmungsgeräten war von Anfang an eine der höchsten weltweit (OECD 2020), und auch hier gelang ein weiterer Ausbau der verfügbaren Kapazitäten, sodass sie selbst auf dem Höhepunkt der Zahl akuter Erkrankungen bei Weitem nicht ausgelastet waren (DIVI 2020).

Wegen der Verschiebung zahlreicher planbarer, weniger dringlicher Behandlungen und Operationen ist die Auslastung der Krankenhausbetten in dieser Phase insgesamt sogar gesunken (Günster et al. 2020).

Als entscheidend für die Eindämmung der Covid-19-Pandemie – auch das zeigen internationale Vergleiche – haben sich jedoch weniger die vorhandenen Ressourcen des Gesundheitssystems erwiesen, sondern vor allem ein frühzeitig einsetzendes, auf wissenschaftlichen Fakten basierendes Krisenmanagement der Politik, kombiniert mit einer hohen Zustimmung der Bevölkerung zu den dabei ergriffenen einschneidenden Maßnahmen: weitreichende Kontaktbeschränkungen, deren unmittelbare wirtschaftliche und soziale Folgen durch den massiven Einsatz öffentlicher Mittel gezielt gedämpft wurden, und eine eher vorsichtige Lockerung, die auf eine fortschreitende wirtschaftliche Erholung hoffen ließ, soweit die Covid-19-Infektionen weiter unter Kontrolle gehalten wurden.

Zahlreiche Fragen zu den Lehren aus Covid-19-Pandemie werden noch mit Sorgfalt untersucht werden müssen. Für das deutsche Gesundheitssystem bedeutsam ist etwa, welche Notfallkapazitäten oder -vorräte dort für kommende Krisen – deren genaue Art nicht vorhersehbar ist – vorzuhalten sind und inwieweit dabei erneut auf Flexibilität und Reaktionsfähigkeit gesetzt werden kann. Diese Frage betrifft jedoch mehr die in der Vergangenheit oft als unzureichend kritisierten Investitionen, speziell im stationären Sektor, und weniger die laufenden Behandlungsausgaben, für deren Deckung die Krankenversicherungen aus Beitragsmitteln zu sorgen haben. Genauer zu untersuchen ist auch, welche Rolle die vielen kleinen, schlecht ausgestatteten Krankenhäuser für die Behandlung von Covid-19-Patienten und für die stationäre Versorgung sonstiger Patienten gespielt haben, deren Existenz vor Ausbruch der Pandemie als klares Anzeichen einer verfehlten Bedarfsplanung und Finanzierung galt. Definitiv notwendig ist eine Stärkung der Gesundheitsämter, die bei der Bewältigung des lokalen Ausbruchsgeschehens und der Kontrolle von Infektionsketten eine zentrale Rolle spielen. Mit dem von Bund und Ländern beschlossenen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ werden in den Jahren 2021 bis 2026 Schritte in diese Richtung bereits unternommen.

Zahlreiche Kritikpunkte bezüglich fehlender Qualität und fehlender Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung bleiben aus der Sicht von Experten auch

angesichts der Erfahrungen mit Covid-19 unverändert gültig (Graf et al. 2020). So erweist sich das deutsche Gesundheitssystem im Regelbetrieb beim Auftreten von Komplikationen und der Behandlung schwerer Erkrankungen – etwa Sepsis, Herzinfarkten und Schlaganfällen –, die als Indikatoren für die Versorgungsqualität dienen können, im internationalen Vergleich nur als mittelmäßig, mit der Folge einer hohen Zahl vermeidbarer Todesfälle. Solche Defizite stehen in engem Zusammenhang mit der bestehenden Krankenhausstruktur und anderen Strukturmerkmalen des deutschen Gesundheitswesens, trotz hoher Gesundheitsausgaben und einer hohen Betten- und Ärztedichte. Diese Probleme gilt es – unabhängig von der Covid-19-Pandemie – zu adressieren. Wege dorthin zeigen die hier dargelegten Empfehlungen der Kommission auf.

6 Empfehlungen für die soziale Pflegeversicherung

Die SPV, der jüngste Zweig der Sozialversicherung in Deutschland, blickt auf eine kurze, aber wechselvolle Geschichte zurück. Errichtet wurde die SPV als umlagefinanzierte Absicherung für das vor allem im höheren Alter hervortretende Risiko der Pflegebedürftigkeit 1995/96, als die bevorstehende demografische Alterung bereits klar absehbar war. Mit Rücksicht darauf wurde ihre finanzielle Steuerung in den Folgejahren zunächst mit äußerster Zurückhaltung betrieben.

Bis 2007 wurden die Pflegeleistungen, differenziert nach ambulanter und stationärer Pflege sowie nach den damals geltenden Pflegestufen, nominal konstant gehalten. Sie hielten in dieser Phase daher nicht mit real steigenden Lohnkosten Schritt und boten auch keinen Ausgleich für Kaufkraftverluste durch rein inflationäre Effekte. Dies führte mit der Zeit zu Diskussionen über wachsende Qualitätsmängel in der Versorgung, u. a. weil Pflegekräfte gehalten waren, unveränderte Tätigkeiten immer schneller auszuüben. In der Folgezeit hat die Politik ihren Kurs daher erst langsam und zuletzt immer schneller geändert.

Ab 2008 war gesetzlich geregelt, dass die Pflegeleistungen alle drei Jahre auf Anpassungsbedarf überprüft werden sollen. Als Orientierungswert für solche Anpassungen, nicht als definitive Richtschnur, wurde dabei auf die allgemeine Preisentwicklung verwiesen. Die tatsächlichen Anpassungen lagen jedoch weit oberhalb dieses Orientierungswerts. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden 2023 deutliche Leistungssteigerungen gesetzlich festgelegt. Vor allem infolge der bereits zuvor durchgeführten Leistungsverbesserungen durch die „Pflegestärkungsgesetze“, insbesondere eine erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit und einen Ausbau der neu strukturierten Leistungen bei stationärer und vor allem ambulanter Pflege, übertrafen sie im Zeitraum von 2008 bis 2018 sogar die Effekte ständiger bruttolohnorientierter Anpassungen deutlich (Werdning et al. 2024a, S. 33). Gleichzeitig hat sich durch diese Reformen auch die Anzahl der als pflegebedürftig eingestuft Personen stark erhöht. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen ergeben sich daraus spürbare Verbesserungen. Wie sich diese Verbesserungen längerfristig finanzieren lassen, wird aktuell dagegen nicht diskutiert.

Die SPV ist organisatorisch eng an die GKV angegliedert: Jede gesetzliche Krankenkasse unterhält eine Pflegekasse mit eigenem Budget, aber mit identischem Versicherungskreis. Trotzdem weisen die beiden Systeme nennenswerte Unterschiede auf. Für die

Mitgliedschaft in der SPV besteht kein Kassenwettbewerb. Darüber hinaus gibt es auch kaum wettbewerbliche Gestaltungsspielräume für Leistungserbringer.

Vielmehr bewirken die Abrechnungsmodalitäten, dass Innovationen im Bereich der Organisation und der Erbringung von Pflegeleistungen eher unterbleiben, weil die Anbieter sonst nicht sicher sein können, ihre Leistungen erstattet zu bekommen. Außerdem bietet die SPV – anders als die GKV – keine Vollkostenversicherung für alle auf dem gegenwärtigen Kenntnisstand als wirksam erachteten Leistungen. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird von der SPV lediglich ein Teil der anfallenden Kosten übernommen – im Durchschnitt rund 70 Prozent (Rothgang und Müller 2023, S. 117–120).⁵⁴ Seit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes zum 1. Januar 2022 übernimmt die Pflegeversicherung einen Teil des Eigenanteils, der von der Verteilung der Bezugsdauer vollstationärer Pflege abhängt. Im Mittel liegt der von der Pflegeversicherung durch die Zuschläge übernommene Teil der Eigenanteile bei rund 38 Prozent, während 62 Prozent der die Pflegeversicherungsleistungen übersteigenden pflegebedingten Kosten nach wie vor von den Heimbewohnern zu zahlen sind (Rothgang 2023). Für darüber hinausgehende Pflegekosten sollen die Pflegebedürftigen eigene Mittel einsetzen oder eine private Zusatzversicherung abschließen. Für Personen, deren Rente und sonstige Alterseinkommen dazu nicht ausreichen, werden Hilfen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII gewährt.⁵⁵

Von Sozialverbänden, Gewerkschaften und im politischen Raum wird gefordert, die SPV zu einer Vollversicherung auszubauen, bei der Pflegebedürftige in Zukunft keine (ungedeckelten) Eigenanteile an den Pflegekosten mehr erbringen müssen.⁵⁶ Von anderer Seite wird vor den Auswirkungen eines solchen Schritts auf die Entwicklung von Ausgaben und Beitragssätzen der Pflegeversicherung gewarnt (Kochskämper 2019; Bahnsen et al. 2019). Letztere sind in den letzten zehn Jahren bereits um 1,3 Prozentpunkte und damit um mehr als die Hälfte gestiegen. Der 2024 vorgelegte Bericht der Bundesregierung zur zukunftssicheren Finanzierung der SPV zeigt, dass eine Vollversicherung mit Mehraufwendungen von rund 59 Mrd. Euro im Jahr 2026 (entspricht gegenüber dem Basisszenario zusätzlichen 3,95 Beitragssatzpunkten) nicht finanzierbar wäre (Bundesregierung 2024).

Der demografische Wandel hat massive Auswirkungen auf die Finanzen der SPV. Der Bevölkerungsanteil der über 80-Jährigen, die von Pflegebedürftigkeit weit überproportional betroffen sind, wird sich wegen der steigenden Lebenserwartung in den nächsten

54 Im Bereich der ambulanten Pflege hängen die von der SPV übernommenen Anteile an den Pflegekosten sehr von individuellen Gegebenheiten ab (Inanspruchnahme von Sachleistungen oberhalb der Leistungspauschalen, Nettoeinkommensverzicht der Pflegepersonen), sodass sich allgemeine Durchschnittswerte nicht leicht bestimmen lassen.

55 Bisher bestand aufgrund der Unterhaltspflicht dabei die Möglichkeit zum Rückgriff auf Kinder der Pflegebedürftigen. Seit 2020 werden solche Rückgriffe, wie bei der Grundsicherung im Alter, durch eine hohe Einkommensfreigrenze allerdings stark beschränkt.

56 Forderungen dieser Art, bei denen der Umfang der „Vollversicherung“ aber nicht immer klar erkennbar wird, wurden zuletzt von Vertretern der SPD, der Linken und auch der Grünen erhoben.

zwei bis vier Jahrzehnten noch deutlich stärker erhöhen als der normale demografische Altenquotient, der auf die über 65-Jährigen abstellt (Statistisches Bundesamt 2022). Gleichzeitig zeigen sich in den altersspezifischen Anteilen Pflegebedürftiger bisher kaum Anzeichen dafür, dass sich die späte Lebensphase mit hohem Pflegebedürftigkeitsrisiko bei steigender Lebenserwartung weiter hinausschiebt.⁵⁷

Angesichts dieser Perspektiven muss damit gerechnet werden, dass die SPV in den kommenden Jahren unter großen finanziellen Druck gerät, mit einer gewissen Verzögerung gegenüber der GRV, weil das Risiko, pflegebedürftig zu werden, erst im höheren Alter stark zunimmt.

Die Politik könnte diesen finanziellen Druck zwar mildern, indem sie die Pflegeleistungen – entsprechend den früher geltenden gesetzlichen Bestimmungen – in Zukunft wieder nur mit Verzögerungen und lediglich mit einem Inflationsausgleich anpasst. Bei real steigenden Kosten, vor allem infolge real steigender Löhne der in der Pflege Beschäftigten, sinkt damit der von der SPV übernommene Kostenanteil und die Eigenanteile der Pflegebedürftigen steigen. Zu erwarten sind dann einerseits neue Diskussionen über den Umfang der Versicherungsleistungen und vor allem über die Qualität der damit finanzierbaren Pflege, andererseits politische Eingriffe, bei denen die Pflegeleistungen jeweils vorübergehend wieder viel stärker erhöht werden.

Auch wenn die SPV nur einen relativ kleinen Zweig des Sozialversicherungssystems darstellt, sind ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne angesichts der aktuellen Herausforderungen für das gesamte System (vgl. Abschnitt 2) mittel- und langfristig nicht finanzierbar. Wenn stattdessen auf Dauer nur rein inflationsorientierte Anpassungen der Pflegeleistungen vorgenommen werden, sinkt das Sicherungsniveau für das Pflegebedürftigkeitsrisiko mit der Zeit stark. Eine solche Regelung wäre im Licht bisheriger Erfahrungen politisch nicht glaubwürdig. Erforderlich ist angesichts dessen für die Zukunft endlich eine **systematische, regelgebundene Anpassung der Pflegeleistungen**. Diese sollte die Effekte des demografischen Wandels für die Finanzen der SPV mit einem Selbststabilisierungsmechanismus versehen und damit zugleich für Transparenz und Verlässlichkeit der von der SPV zu erwartenden Leistungen sorgen (vgl. Kasten 8).

⁵⁷ Vgl. dazu die Angaben in BMG (2024c). Die dort ausgewiesenen Zahlen reflektieren allerdings auch die jeweilige Praxis der Einstufung als Pflegebedürftige. Mit der Einführung eines neuen „Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im Jahr 2017 hat sich diese so verändert, dass die Zahlen vorher und nachher nicht wirklich vergleichbar sind.

Kasten 8:

Langfristiges Gleichgewicht der Finanzen der Pflegeversicherung

Überträgt man die Budgetgleichung aus Kasten 1 auf die Finanzen der SPV, kann man für die Leistungsbezieher die konkrete Bezeichnung „Pflegebedürftige“ (PB) einsetzen, für die im Durchschnitt in Anspruch genommenen Leistungen der Versicherung die Pflegeleistungen (p). Die Bestimmungsgrößen der Einnahmen bleiben unverändert die Beitragszahler (BZ ; einschließlich der Rentner), ihre durchschnittlichen beitragspflichtigen (Brutto-)Löhne (l ; wiederum einschließlich Renten) und der jeweils geltende Beitragssatz (b). Für das jährliche Budgetgleichgewicht gilt daher die Bedingung:

$$b \cdot l \cdot BZ = p \cdot PB$$

Wie in der GKV geht es in der Pflegeversicherung um die Deckung anfallender Pflegekosten, deren Höhe und Entwicklung erneut auf Basis von Bruttogrößen gemessen werden können. Soweit die Kosten zu einem Großteil in Lohnkosten bestehen, wie dies in der Pflege der Fall ist, erscheint dies sogar als passender.

Anders als die GKV ist die Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 explizit auf eine Teildeckung der individuell anfallenden Pflegekosten angelegt. Neben der Möglichkeit, bei finanziellen Ungleichgewichten die Beitragssätze anzupassen, resultiert aus dieser Eigenart des Systems eine weitere Stellschraube auf der Ausgabenseite, die nicht nur indirekt – über Maßnahmen, die die Kostenentwicklung dämpfen oder sogar Kosten senken –, sondern auch direkt genutzt werden kann.

Für die von der SPV gewährten Pflegeleistungen lässt sich daher eine explizite Anpassungsformel einführen. Diese kann zusätzlich mit einem Selbststabilisierungsmechanismus – z.B. ähnlich dem „Nachhaltigkeitsfaktor“ in der Rentenanpassungsformel (vgl. Kasten 2) – versehen werden. Die Regelung könnte somit folgende Anpassungsformel für die Pflegeleistungen im Jahr t gegenüber dem Vorjahr $t-1$ vorsehen:

$$p_t = p_{t-1} \cdot \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \cdot \left(1 - \beta \left(\frac{PB_{t-1}/BZ_{t-1}}{PB_{t-2}/BZ_{t-2}} - 1 \right) \right) \quad \text{mit} \quad 0 < \beta \leq 1$$

Im Grundsatz werden die Pflegeleistungen nach dieser Formel jährlich mit der Steigerungsrate der Bruttoentgelte der aktiven Versicherten, BE , angepasst. Wenn der Parameter $\beta > 0$ ist,⁵⁸ bewirkt er jedoch, dass die Pflegeleistungen bei steigendem

58 Für $\beta = 0$ ist die Anpassungsformel insgesamt verzichtbar.

„Pflegebedürftigkeitsquotienten“ (PB / BZ) nur unterproportional steigen. Dies dämpft die ansonsten erforderlichen Beitragssatzsteigerungen. Die Höhe von β regelt dabei die Verteilung der Finanzierungslasten, die durch die Änderung der Struktur der Versicherten entstehen, auf Beitragszahler und Pflegebedürftige: Bei $\beta = 0,5$ ergibt sich eine hälftige Teilung, bei $\beta = 1$ eine vollständige Übertragung auf weniger stark steigende Leistungen an Pflegebedürftige. Zur Verfeinerung des hier skizzierten Mechanismus könnte die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Formel zusätzlich nach ihrem Pflegegrad gewichtet werden (im Sinne eines „Äquivalenz-Pflegebedürftigkeitsquotienten“; vgl. Fußnoten 12 und 18).

Wenn die vollen Pflegekosten auf Dauer mit der Wachstumsrate der Bruttolöhne steigen, führen bruttolohnorientierte Anpassungen der Pflegeleistungen zu einem konstanten Sicherungsniveau der Pflegeversicherung, da die im Durchschnitt gewährten Leistungen tendenziell genauso steigen wie die beitragspflichtigen Entgelte der Beitragszahler.⁵⁹ Steigende Pflegebedürftigkeit beeinträchtigt aber das finanzielle Gleichgewicht des Systems. Nach geltendem Recht zieht dies in erster Linie Anpassungen der Beitragssätze nach sich. Ob und gegebenenfalls wie die Politik daneben auch Anpassungen bei den Pflegeleistungen vornimmt, bleibt offen. Die hier vorgeschlagene Formel sieht explizit vor, die nötigen Anpassungen auf Beitragssätze und Pflegeleistungen aufzuteilen.

Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors für Pflegeleistungen

Empfohlen wird hier, einen „**Nachhaltigkeitsfaktor**“ für die Leistungen der SPV einzuführen, der sich an den bestehenden Selbststabilisierungsmechanismus in der GRV anlehnt (vgl. erneut Kasten 8). Ein solcher Mechanismus würde die Anpassungen der Pflegeleistungen dämpfen, wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen stärker steigt als die der Beitragszahler, und damit das Leistungsniveau, aber nicht die Leistungen der SPV senken. Konkret schlägt die Kommission dabei eine 50:50-Aufteilung der vor allem aus demografischen Gründen steigenden Lasten auf Beitragszahler und Pflegebedürftige vor.

Dies führt zu regelgebundenen Anpassungen der Pflegeleistungen, die die entstehende finanzielle Anspannung dieses Systems berücksichtigen und Druck von den Beitragssätzen der Pflegeversicherung nehmen. Angesichts der wechselvollen Geschichte von Leistungsanpassungen und Sicherungsniveau der Pflegeversicherung kann so für die

⁵⁹ Diese Tendenzaussage gilt mit zwei Einschränkungen: Erstens erhöhen sich gesetzliche Renten, die einen Teil der Beitragsbemessungsgrundlage der Pflegeversicherung bilden, auf Dauer tendenziell mit geringeren Raten als die Bruttolöhne, sowohl nach geltendem Recht als auch nach den hier empfohlenen Änderungen (vgl. Abschnitt 4.1). Zweitens können die Löhne für Pflegekräfte – zumindest temporär – stärker steigen als der Durchschnitt aller Löhne.

zukünftige Steuerung der Pflegefinanzen ein gangbarer Weg gefunden werden. Zudem werden zukünftige Entwicklungen hinreichend vorhersehbar und transparent. Dies erlaubt es zugleich – sehr viel besser als unter dem geltenden Recht –, Senkungen des Sicherungsniveaus auch in diesem Feld frühzeitig durch ergänzende Vorsorge zu begegnen.

Rahmenbedingungen für Leistungserbringung und ergänzende Vorsorge verbessern

Für die Pflegefinanzen stellt die explizite Steuerung der Leistungen der SPV das zentrale Element der hier vorgelegten Vorschläge dar. Auch in diesem Bereich zu einem Versorgungsmanagement mit intensiverem Kassenwettbewerb überzugehen, wie es zuvor für die GKV empfohlen wurde, ist dagegen schwierig, da die Pflegeversicherung – anders als die Krankenversicherung – überwiegend Geldleistungen an die Versicherten gewährt.⁶⁰ Neben Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben der SPV können und sollten in Zukunft aber auch die Regulierungen der Erbringung von stationärer und ambulanter Pflege überprüft werden (Kochskämper und Pimpertz 2015; Paquet und Jacobs 2015).

Die Spielräume für Produktivitätssteigerungen und technischen Fortschritt sind in diesen Bereichen unter den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen äußerst gering. Dies liegt nicht zuletzt an starren Vorschriften für die Abrechnung erstattungsfähiger Aufwendungen. Effektiv herrscht im gesamten Sektor kaum Wettbewerb, trotz einer gemischten Struktur von Leistungserbringern mit stark gestiegenem Anteil privater Anbieter. Die Spielräume für Innovationen und Wettbewerb sollten daher vergrößert werden. Hilfreich wäre es dazu, die geltenden landesspezifischen Regulierungen für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste stärker zu vereinheitlichen und vor allem bestehende Überregulierungen abzubauen. Erforderlich sind Regulierungen, die sich insgesamt mehr auf die Qualität der Ergebnisse richten, und weniger Regulierungen der Inputs und Preise.

Als unterentwickelt erscheint in Deutschland auch der Markt für ergänzende, kapitalgedeckte Vorsorge für die mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten. Im Jahr 2022 hatten etwa 4,2 Mio. Personen eine Pflegezusatzversicherung (davon knapp 920.000 Verträge mit staatlicher Förderung als sog. „Pflege-Bahr“; GDV 2024).⁶¹ Dabei stellen die durch Leistungen der SPV nicht gedeckten Eigenanteile an den insgesamt entstehenden Kosten ein nicht unerhebliches finanzielles Risiko dar. Der nötige Umfang solcher Versicherungen ist unter dem geltenden Recht allerdings

60 Auch folgt die Mitgliedschaft in einer Pflegekasse bisher einfach der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Ohne weitreichende Umstrukturierungen ließe sich das Modell für die GKV daher nicht auf die Pflege übertragen.

61 Überwiegend handelt es sich dabei um Pflegeitagegeldversicherungen, die im Fall der Pflegebedürftigkeit eine vorab vereinbarte, oft dynamisierte finanzielle Leistung anbieten, nicht eine (anteilige) Versicherung der entstehenden Pflegekosten.

schwer definierbar, weil nicht nur über die zukünftige Kostenentwicklung, sondern auch über die Entwicklung der Pflegeleistungen der SPV große Unsicherheit besteht. Für Verbesserungen der Rahmenbedingungen dafür, angemessenen Versicherungsschutz definieren und entsprechende Versicherungen kalkulieren zu können, sind aus heutiger Sicht verschiedene Lösungen denkbar (vgl. etwa Genett 2019; Kochskämper et al. 2019). Die hier empfohlene Einführung einer klaren Anpassungsregel für die gesetzlichen Leistungen schafft u. a. auch dafür bessere Voraussetzungen.

Nachgedacht werden kann in diesem Zusammenhang auch über Änderungen an der bereits existierenden staatlichen Förderung solcher Verträge oder über gesetzliche Verpflichtungen, sie abzuschließen. Eine Förderung erscheint angesichts der relativ geringen Prämien für einen frühzeitig abgeschlossenen Versicherungsschutz allerdings als zweitrangig. Gegen eine obligatorische Pflegezusatzversicherung spricht, dass deren Leistungen dann gesetzlich vollständig standardisiert werden müssten, während die Bedarfe und vor allem die ohne Zusatzversicherung bestehenden Vorsorgelücken enorm differieren können (Genett 2019, S. 10). Gleichwohl sollten bei Produkten zur ergänzenden Absicherung bei Pflegebedürftigkeit dieselben Anforderungen an Transparenz und Wettbewerbsorientierung erfüllt werden wie im Bereich der ergänzenden Altersvorsorge (vgl. Abschnitt 4.3). In jedem Fall sollte auch ein Ausbau ergänzender privater Vorsorge einen wichtigen Baustein der Pflegekostenfinanzierung für die Zukunft bilden.

7 Empfehlungen für die Arbeitslosenversicherung

Anders als in allen anderen Sozialversicherungszweigen ist der Beitragssatz der Arbeitslosenversicherung in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken. Mit 2,6 Prozent liegt er derzeit rund 4 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2005, in dem der Gesamtsozialversicherungsbeitrag einen Höhepunkt erreichte (vgl. Abschnitt 2.2). Nur dadurch konnte Letzterer zumindest bis zum Jahr 2023 wieder unter 40 Prozent gesenkt werden. Ein Gutteil dieser Senkung wurde allerdings durch steigende Beitragssätze in der GKV und der SPV aufgezehrt.

Entscheidend für den deutlichen Rückgang der Beitragssätze der Arbeitslosenversicherung war die langjährig günstige Entwicklung von Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Deutschland, die selbst durch die globale Finanz- und Wirtschaftskrise in den Jahren 2008/09 nur kurz unterbrochen wurde. Eine wichtige Rolle hierfür spielten Reformen zugunsten einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik und nicht zuletzt auch eine weitreichende Organisationsreform der Bundesagentur für Arbeit (BA) (Weise 2011; Theuer und Sowa 2014). Insbesondere wurden so Fehlanreize beseitigt, die zuvor zu einem Verharren im Arbeitslosengeldbezug geführt oder ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gefördert hatten. Die Konzentration der Bezugsdauer des Arbeitslosengelds auf die Regellaufzeit von zwölf Monaten hat dazu beigetragen, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit zu reduzieren und nicht zuletzt die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer massiv zu steigern (vgl. Abschnitt 4.1).⁶² Ohne diese Reformen und der Situation angemessene Krisenanpassungen beim Kurzarbeitergeld wäre es nicht möglich gewesen, die Arbeitslosigkeit beim massiven Einbruch der Wirtschaft in der Finanz- und Wirtschaftskrise einzudämmen und diese anschließend rasch zu überwinden. Ebenso wenig wäre es möglich gewesen, in den durch Covid-19 und den russischen Krieg gegen die Ukraine bedingten Krisen Millionen von Beschäftigten in Hunderttausenden Betrieben mit Kurzarbeitergeld zu unterstützen und einen kurzfristigen, massiven Anstieg der Arbeitslosigkeit zu verhindern.

All dies hat den Charakter der Arbeitslosenversicherung als beitragsfinanzierte Risikoversicherung gestärkt. Zur Vermeidung oder Überwindung von Arbeitslosigkeit trägt die BA auch durch ihre Dienstleistungen zur Beratung und Vermittlung bei.

⁶² Die verlängerte Laufzeit von maximal 24 Monaten für ältere Versicherte wirkt sich dagegen negativ auf die Integration älterer Arbeitsloser in Beschäftigung aus (vgl. dazu die Wirkungsanalysen der letzten Änderungen der Laufzeit von Arbeitslosengeldansprüchen bei Dlugosz et al. 2014; Riphahn und Schrader 2018; Lichter und Schiprowski 2021).

Darüber hinaus erforderliche Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik werden weitgehend evidenzbasiert gesteuert, nach Kriterien der Wirkung und Wirtschaftlichkeit und gestützt auf eine intensive Wirkungsforschung und ein transparentes Monitoring (Schmidt 2014; Walwei 2019). Es ist notwendig, daran festzuhalten.

Der demografische Wandel macht es erforderlich, alle vorhandenen Arbeitspotenziale auszuschöpfen. Allerdings können stark steigende Beitragssätze der anderen Sozialversicherungszweige zur Ursache zunehmender struktureller Arbeitslosigkeit wegen zu hoher Lohnzusatzkosten werden (vgl. Abschnitt 2.3). Auch in der aktuellen, wirtschaftlich schwierigen Lage sind Fachkräftengpässe in einigen Branchen und Berufen zu beobachten, die strukturell bedingt sind. Neue Herausforderungen erzeugen die digitale Transformation und der damit einhergehende Strukturwandel – nicht im Sinne eines „Verschwindens“ der Arbeit, aber durch steigende Qualifikationsanforderungen und daher unter Umständen auch durch mehr friktionale Arbeitslosigkeit. Weitere Herausforderungen entstehen durch Dekarbonisierung und Deglobalisierung und damit verbundene Veränderungen in der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur.

Auf die BA kommt dabei die Aufgabe zu, Arbeitslose und nötigenfalls auch gefährdete Beschäftigte individueller zu beraten und gezielter zu vermitteln als in der Vergangenheit, was angesichts sich ausdifferenzierender Anforderungen komplexer und anspruchsvoller wird. Beratung darf dabei kein Selbstzweck sein, sondern muss dem Ausgleich am Arbeitsmarkt dienen. Daneben sollte sie Jugendliche intensiver bei der Berufsorientierung und beim Übergang von der Schule in den Beruf unterstützen, weitere Beschäftigungspotenziale bei Älteren, Frauen und auch bei Menschen mit Behinderungen heben und darüber hinaus bei der Rekrutierung von qualifizierten Fachkräften aus dem EU-Ausland und in wachsendem Maße auch aus Drittstaaten mitwirken.

Zu den Aufgaben der BA gehört es auch, durch geförderte Weiterbildung Arbeitslosigkeit zu überwinden bzw. drohende Arbeitslosigkeit zu vermeiden sowie Anstöße für die (betriebliche) Weiterbildung zu geben, insbesondere für Ältere, Geringqualifizierte und in kleinen und mittleren Unternehmen. Es wäre aber eine Fehlentwicklung, die den Prinzipien einer Risikoversicherung widerspräche, die BA in eine „Agentur für Weiterbildung“ zu verwandeln. **Qualifizierungsinvestitionen** fallen zuallererst in die **Verantwortung von Unternehmen und Beschäftigten** und sollten nicht in großem Stil in die Finanzierungslast der Beitragszahler der Arbeitslosenversicherung überführt werden. Fragwürdig wäre es ebenso, Arbeitslose regelmäßig in Qualifizierungsmaßnahmen zu schicken oder ihnen die Laufzeit des Arbeitslosengelds dafür automatisch zu verlängern. Am besten gelingt im Strukturwandel notwendige Qualifizierung „on the job“, das heißt, wenn sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer um die nötigen Anpassungen der Qualifikationen kümmern und Arbeitslosigkeit gar nicht erst entsteht.

Auch außerhalb des Bereichs der Qualifizierung wurden in den letzten Jahren Aufgaben und Finanzverantwortung im größeren Umfang vom steuerfinanzierten Bereich der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in die beitragsfinanzierte Arbeitslosenversicherung

verlagert. Dieser Trend gefährdet die Beitragssatzstabilität zusätzlich und muss beendet und rückabgewickelt werden. Eine weitere Verlängerung der Laufzeit des Arbeitslosengelds bei längerer Versicherungszeit – im Sinne einer „Ansparlösung“ anstelle der jetzigen allgemeinen Risikoversicherung – wäre mit Blick auf die Beschäftigungsentwicklung ebenfalls nicht zielgerecht. Dies wird durch Wirkungsanalysen der letzten Änderungen der Laufzeit klar belegt (vgl. Fußnote 62). Älteren Arbeitslosen würde dadurch sogar eine trügerische Sicherheit suggeriert, weil gerade bei ihnen längere Arbeitslosigkeitszeiten eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zusehends erschweren und sie daher regelrecht aufs Abstellgleis geführt werden können. Vielmehr kommt es darauf an, den Charakter der Arbeitslosenversicherung als **beitragsfinanzierte Risikoversicherung** beizubehalten und weiter zu stärken, mit einer Begrenzung der Laufzeit von Ansprüchen auf Arbeitslosengeld auf maximal zwölf Monate und ohne Veränderung der Voraussetzungen für die Begründung dieser Ansprüche.⁶³ Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind zudem noch strikter als bisher an der Effektivität und Effizienz der eingesetzten Instrumente auszurichten.

63 Letzteres gilt für die nötige Anwartschaftszeit von zwölf Monaten sowie die Rahmenfrist von 30 Monaten, innerhalb derer diese Vorversicherungszeit liegen muss..

8 Reformen der Organisation der Sozialversicherungen

Die stetig wachsenden Sozialausgaben ziehen einen wachsenden Verwaltungsaufwand nach sich. Trotz vieler Reformen, die z.B. in der GKV eine Verringerung der Anzahl der Krankenkassen seit 1970 von 1.815 auf 94 (Stand 2. Februar 2025) zur Folge hatten, sind die im Sozialbudget enthaltenen Verwaltungsausgaben seit 1984 um 447 Prozent (seit 1970 sogar um mehr als 1.466 Prozent) gestiegen und lagen 2023 bei 45 Mrd. Euro.⁶⁴ Die Sozialausgaben haben sich im gleichen Zeitraum insgesamt um 425 Prozent erhöht und das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist um 338 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung 3). Wachstumsförderliche Investitionsausgaben des Staates wurden im selben Zeitraum dagegen nur um 269 Prozent gesteigert. Die Zahl der Beschäftigten in der Sozialversicherung ist ebenfalls stetig gewachsen. Zum Stichtag 30. Juni 2023 waren rund 364.100 Personen für die Träger der Sozialversicherungen tätig; 1974 und 1991 waren es rund 203.700 bzw. 275.500 Personen (vgl. Abbildung 4).

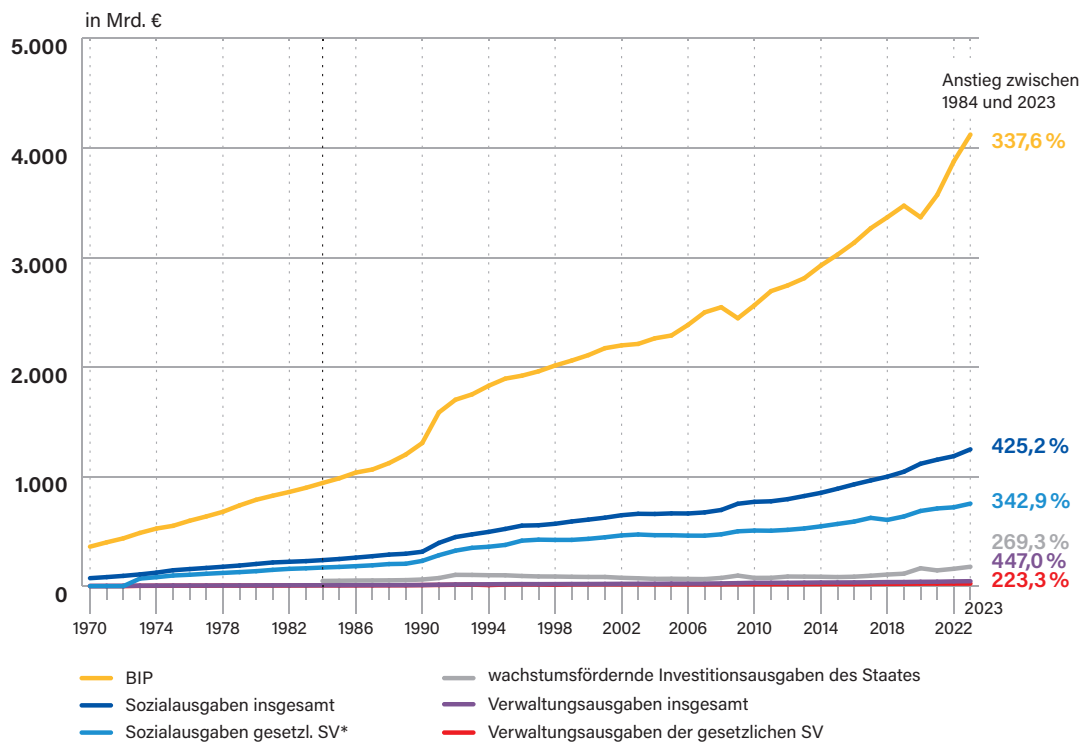
Gemeinhin gelten relativ geringe Verwaltungsausgaben als Vorteil von Sozialversicherungen gegenüber privaten Versicherungslösungen. Ein gewisser Verwaltungsaufwand ist im Übrigen unvermeidlich, wenn das soziale Sicherungssystem individuelle Ansprüche und Bedarfe in ihrer Differenziertheit angemessen berücksichtigen soll.⁶⁵ Die hier genannten Zahlen deuten aber darauf hin, dass die Organisation der Sozialversicherungen und die Entwicklung der damit verbundenen Verwaltungsausgaben eigene Aufmerksamkeit verdienen – generell, aber auch im Hinblick auf eine Begrenzung des Wachstums ihrer Gesamtausgaben.

In verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung hat es in der Vergangenheit Änderungen der Organisation und der Trägerstruktur gegeben, die tendenziell auf Vereinfachungen hinauslaufen, ohne dass damit eine vollständige Zentralisierung angestrebt wurde. Letztere wäre auch gar nicht immer sinnvoll – etwa im Bereich der GKV, wo Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen angestrebt wird und auf Basis der hier empfohlenen Reformen sogar noch intensiviert werden soll.

64 In dieser Summe sind auch Verwaltungsausgaben enthalten, die außerhalb der Sozialversicherungen anfallen. Die Verwaltungsausgaben für die Sozialversicherungen (einschließlich der GUV) beliefen sich nach dem Sozialbudget 2023 im Jahr 2023 auf 24,6 Mrd. Euro, die Ausgaben der Sozialversicherungen (GRV, GKV, SPV, ALV, GUV, SVLFG) betrugen im Jahr 2023 721,3 Mrd. Euro (BMAS 2024b, S. 18).

65 Das gilt insbesondere, wenn Sozialleistungsträger – z. B. im Bereich der GKV – zugleich eine aktive Rolle beim Management der Aktivitäten von Leistungserbringern übernehmen, wie dies in Abschnitt 5.1 vorgeschlagen wird. Dort wird darauf hingewiesen, dass ein solches Versorgungsmanagement die Verwaltungskosten für sich genommen erhöhen kann, um die Entwicklung der Leistungsausgaben gezielt zu dämpfen.

Abbildung 3: Sozialbudget und Verwaltungsausgaben (1970–2023)



1970 (geschätzt), Mrd. €

● BIP	360,60
● Sozialausgaben	73,00
● Investitionen	–
● Verwaltungsausgaben	2,90

1984 (geschätzt), Mrd. €

● BIP	942,00
● Sozialausgaben	237,80
● davon gesetzl. SV	170,17
● Investitionen	48,00
● Verwaltungsausgaben	8,30
● davon gesetzl. SV	7,30

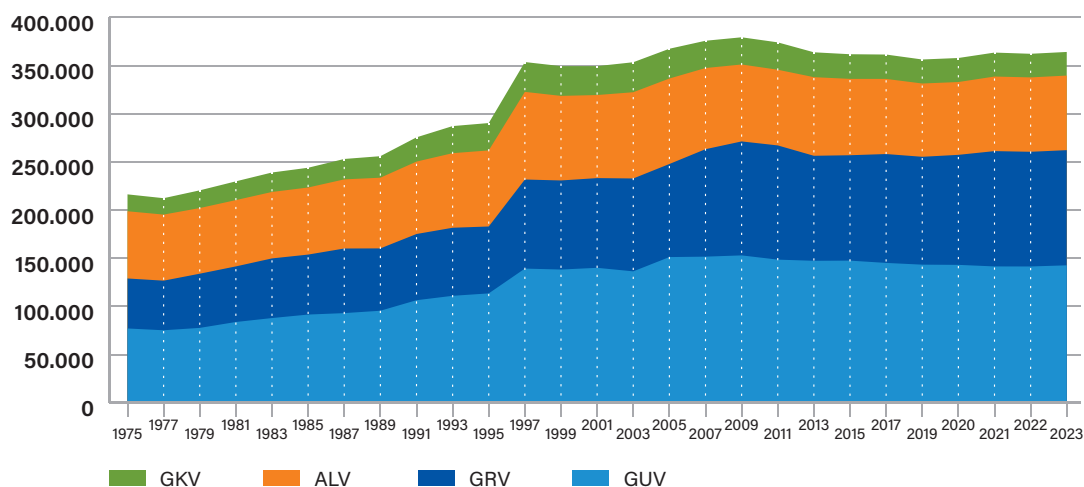
2023 (geschätzt), Mrd. €

● BIP	4.122,20
● Sozialausgaben	1.249,00
● davon gesetzl. SV	753,67
● Investitionen	177,244
● Verwaltungsausgaben	45,4
● davon gesetzl. SV	23,6

* GRV, GKV, GUV, ALV, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

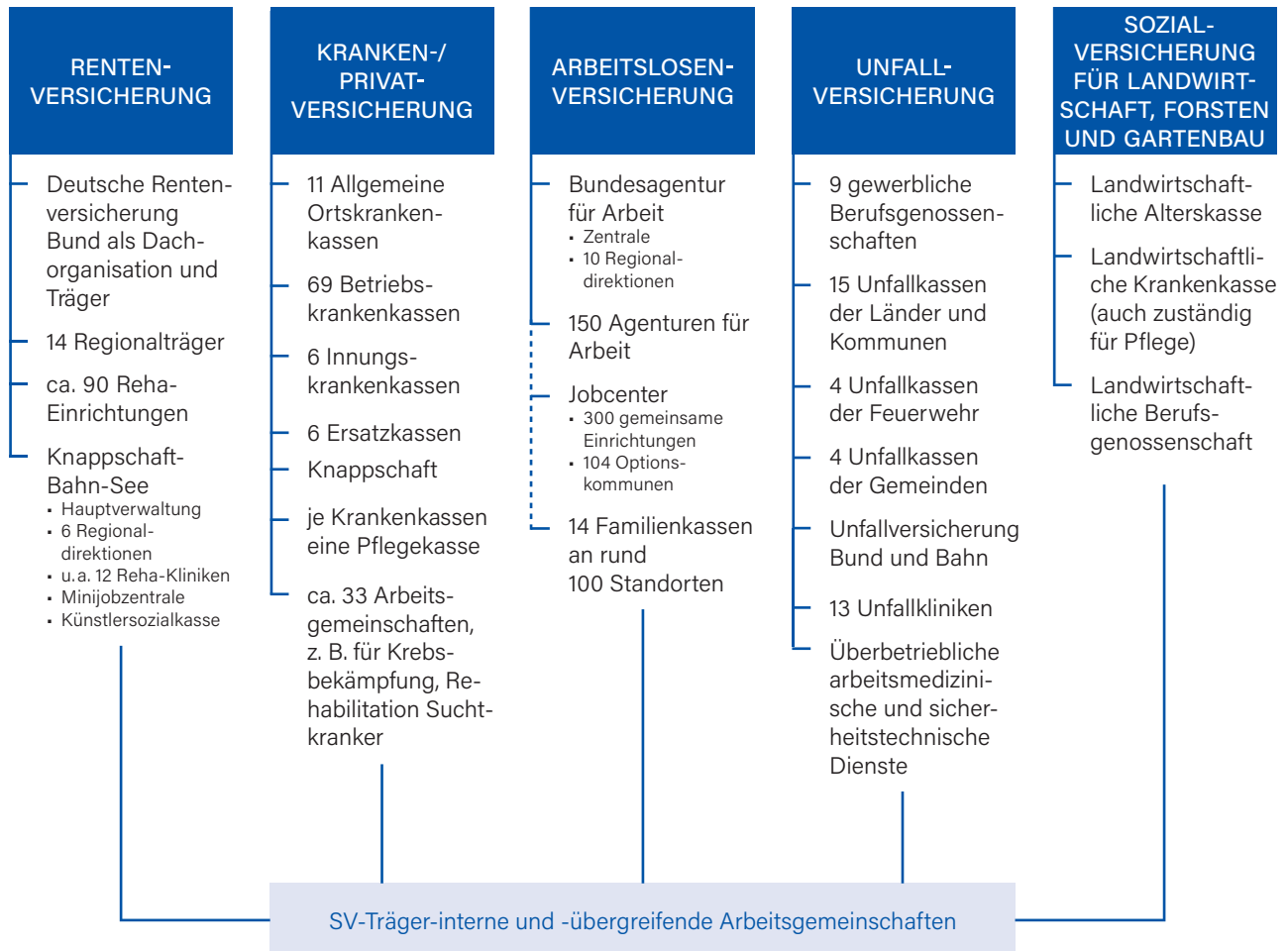
Quellen: BMAS, Statistisches Bundesamt.

Abbildung 4: Beschäftigte in der Sozialversicherung nach Sozialversicherungszweigen-Zweigen (1975–2023)



Quelle: Statistisches Bundesamt.

Abbildung 5: Trägerstruktur in der Sozialversicherung (2025)



Quellen: eigene Darstellung einschlägiger Regelungen im SGB und in den Satzungen der Träger.

Trotzdem stellt sich angesichts der aktuellen Trägerstruktur (vgl. Abbildung 5) die Frage, ob sie in einzelnen Zweigen nicht noch weiter bereinigt werden kann. Darüber hinaus sind bei vielen weiteren Aspekten – etwa der Rechtsaufsicht, der Kommunikation zwischen verschiedenen Trägern oder der Wahrnehmung von Querschnittsaufgaben – Vereinfachungen denkbar, die die Verwaltung der Sozialversicherungen verbessern und die dafür anfallenden Ausgaben perspektivisch senken könnten.

Die Träger und Behörden der Sozialversicherung sind in ein komplexes Geflecht von Aufsichtsstrukturen eingegliedert (vgl. Abbildung 6). Teilweise unterliegen die Träger der unmittelbaren Aufsicht der zuständigen Bundesministerien, teilweise ist das Bundesamt für Soziale Sicherung zuständige Aufsichtsbehörde⁶⁶ – meist beide zugleich in Bezug auf unterschiedliche Funktionen der Träger. In allen Zweigen außer der

66 Zum 1. Januar 2020 wurde das Bundesversicherungsamt in Bundesamt für Soziale Sicherung umbenannt.

Abbildung 6: Governance in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (2025)

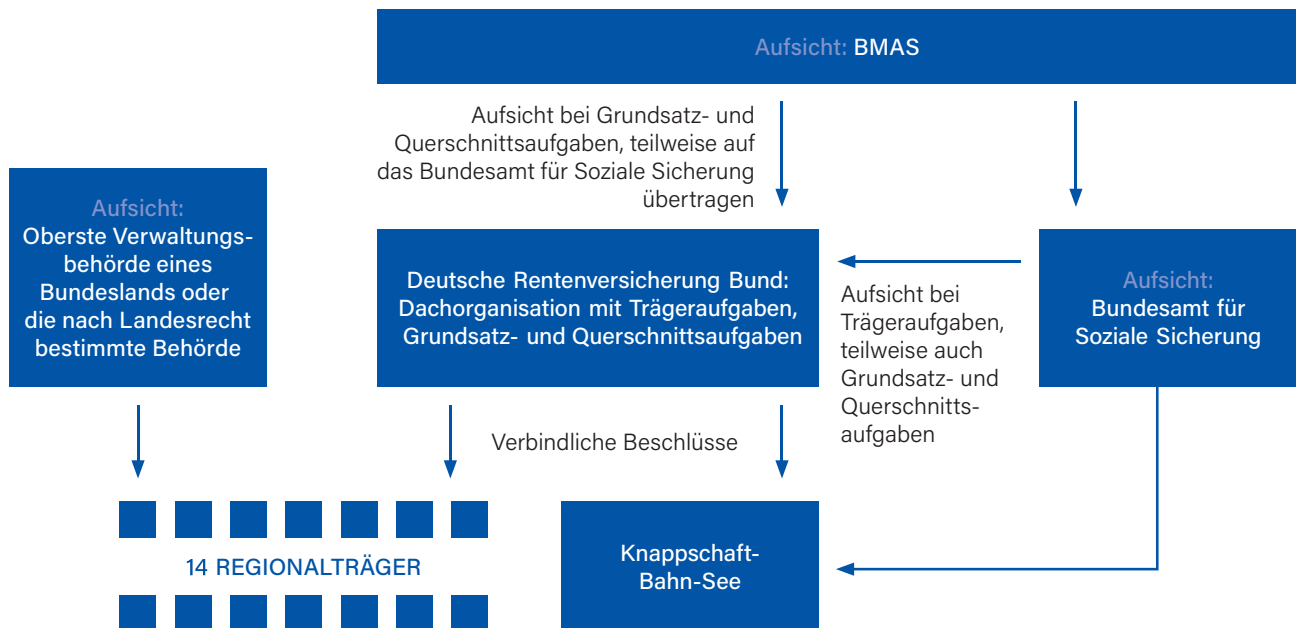
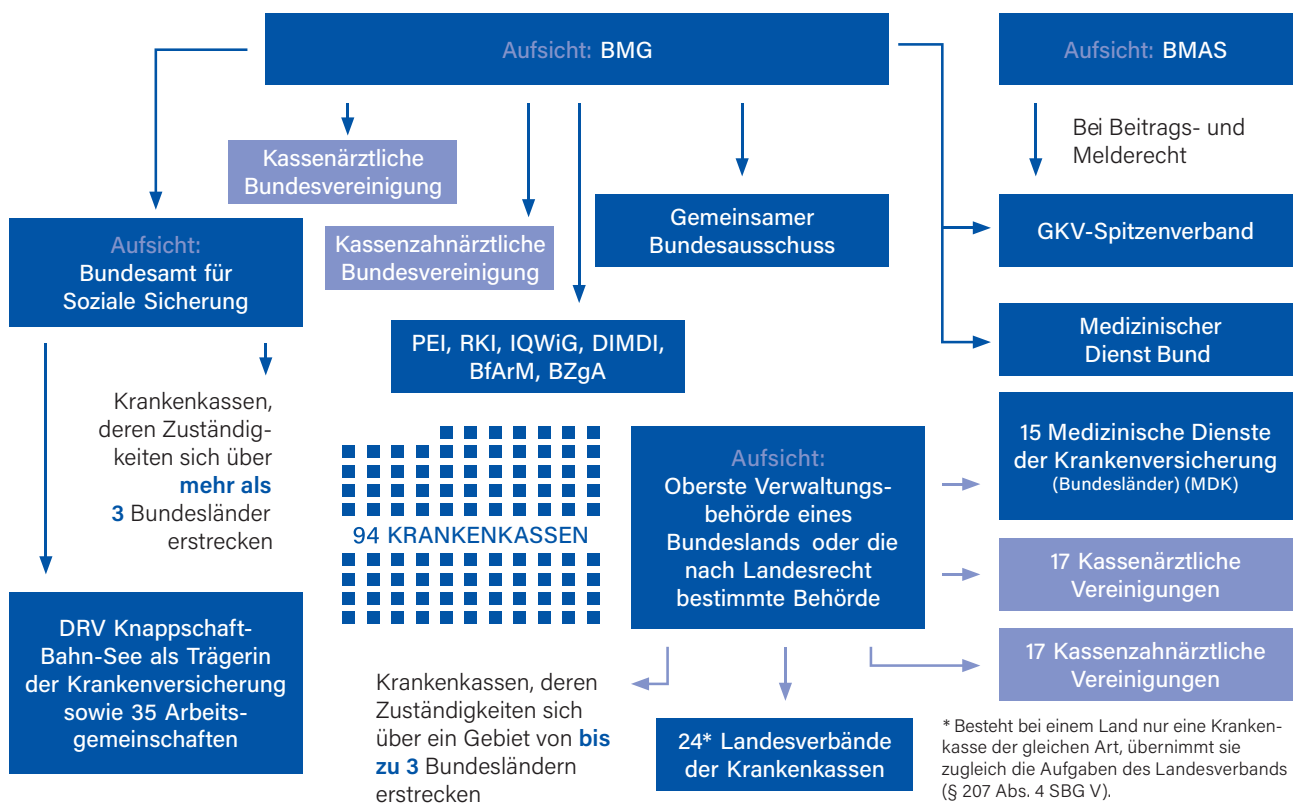


Abbildung 6: b) Kranken- und Pflegeversicherung



Das Diagramm zeigt die Aufsicht über die Sozialversicherungssysteme in der SVLFG. Es ist in drei Spalten unterteilt: SVLFG, Arbeitslosenversicherung und Künstlersozialversicherung. Die Aufsicht ist von BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) ausgeht, das die Bundesagentur für Arbeit und die Bundesagentur für Soziale Sicherung überwacht. Die Bundesagentur für Soziale Sicherung ist weiter unterteilt in die Bundesagentur für Arbeit und die Bundesagentur für Soziale Sicherung. Die Bundesagentur für Arbeit ist weiter unterteilt in die Bundesagentur für Arbeit und die Bundesagentur für Soziale Sicherung. Die Bundesagentur für Soziale Sicherung ist weiter unterteilt in die Bundesagentur für Arbeit und die Bundesagentur für Soziale Sicherung.

```

graph TD
    BMAS[Aufsicht: BMAS] --> BAA[Aufsicht: Bundesagentur für Arbeit]
    BMAS --> BBS[Aufsicht: Bundesagentur für Soziale Sicherung]
    BAA --> BAA1[Bundesagentur für Arbeit sammt Unterbau]
    BBS --> BBS1[Landwirtschaftliche Alterskasse in der SVLFG]
    BBS --> BBS2[Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse in der SVLFG]
    BBS --> BBS3[Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der SVLFG]
    BBS --> BBS4[Künstlersozialkasse]

```

```
graph TD; BMAS[Aufsicht: BMAS] -- Prävention --> DGUV[Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)]; BMAS --> BG[9 gewerbliche Berufsgenossenschaften]; BMI[Aufsicht: BMI] -- Prävention --> DGUV; BMI --> BStB[Aufsicht: Bundesamt für Soziale Sicherung]; BMI --> UVBB[Unfallversicherung Bund und Bahn]; OVB[Aufsicht: Oberste Verwaltungsbehörden eines Bundeslands oder die nach Landesrecht bestimmte Behörde] --> UL[15 Unfallkassen der Länder sowie 4 Unfallkassen der Feuerwehr]; OVB --> UKKG[4 Unfallkassen der Kommunen und Gemeinden]; BStB --> DGUV;
```

Das Diagramm zeigt die Aufsicht über die Unfallversicherungsträger in Deutschland. Es ist in drei Hauptbereiche unterteilt:

- Aufsicht: BMAS** (Bundesministerium für Arbeit und Soziales):
 - Prävention: Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV).
 - Aufsicht über 9 gewerbliche Berufsgenossenschaften.
- Aufsicht: BMI** (Bundesministerium des Innern):
 - Prävention: Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV).
 - Aufsicht über das Bundesamt für Soziale Sicherung, welches wiederum die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) überwacht.
 - Aufsicht über die Unfallversicherung Bund und Bahn.
- Aufsicht: Oberste Verwaltungsbehörden eines Bundeslands oder die nach Landesrecht bestimmte Behörde**:
 - Aufsicht über 15 Unfallkassen der Länder sowie 4 Unfallkassen der Feuerwehr.
 - Aufsicht über 4 Unfallkassen der Kommunen und Gemeinden.

ZUKUNFT DER SOZIALVERSICHERUNGEN: BEITRAGSBELASTUNG DAUERHAFT BEGRENZEN

Arbeitslosenversicherung übernehmen auch Landesbehörden Aufsichtsaufgaben. Noch komplexer werden die Zuständigkeiten im Fall der GUV (vgl. dazu auch Kasten 4): So ist auf dem Gebiet der Prävention in der GUV das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zuständige Aufsichtsbehörde, für die Unfallversicherung Bund und Bahn hingegen das Bundesministerium des Innern und für Heimat, während auf allen anderen Gebieten das Bundesamt für Soziale Sicherung für die Aufsicht zuständig ist. Die Unfallkassen der Länder, der Gemeinden und der Feuerwehr unterliegen insgesamt der Rechtsaufsicht der zuständigen Landesministerien.

Ohne eine einheitliche Aufsicht fehlt es auch an einheitlichen Strategien innerhalb und an Abstimmung zwischen den Sozialversicherungsträgern. In der Folge werden Doppelstrukturen geschaffen und der Sozialversicherung Mittel entzogen, die besser für ihre Leistungen ausgegeben werden sollten. Der Blick nach Österreich zeigt, dass allein durch die Übertragung der Aufsicht über sämtliche Versicherungsträger auf das Finanzressort Kosten eingespart werden konnten. In Deutschland bietet es sich an, das Bundesamt für Soziale Sicherung als einheitliche, trägerübergreifende Aufsichtsbehörde einzusetzen, die bei Grundsatz- und Querschnittsaufgaben verbindliche Entscheidungskompetenz gegenüber den Trägern zugesprochen bekommt. Auf dieser Basis ließe sich für die gesamte Organisation und Verwaltung der Sozialversicherung eine einheitliche Effizienzstrategie entwickeln und auch konsequent umsetzen.

Für eine verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Trägern spielen Möglichkeiten zum Datenaustausch eine wichtige Rolle. Eine fehlende Strategie bei der Einführung von IT-Systemen verfestigt die derzeitigen fragmentierten Strukturen in der Sozialversicherung. Derzeit existieren nicht einmal einheitliche Vorgaben zur Einführung von E-Akten. Dies hemmt die Digitalisierung und steht auch einer schnellen, unkomplizierten Kommunikation zwischen Behörden und Gerichten entgegen. Der Weg der Digitalisierung muss konsequent und trägerübergreifend weitergegangen und auch dabei die Kommunikation zwischen den Trägern, mit anderen Behörden und mit Sozialgerichten verbessert werden.

Querschnittsaufgaben sollten vereinheitlicht werden, wo immer dies möglich ist. Ein Beispiel könnten die verschiedenen Medizinischen Dienste der Sozialversicherung sein: So gibt es neben den Medizinischen Diensten, die für die gesetzlichen Krankenversicherungen tätig werden und die auf Landesebene organisiert sind, den Medizinischen Dienst Bund. Daneben existieren ein sozialmedizinischer Dienst, der für die GRV tätig ist und übergreifende Aufgaben wahrnimmt, ein ärztlicher Dienst der BA sowie arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste im Bereich der GUV, die auf der Ebene jeder Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse angesiedelt sind. Hier wie auch bei anderen Querschnittsaufgaben ist zu prüfen, in welchem Maße jeweils verschiedene medizinische Fachkenntnisse bzw. sonstige Expertise erforderlich sind und in welchem Maße organisatorische Zusammenfassungen möglich und sinnvoll sein können.

Die Durchführung einer einheitlichen Effizienzstrategie bei der Verwaltung der Sozialversicherungen setzt schließlich auch gut geschultes Personal voraus. Neben bestehenden Bildungseinrichtungen könnte daher eine gemeinsame Bildungsakademie geschaffen werden, die übergreifend für alle Sozialversicherungsträger tätig ist und deren Führungspersonal sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltung schult. Die Mitarbeit in der Selbstverwaltung ist aktuell an keinerlei vertiefte sachliche Kenntnisse geknüpft, auch die Weiterbildung ist fakultativ. Mit Blick auf die Bedeutung ihrer Tätigkeit muss jedoch sichergestellt sein, dass die ehrenamtlichen Mitglieder ausreichend geschult sind. Schon der unterschiedliche Aufbau der Selbstverwaltung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung deutet im Übrigen auf Vereinfachungsmöglichkeiten hin (vgl. Abbildung 7).

Entscheidend ist letztlich aber, Selbstverwaltung und Geschäftsführungen der Sozialversicherungsträger auf eine gemeinsame Effizienzstrategie zu verpflichten, die diese Ziele verfolgt:

- spezielle Kostentreiber identifizieren und allgemeine Effizienzpotenziale in der Verwaltung der Sozialversicherung lokalisieren und Einsparmöglichkeiten transparent machen;
- Aufgaben zentralisieren und Doppelstrukturen abschaffen, soweit möglich, angefangen bei einer Prüfung, ob die aktuelle Anzahl der Träger innerhalb eines Sozialversicherungszweigs für die Versorgung der Versicherten notwendig und zielführend ist;
- Steuerungsinstrumente wie das Benchmarking und Controlling weiterentwickeln;
- Verwaltungskosten in der Sozialversicherung (trägerübergreifend) erfassen und in einem detaillierten jährlichen Bericht veröffentlichen;
- reine Verwaltungsprozesse auf ihre Effizienz hin untersuchen, während Versicherungsleistungen als Kernprozesse der Sozialversicherung von der Analyse ausgespart werden;
- die Digitalisierung vorantreiben, wofür in einem ersten Schritt eine funktionierende Infrastruktur geschaffen werden muss; dabei ist auch zu prüfen, ob die Vergabeprozesse für bauliche und technische Maßnahmen optimiert werden können;
- die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen standardisieren und bündeln.

Abbildung 7: Aufbau der Selbstverwaltung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (2025)
a) Rentenversicherung

Träger	DRV Bund* als Dachorganisation mit Grundsatz- und Querschnittsaufgaben	DRV Bund* als Träger	14 Regionalträger*	DRV Knappschaft-Bahn-See*
Organe der Selbstverwaltung	Bundesvorstand: 22 ordentliche Mitglieder	Vorstand: 8 ordentliche Mitglieder	Vorstand: 8–18 ordentliche Mitglieder	Vorstand: 18 ordentliche Mitglieder
	Bundesvertreterversammlung: 60 ordentliche Mitglieder	Vertreterversammlung: 30 ordentliche Mitglieder	Vertreterversammlung: 30 ordentliche Mitglieder	Vertreterversammlung: 30 ordentliche Mitglieder 8 Regionalausschüsse: je 2 Versichertenvertreter und 1–2 Arbeitgebervertreter

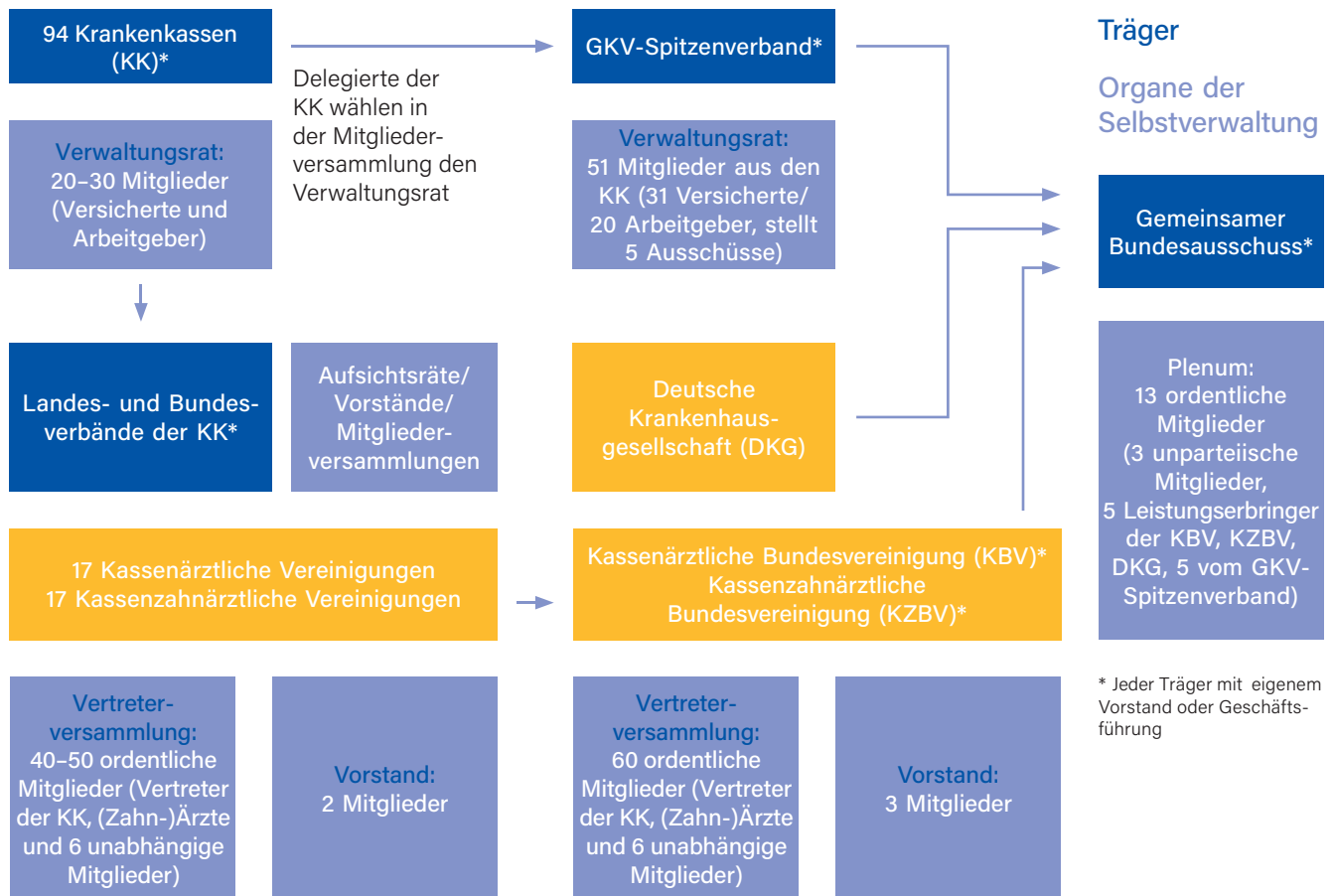
* jeder Träger mit eigener Direktion bzw. Geschäftsführung

Besondere Bedeutung kommt der Kooperation und Koordination der Träger im IT-Bereich zu.⁶⁷ Auch wenn die unterschiedlichen Aufgaben der einzelnen Träger unterschiedliche Anwendungen voraussetzen, sollte als Basis ein Standardprodukt eingeführt werden, das den grundsätzlichen Austausch zwischen den Trägern und auch mit anderen Behörden und Gerichten gewährleistet. Der Betrieb der Rechenzentren, einer Cloud der Deutschen Sozialversicherung, die Entwicklung der Software und die Bereitstellung eines Service-Centers sollten ebenfalls zentral gesteuert werden. Positiv zu erwähnen ist, dass die BA, die DRV und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) sich 2024 auf eine gemeinsame Cloud-Lösung verständigt haben.

Um den Einstieg in eine solche umfassende Strategie zur Verbesserung der Verwaltungseffizienz in der Sozialversicherung zu finden, wird hier empfohlen, ein „Steuerungsboard“ einzurichten, das sich aus den Geschäftsführern der Spitzenorganisationen der einzelnen Sozialversicherungszweige, Vertretern der Sozialpartner sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und des Bundesministeriums für

67 Die Zweige der Sozialversicherung haben unterschiedliche IT-Strategien: DRV Bund-Strategiepapier Zukunftsperspektive 2030 (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Ueber-uns/Digitalstrategie/zukunftsperspektive_2030.html), GKV-Strategiepapier 2021 (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2021/Positionspapier_Digitalisierung_von_Gesundheit_und_Pflege_21-04-2021.pdf), BMG-Strategiepapier 2023 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf) und Gemeinsames Strategiepapier 2024 der BG BAU, der BA, des BAS, der BAuA, der DGUV, der DRV Bund und der SVLFG (https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a900-digitalisierungsstrategie-der-arbeits-und-sozialverwaltung.pdf?__blob=publicationFile&v=4).

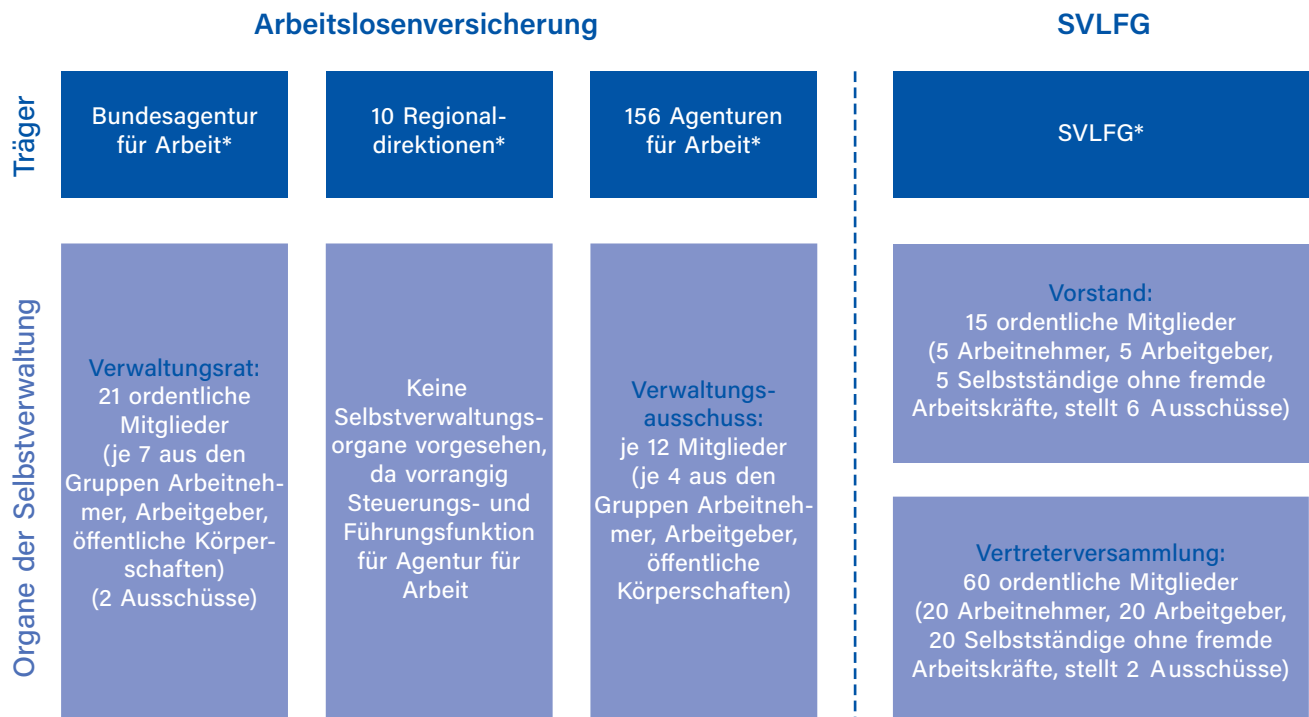
Abbildung 7: b) Kranken- und Pflegeversicherung



Gesundheit (BMG) zusammensetzt⁶⁸ und die Aufgabe hat, Ziele und Inhalte der hier umrissenen Effizienzstrategie zu konkretisieren und sie zu implementieren.

68 Das Steuerungsboard könnte somit aus der Präsidentin der DRV Bund, den Vorstandsvorsitzenden der BA und des GKV-Spitzenverbands, dem Hauptgeschäftsführer der DGUV, einem Vorstandsmitglied des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB) und einem Mitglied der Hauptgeschäftsführung der BDA bestehen, das BMAS und das BMG sollten auf Staatssekretärsbene vertreten sein.

Abbildung 7: c) Arbeitslosenversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau



* Jeder Träger mit eigenem Vorstand bzw. Geschäftsführung

Abbildung 7: d) Unfallversicherung

	DGUV*	DGUV als Spitzenverband für:					SVLFG als UV-Träger*
Träger	Als Träger der Unfallversicherung, § 139a SGB VII ¹	9 gewerbliche Berufsgenossenschaften*	15 Unfallkassen*	4 gemeindliche Unfallversicherungsverbände*	4 Feuerwehr-Unfallkassen*	Bundesunfallkasse: Unfallversicherung Bund und Bahn*	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft
Organe der Selbstverwaltung	Vorstand						
	14 Mitglieder (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	12–40 Mitglieder ² (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	4–12 Mitglieder ³ (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern) ⁴	6–8 Mitglieder ⁵ (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	4–8 Mitglieder ⁶ (paritätisch besetzt mit Trägern des Brand-schutzes bzw. Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	22 Mitglieder (9 Arbeitgeber-, 13 Versichertenvertreter) ⁷	15 ordentliche Mitglieder (5 Arbeitnehmer, Arbeitgeber, 5 Selbstständige)
	Mitglieder-versammlung	Vertreterversammlung					
	68 Mitglieder (von jedem Verbandsmitglied je 1 Arbeitgeber- und Versichertenvertreter)	40–60 Mitglieder (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	18–32 Mitglieder (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern) ⁴	20–26 Mitglieder (paritätisch besetzt aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	10–18 Mitglieder (paritätisch besetzt mit Trägern des Brand-schutzes bzw. Arbeitgeber- und Versichertenvertretern)	40 Mitglieder (10 Arbeitgeber-, 30 Versichertenvertreter) ⁷	60 Mitglieder (paritätisch besetzt mit Arbeitnehmern, Arbeitgebern, Selbstständigen)
Jeweils mit Widerspruchsausschüssen, Rentenausschuss und weiteren Ausschüssen (z. B. Rechnungsprüfung, Haushalt etc.)							

* Jeder Träger mit eigenem Vorstand bzw. Geschäftsführung

¹ Aufgrund überstaatlichen Rechts | ² Je nach Berufsgenossenschaft unterschiedlich | ³ Je nach Unfallkasse | ⁴ Ausnahme: Landesunfallkasse Niedersachsen: Vorstand: 1 Arbeitgeber-, 2 Versichertenvertreter; Vertreterversammlung: 1 Arbeitgeber-, 6 Versichertenvertreter (jede Seite aber gleiche Stimmzahl) |

⁵ Je nach gemeindlichem Unfallversicherungsverbund | ⁶ Je nach Feuerwehr-Unfallkasse | ⁷ Beide Seiten gleiche Stimmzahl

9 Fazit

Die Empfehlungen der Kommission

In diesem Bericht wurden die Empfehlungen der Kommission, die die Belastung durch Beiträge zur Sozialversicherung dauerhaft begrenzen sollen, der Reihe nach vorgestellt und begründet. Tabelle 3 fasst sie zusammen.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Reformempfehlungen

Altersvorsorge
<p><i>Gesetzliche Rentenversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelaltersgrenze heraufsetzen, mit automatischer Regelbindung an die Lebenserwartung ▪ Möglichkeit zu abschlagsfreien vorzeitigen Renteneintritten (vor allem „Rente ab 63“) abschaffen ▪ Abschläge und Zuschläge bei vorzeitigem bzw. späterem Renteneintritt erhöhen (gegebenenfalls mit differenzierten Abschlägen und Zuschlägen nach Lebenseinkommen⁶⁹) ▪ Nachhaltigkeitsfaktor bei den Rentenanpassungen verstärken ▪ Nicht beitragsgedeckte Leistungen voll aus dem Bundeshaushalt finanzieren und nicht weiter ausweiten <p><i>Grundsicherung im Alter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altersarmut außerhalb der GRV zielgenau bekämpfen <p><i>Ergänzende Altersvorsorge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergänzende Vorsorge verpflichtend machen ▪ Transparenz erhöhen und Wettbewerb stärken (standardisiertes Altersvorsorgeprodukt einführen, Vertragswechsel erleichtern, Versicherte regelmäßig säulenübergreifend über erworbene Anwartschaften informieren)
Krankenversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strikteres Versorgungsmanagement auf Basis von Selektivverträgen der Krankenkassen mit Ärzten und Krankenhäusern ermöglichen ▪ Krankenhausbedarfsplanung ändern, monistische Krankenhausfinanzierung durch die GKV einführen und Steuermittel für die erforderlichen Investitionen bereitstellen ▪ GKV-Tarife mit Versorgungsmanagement als Wahltarife anbieten und für andere GKV-Tarife einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten erheben (hilfsweise: geringe einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und Boni für Versicherte einführen und den Arbeitgeberbeitrag zur GKV erneut prozentual begrenzen)⁷⁰

69 Zum Beispiel gemessen an den durchschnittlichen Entgeltpunkten je Beitragsjahr, als Indikator für systematische Unterschiede in der Lebenserwartung.

70 Eine solche Lösung wird erforderlich, wenn ein strikteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen und darauf abgestimmte Änderungen bei der Beitragsfinanzierung der GKV nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden.

Pflegeversicherung

- Nachhaltigkeitsfaktor bei Anpassungen der Pflegeleistungen einführen
- Spielräume für Innovationen und Wettbewerb bei der Leistungserbringung vergrößern
- Rahmenbedingungen für ergänzende Vorsorge verbessern

Arbeitslosenversicherung

- Charakter als beitragsfinanzierte Risikoversicherung wahren und stärken (Maximale Laufzeit der Ansprüche auf Arbeitslosengeld auf zwölf Monate begrenzen)
- Arbeitsmarktpolitische Instrumente evidenzbasiert einsetzen
- Notwendige Anpassungen der Qualifikationen im Strukturwandel „on the job“ – in den Unternehmen und mit den Beschäftigten – organisieren

Organisation der Sozialversicherungen

- Steuerungsboard aus Spitzenvertretern der Sozialversicherungsträger einrichten, das eine trägerübergreifende Effizienzstrategie entwickelt und implementiert

Neben den hier genannten Zweigen der Sozialversicherung hat sich die Kommission auch mit der GUV (vgl. Kasten 4) sowie mit alle Zweige betreffenden Organisationsfragen (vgl. Abschnitt 8) befasst. Beide berühren die Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nicht oder nicht direkt, bieten aber ebenfalls Verbesserungsmöglichkeiten und nicht zu vernachlässigende Potenziale zur Ausgabendämpfung.

Effekte für die Entwicklung der Beitragssätze

Mit ihren Empfehlungen verfolgt die Kommission das Ziel, die zukünftige Beitragssatzentwicklung wirksam zu dämpfen und gleichzeitig ein angemessenes Leistungsniveau der Sozialversicherung zu sichern. Sie hat dabei die Absicht, die Summe der Beitragssätze von GRV, GKV, SPV und Arbeitslosenversicherung auf Dauer – konkret zunächst im Zeitraum bis 2040 – nicht über 40 Prozent steigen zu lassen. Eine Einschätzung der Effekte der Reformempfehlungen für die zukünftige Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge gibt Kasten 9.

Kasten 9:

Effekte der Reformempfehlungen für die Entwicklung der Beitragssätze

Die Effekte der hier empfohlenen Reformen für die zukünftige Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen verlässlich zu quantifizieren, ist nicht möglich. Neben allgemeinen Schätzunsicherheiten, z.B. bezüglich der zukünftigen

Entwicklung von Demografie und Arbeitsmarkt,⁷¹ ergeben sich Unsicherheiten über Verhaltenseffekte verschiedenster Art, die bei Anpassungen an veränderte rechtliche Rahmenbedingungen auftreten können und sollen. Wie stark das tatsächliche Renteneintrittsalter auf Veränderungen der Regelaltersgrenze der GRV und der bei abweichendem Renteneintrittsalter fälligen Ab- oder Zuschläge reagiert, ist nicht klar absehbar. Dies kann hier nur aufgrund bisheriger Erfahrungen mit der Vereinheitlichung der Regelaltersgrenze bei 65 Jahren (zwischen 1996 und 2010) und der seit 2012 laufenden Heraufsetzung dieser Grenze auf 67 Jahre vermutet werden. Unsicher sind auch die Kostendämpfungspotenziale in der GKV sowie die hier tatsächlich erreichbaren Kostendämpfungen und deren zeitliche Entfaltung, die sich beim Übergang zu einem konsequenten Versorgungsmanagement mit dem hier empfohlenen Ansatz ergeben. Wenn die Resultate von Langfristsimulationen der zur Entwicklung der Sozialfinanzen und ihrer Determinanten generell vorsichtig – und keinesfalls als Punktschätzungen – interpretiert werden sollten, gilt dies umso mehr für Versuche, dabei auch noch die Auswirkungen umfangreicher Rechtsänderungen abzubilden.

Alle diese Einschränkungen gelten für Simulationen, mit denen die Effekte der Reformempfehlungen der Kommission für die zukünftige Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge – mit besonderem Augenmerk auf dem Zeitraum bis 2040 – abgeschätzt werden sollen. Die Ergebnisse solcher Berechnungen enthält Abbildung 8, in der auch gezeigt wird, wie sich der simulierte Verlauf der Beitragssätze unter Berücksichtigung der Reformempfehlungen von den Ergebnissen für eine Referenzvariante unterscheidet, bei der die derzeit geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen im Projektionszeitraum unverändert bleiben.

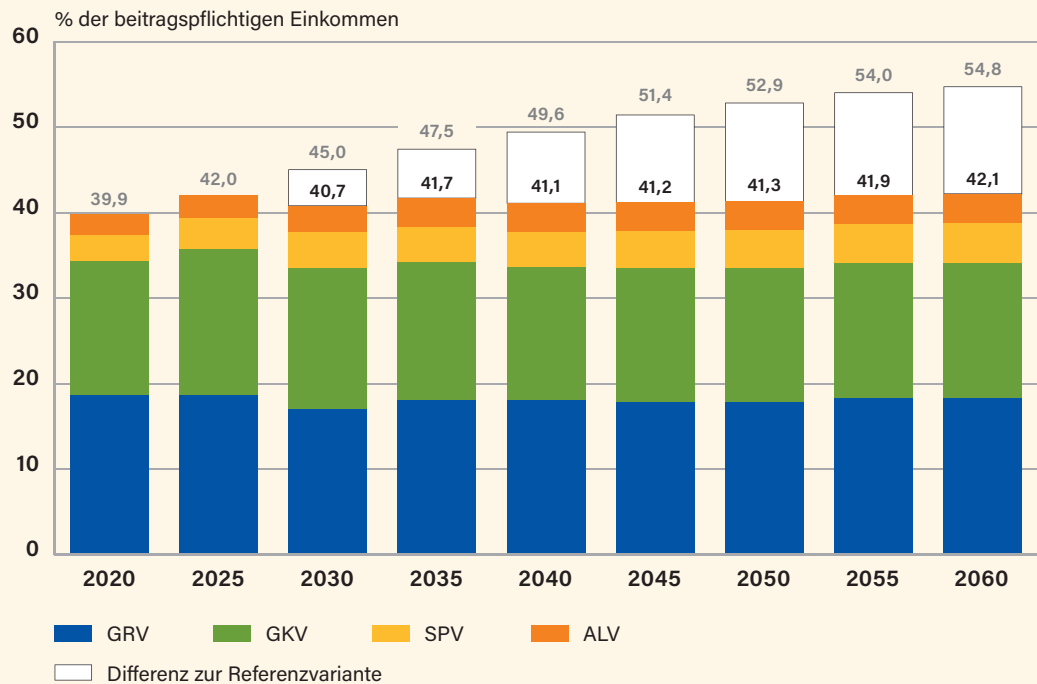
Erstellt wurden die Simulationen für Abbildung 8 mit dem „Social Insurance Model, Version 2022“ (SIM.22).⁷² Die Annahmen sind – sowohl für die Referenzvariante als auch für die Variante mit den empfohlenen Reformen – insgesamt darauf abgestellt, innerhalb der Bandbreite aus heutiger Sicht plausibler Entwicklungen ein „mittleres“ Szenario zu bilden. So orientieren sich die Annahmen zur zukünftigen demografischen Entwicklung an den mittleren Annahmen der jüngsten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts (2022; zusammengefasste Geburtenziffer:

71 Die Entwicklung des Arbeitsmarktes ist dabei deutlich unsicherer als die der Demografie (speziell was die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung betrifft; vgl. Abschnitt 2.3). Mit großen Unsicherheiten ist auch die sonstige gesamtwirtschaftliche Entwicklung behaftet. Auf die projizierten Beitragssätze hat sie aber nur sehr geringe Auswirkungen. Ein stärkeres oder schwächeres Wachstum von BIP und Löhnen vergrößert die Beitragsbemessungsgrundlagen, erhöht jeweils aber auch die Ausgaben der Sozialversicherungen (in der GRV: wegen lohnorientierter Anpassungen der Renten; in GKV und SPV: wegen steigender Kosten der Versorgung; in der Arbeitslosenversicherung: wegen lohnbezogener Leistungen). Im Hinblick auf die Beitragssätze neutralisieren sich diese Effekte fast vollständig.

72 Die Nummerierung der aktuellen Modellversion zeigt an, dass im Modell Istdaten verwendet werden, die bis 2022 reichen. Für eine Darstellung von Annahmen, Datengrundlagen und Modellierungen vgl. Werding (2013); eine ausführlichere Darstellung der Annahmen für die hier betrachtete Referenzvariante (ohne Reformen) bietet Werding (2025).

1,55 Kinder je Frau; Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt um rund 0,9 Jahre je Jahrzehnt bei Frauen, um rund 1,2 Jahre bei Männern, das heißt bis 2060 auf 87,3 Jahre bzw. auf 83,5 Jahre; jährlicher Wanderungssaldo: 200.000 Personen ab 2030, nach einem Rückgang der zuletzt noch höheren Werte).

Abbildung 8: Entwicklung der Sozialbeiträge – Effekte der Reformempfehlungen (2020–2060)



Anmerkungen: Angaben für die GKV ohne individuelle Zusatzbeiträge der Versicherten (Referenzvariante: inkl. durchschnittlicher kassenspezifischer Zusatzbeiträge); Angaben für die SPV inkl. durchschnittlicher Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl.

Quellen: BMAS, SIM.22.

Für die Arbeitsmarktentwicklung werden die Trends einer steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie von Personen im fortgeschrittenen Erwerbsalter aus der Vergangenheit fortgeschrieben. Bei älteren Erwerbspersonen werden weitere Veränderungen der jeweils geltenden Regelaltersgrenze berücksichtigt. Die Entwicklung der Arbeitslosenquote wird im Modell selbst bestimmt, unter Berücksichtigung von Veränderungen von Steuern und Sozialabgaben.⁷³ Damit reagiert die Arbeitsmarktentwicklung in den Simulationen auch auf die Umsetzung der Reformen, und zwar auf eine Weise, die nicht durch willkürlich gesetzte Annahmen gesteuert wird. Das Wachstum von Arbeitsproduktivität, beitragspflichtigen Bruttolöhnen und BIP wird mithilfe eines einfachen makroökonomischen Wachstumsmodells abgeschätzt. Für die projizierte Entwicklung der Beitragssätze der Sozialversicherungen ist das Wachstum dieser Größen aber von untergeordneter

⁷³ Modellierung und Kalibrierung dieses Zusammenhangs werden in Werding (2016, Anhang 8.A) beschrieben.

Bedeutung.⁷⁴ Die Entwicklung der Finanzen der einzelnen Sozialversicherungszweige beruht auf einer detaillierten Abbildung der einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen (Stand 31. Dezember 2024).

Die hier empfohlenen Reformen werden in den Simulationen ab 2026 in Kraft gesetzt. Von sehr großer Bedeutung für die Ergebnisse ist die Modellierung ihrer Auswirkungen auf die Anzahl der Beitragszahler und Leistungsbezieher sowie die Höhe der Ansprüche je Leistungsbezieher in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung. Hierbei bestehen zum Teil sehr große Unsicherheiten. Was die Reaktionen der aktiven Versicherten in der GRV auf die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze gemäß einer Regelbindung an die Entwicklung der Lebenserwartung betrifft, wird nach Werten, die aus Erfahrungen mit früheren Reformen dieser Art resultieren, für die Simulationen angenommen, dass das durchschnittliche Renteneintrittsalter bis 2040 – bei einer Regelaltersgrenze von rund 67 Jahren und 9 Monaten – auf 66 Jahre und 10 Monate steigt.⁷⁵ Dieser Anstieg resultiert auch aus der Abschaffung abschlagsfreier vorzeitiger Renteneintritte („Rente ab 63“) sowie aus erhöhten Rentenabschlägen.⁷⁶ Bis 2060 erhöht sich die Regelaltersgrenze weiter auf rund 69,5 Jahre, das durchschnittliche Renteneintrittsalter auf knapp 68 Jahre. Die Effekte des verstärkten Nachhaltigkeitsfaktors lassen sich im Rahmen des Simulationsmodells dagegen recht genau abbilden. Bei der Umfinanzierung verbliebener nicht beitragsgedeckter Leistungen der GRV durch höhere Bundeszuschüsse kommt es darauf an, wie schnell sie realisiert wird; angenommen wird hier, dass dies bis 2028 in drei Schritten geschieht.

Weitgehend offen ist, wie stark die kostendämpfenden Effekte des für die GKV vorgeschlagenen Versorgungsmanagements (durch Selektivverträge der Krankenkassen mit bevorzugten Leistungserbringern) sind und wie sie sich zeitlich entfalten. Gestützt auf Erfahrungswerte aus den USA, wo solche Modelle seit Langem erprobt werden, mittlerweile auch im Bereich der dortigen staatlichen Krankenversicherung für Rentner, werden dazu hier – gemessen an in der Literatur ausgewiesenen Effekten (vgl. Kasten 5) – eher zurückhaltende Annahmen getroffen. Konkret wird unterstellt, dass sich gegenüber der Referenzvariante Dämpfungen der Leistungsausgaben der GKV um maximal 15 Prozent realisieren lassen, die sich über 15 Jahre gleichmäßig aufbauen. Die dahinterstehenden Kostendämpfungen betreffen zwar unmittelbar nur die Kosten in GKV-Tarifen mit einem entsprechenden Versorgungsmanagement. Durch Anpassungen bei der Finanzierung der GKV (mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen der Versicherten für andere Tarife) wird aber

74 Vgl. dazu die Hinweise in Fußnote 71.

75 Nach geltendem Recht liegt die Regelaltersgrenze 2040 bei 67 Jahren, in den Simulationen zur Referenzvariante ergibt sich ein durchschnittliches Renteneintrittsalter von 66 Jahren.

76 Für die Rentenabschläge wird unterstellt, dass sie im Regelfall 6 Prozent, für Versicherte mit weniger als 0,5 Entgeltpunkten pro Beitragsjahr dagegen weiter 3,6 Prozent pro Jahr betragen. Als mittlerer Abschlag ergeben sich dabei 4,8 Prozent pro Jahr eines vorzeitigen Renteneintritts.

sichergestellt, dass sie für die Entwicklung der paritätisch finanzierten, lohnbezogenen Beiträge zur GKV insgesamt maßgeblich werden. Die Effekte der Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors für die regelmäßigen Anpassungen der Leistungen der SPV können im Rahmen des Simulationsmodells – unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Annahmen zu den Entwicklungen von Demografie und Pflegebedürftigkeitsrisiken – schließlich wiederum recht genau bestimmt werden.

Ergebnis der Simulationen ist, dass die Beitragssätze, die unter dem geltenden Recht bis 2040 deutlich ansteigen dürften (vgl. dazu auch Abschnitt 2.3), bei schneller Umsetzung der Reformen und unter den hier getroffenen Annahmen in diesem Zeitraum – mit gewissen Schwankungen, die einerseits aus den hier unterstellten schnellen Reformwirkungen, andererseits aus der bis 2035 stark zunehmenden demografischen Anspannung resultieren – im Bereich von 41 Prozent verstetigt werden könnten. Dafür sorgen ihre Effekte für die Ausgaben der Sozialversicherungen und für die beitragspflichtige Beschäftigung. Anschließend lässt sich dieses Niveau bis in die 2050er-Jahre halten, während dann bis 2060 mit einem neuerlichen Anstieg zu rechnen ist. Unsicherheiten über wesentliche Schätzgrundlagen und zukünftige Entwicklungen werden für die Phase nach 2040 allerdings immer größer.

Auch im Zeitraum bis 2040 dürfen die Ergebnisse der Simulationen nicht als „Punktschätzungen“ interpretiert werden. Die zukünftige finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, die sich anders entwickeln können, als hier angenommen wird. Bei abweichenden Annahmen können sich daher prinzipiell stets sowohl günstigere als auch weniger günstige Resultate ergeben. Nennenswerte Effekte haben dabei vor allem die Annahmen zur Zuwanderung (und zur Integration von Zuwanderern in den Arbeitsmarkt) sowie zur Erwerbsbeteiligung (von Frauen und von älteren Personen, verbunden mit deren Renteneintrittsverhalten).⁷⁷ Von Bedeutung sind auch andere Zusammenhänge, etwa zwischen Bildungsbeteiligung, Qualifikationsanforderungen und Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit, die sich in Langfristsimulationen bestenfalls in sehr grober Form berücksichtigen lassen.

Die Rahmenbedingungen für zukünftige Entwicklungen in diesen Bereichen – Zuwanderung, Erwerbsbeteiligung und Bildung – sind im Übrigen ebenfalls politisch gestaltbar. Zur Bewältigung der Herausforderungen durch den demografischen Wandel und die digitale und ökologische Transformation von Wirtschaft und Gesellschaft stellen sich der Politik daher auch diverse Aufgaben, die außerhalb des Sozialversicherungssystems ansetzen. Diese Aufgaben zu diskutieren und weitere, darauf bezogene Empfehlungen vorzulegen, liegt aber außerhalb des Auftrags der Kommission der BDA und dieses Berichts.

⁷⁷ Vgl. etwa Werding und Läpple (2019) oder Werding et al. (2024b), wo die Sensitivität vergleichbarer Simulationen – in der zweiten Studie zumindest für den Beitragssatz der GRV – jeweils sehr umfassend getestet wird.

Simulationen zu zukünftigen Entwicklungen der Beitragssätze der Sozialversicherungen ohne und mit Umsetzung der hier empfohlenen Reformen (vgl. Kasten 9) zeigen an, dass sich die lohnbezogenen Sozialbeiträge bis 2040 tendenziell tatsächlich bei knapp über 40 Prozent begrenzen lassen. Die Resultate solcher Berechnungen sind allerdings mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Dies gilt hier – über allgemeine Schätzunsicherheiten hinaus, schon bezüglich der zukünftigen Entwicklung von Demografie und Arbeitsmarkt – insbesondere für die Wirkungen, die von veränderten Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Renteneintrittsalters zu erwarten sind, sowie für die Stärke und zeitliche Entfaltung kostendämpfender Effekte eines strikteren Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen.⁷⁸

Eine reine Umfinanzierung ansonsten weitgehend unveränderter Ausgaben durch Steuern stellt aus Sicht der Kommission keine Alternative zu einer gezielten Dämpfung der Ausgabenentwicklung der Sozialversicherungen dar. Eine regelmäßige Kreditfinanzierung scheidet – selbst wenn sie nur einen Teil der steigenden Ausgaben betreffen würde – völlig aus: Die Covid-19-Pandemie und die auf den russischen Angriff auf die Ukraine folgende Energiekrise haben sehr deutlich gezeigt, wie wichtig ein strukturell ausgeglichener Staatshaushalt ist, um angesichts einer unerwarteten Krise Finanzierungsspielräume für gezielte, kurzfristige Gegenmaßnahmen zu haben.

Um auf Dauer Steuermittel im Gegenwert von 5 bis 10 Prozentpunkten der Beitragssätze zu mobilisieren, würden aufkommensstarke Steuern benötigt, deren Bemessungsgrundlage keinen starken konjunkturellen Schwankungen unterliegt. Effektiv kommen dafür nur die allgemeine Einkommen- oder die Mehrwertsteuer infrage, deren Sätze jeweils sukzessive entsprechend erhöht werden müssten. Die Belastungen, die dadurch für einzelne private Haushalte entstehen, mögen sich unterscheiden – sowohl zwischen beiden Steuern als auch von denen durch Sozialbeiträge.⁷⁹ Insgesamt entstehen aber ebenfalls große Risiken für die Entwicklung von Wirtschaft und Beschäftigung und es ist mit ähnlichen Entsolidarisierungseffekten angesichts als überhoch empfundener Abgaben zu rechnen wie bei einem ungebremsten Anstieg der Beitragssätze der Sozialversicherungen (vgl. Abschnitt 2.3).

Bei einer Finanzierung von Sozialversicherungsausgaben durch Steuermittel verschwindet zudem die Zurechenbarkeit der erworbenen Anwartschaften und die vorgenommenen Umverteilungen werden weitgehend undurchschaubar. Gerade im Hinblick auf die politische Steuerung und die demokratische Legitimation des Prozesses, mit dem die großen Herausforderungen für die Finanzierung des sozialen Sicherungssystems in den nächsten zwei Jahrzehnten und darüber hinaus bewältigt werden müssen, sind

78 Inwieweit die Erfahrungen, die mit solchen Ansätzen vor allem in den USA gemacht wurden, auf das deutsche Gesundheitssystem, mit anderer Organisation und starken Pfadabhängigkeiten, übertragbar sind, kann nicht seriös vorausgeschätzt, sondern letztlich nur praktisch erprobt werden.

79 Dies kann allerdings nur auf der Basis der jeweiligen rechnerischen Zahllasten beurteilt werden, die sich aus den jeweiligen Bemessungsgrundlagen und Steuertarifen ergeben. Wie sich die ökonomischen Belastungen nach allen Anpassungen verteilen, die durch eine Umfinanzierung dieser Art und Größenordnung ausgelöst werden, ist nicht absehbar.

beitragsfinanzierte Sozialversicherungen mit überschaubaren, wohlbegründeten Durchbrechungen des Äquivalenzprinzips überlegen. Daher führt kein Weg daran vorbei, den absehbaren Anstieg der dort anfallenden Finanzierungslasten zu begrenzen.

Ansatzpunkt: längere aktive Lebensphase

Gerade weil man mit der Vorausschätzung der Effekte der hier vorgelegten Empfehlungen vorsichtig sein muss, ist schließlich an eines der Schlüsselemente der hier insgesamt entwickelten Strategie zu erinnern (vgl. Abschnitt 3.2): Um die im demografischen Wandel – neben großen Herausforderungen für die Finanzierung der Sozialversicherungen – enthaltenen Chancen zu ergreifen, müssen in Deutschland Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es erlauben, die aktive Lebensphase der Versicherten zu verlängern. Wenn dies gelingt, ergeben sich unmittelbar günstige Effekte für die Rentenfinanzen mit Auswirkungen auf die Finanzen der Kranken- und Pflegeversicherung. Zugleich entstehen aus der Perspektive einer längeren aktiven Phase Rückwirkungen auf das Bildungs-, Erwerbs- und Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer bereits in früheren Lebensphasen.

Verbunden sind damit Aufgaben, für die die Arbeitgeber Verantwortung tragen, wie eine entsprechende Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Auch Weiterbildungsangebote für Arbeitnehmer aller Altersgruppen, das Einstellungsverhalten gegenüber älteren Erwerbspersonen und die Beschäftigungssicherheit älterer Beschäftigter müssen an die Perspektive einer längeren aktiven Lebensphase angepasst werden.

Die Politik ist in diesem Zusammenhang verantwortlich für die Weiterentwicklung des sozialen Sicherungssystems, mit Blick auf die jetzt beginnende Phase, in der der demografische Wandel dort voll hervortritt. Nicht weniger wichtig sind aber Rahmenbedingungen dafür, dass der Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren und Jahrzehnten aufnahmefähig und flexibel bleibt und sich – auch im Zuge der Veränderungen, u. a. durch die Digitalisierung – weiterhin günstig entwickelt.

Das 40-Prozent-Ziel wieder einhalten – bis 2040 und darüber hinaus

Insgesamt belegt der Bericht, den die Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“ hier vorlegt, dass es zwar nicht leicht, aber möglich ist, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu stabilisieren. Bei einer Nachschärfung einzelner Maßnahmen (z. B. einer Nachjustierung beim Nachhaltigkeitsfaktor, wie er für die Renten- und Pflegeversicherung vorgeschlagen wird) oder mit zusätzlichen Maßnahmen ließe er sich bis 2040 auch wieder auf 40 Prozent begrenzen. So

weit kann und sollte der Zeithorizont reichen, für den eine vorausschauende Politik heute konkrete Pläne fasst und klare Rahmenbedingungen schafft.

Notwendig ist eine solche Begrenzung aufgrund der aktuellen Herausforderungen durch den demografischen Wandel und die digitale und ökologische Transformation von Wirtschaft und Arbeitswelt. Insbesondere wegen des demografischen Wandels könnten die Sozialversicherungsbeiträge unter unveränderten rechtlichen Rahmenbedingungen in den nächsten 20 Jahren kontinuierlich um rund 10 Prozentpunkte ansteigen. Wenn es nicht gelingt, einen solchen Anstieg abzuwenden, ergeben sich massive Gefahren für die wirtschaftliche Entwicklung, vor allem die Beschäftigungsentwicklung, und den sozialen Zusammenhalt in Deutschland.

Einzelne Reformelemente, die in diesem Bericht vorgestellt, in ihrer erwarteten Wirkungsweise erläutert und – teilweise unter Abwägung mit alternativen Ansätzen – empfohlen werden, können sich in politischen Diskussionen über die konkrete Ausgestaltung der Reformen in den einzelnen Sozialversicherungszweigen als austauschbar erweisen. Kein Element ist jedoch ohne Weiteres verzichtbar. Entscheidend ist vor allem, vorab die Größenordnung der bestehenden Herausforderungen in den Blick zu nehmen und eine darauf abgestimmte Gesamtstrategie für die erforderlichen Reformen zu entwickeln. Die recht klar absehbare zeitliche Entfaltung des demografischen Wandels zwingt mittlerweile überdies zu schnellen Entscheidungen und entschlossenem Handeln.

Absehbar ist aus heutiger Sicht auch, dass die demografisch bedingte Anspannung der Sozialfinanzen nach 2040 nicht wieder zurückgeht. Vielmehr ist auf Dauer mit einem weiteren Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge zu rechnen, selbst wenn Reformen der hier empfohlenen Art rechtzeitig eingeleitet werden und daran im Zeitablauf konsequent festgehalten wird. Diese Aussicht ist aber kein Grund, die Reformanstrengungen von vornherein zu reduzieren. Vielmehr kann und muss zu gegebener Zeit, auf der Basis verlässlicherer Daten und Vorausberechnungen für die fernere Zukunft, die Größe der verbliebenen Probleme festgestellt und das Sozialversicherungssystem zeitgerecht weiterentwickelt werden – auch im Licht der Erfahrungen bei der bis dahin hoffentlich gelungenen Bewältigung der nächsten, besonders schwierigen zwei Jahrzehnte.

Literatur

A

Amelung, Volker E. und Harald Schumacher (2004), *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Gabler: Wiesbaden.

Aretz, Bodo, Désirée I. Christofzik, Uwe Scheuering und Martin Werding (2016), Auswirkungen der Flüchtlingsmigration auf die langfristige Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, *SVR-Arbeitspapier* Nr. 6/2016.

Augurzky, Boris, Harald Tauchmann, Andreas Werblow und Stefan Felder (2009), *Effizienzreserven im Gesundheitswesen*, *RWI-Materialien* Nr. 49, RWI: Essen.

B

Bachmann, Ronald, Myrielle Gonschor, Piotr Lewandowski und Karol Madon (2022), The Impact of Robots on Labour Market Transitions in Europe, *IZA Discussion Paper* Nr. 15303.

Bahnsen, Lewe, Tobias Kohlstruck, Gerrit Manthei, Bernd Raffelhüschen und Stefan Seuffert (2019), Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz, Update 2019. Fokus: Pflegefall Pflegeversicherung?, Stiftung Marktwirtschaft, *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik* Nr. 146.

Bauer, Ann Barbara und Reiner Eichenberger (2018), Worsening Workers' Health by Lowering Retirement Age: The Malign Consequences of a Benign Reform, *CREMA Working Paper* Nr. 2018-02.

BDA (2002), *Neuaufbruch in der Sozialen Sicherung*, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Köln.

BDA (2024), Beschäftigung Älterer weiter ausbauen, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Berlin. Download unter: https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/2024/03/bda-arbeitgeber-positionspapier-beschaeftigung_aelterer_weiter_ausbauen.pdf (Recherche 02.02.2025).

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.; 2019), *Übersorgung – eine Spurensuche*, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Beznoska, Martin und Jochen Pimpertz (2016), Neue Empirie zur betrieblichen Altersvorsorge, *IW-Trends* Nr. 2/2016, S. 3–19.

BMAS (2023), *Trägerbefragung zur Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung (BAV 2023)*, BMAS: Berlin.

BMAS (2024a), Alterssicherungsbericht 2024. Download unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/alterssicherungsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Recherche am 07.01.2025).

BMAS (2024b), Sozialbudget 2023, Download unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a230-24-sozialbudget-2023.html> (Recherche am 13.01.2025).

BMF (2024), Statistische Auswertungen zur Riester-Förderung: Auswertungsstichtag 15. Mai 2024 – Beitragsjahre 2020 bis 2023, Download unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerliche_Themengebiete/Altersvorsorge/2024-11-15-Statistik-Riester-Foerderung-bis-2023.html (Recherche am 07.01.2025).

BMG (2024a), Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2024, Download unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html> (Recherche am 02.02.2020).

BMG (2024b), Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung: errechneter Jahresdurchschnitt 2024 aus Januar bis Dezember 2024, Download unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (Recherche am 07.01.2025).

- BMG (2024c), Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden (bis 2016: Pflegestufen), div. Jg., Download unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> (Recherche am 02.02.2025).
- Börsch-Supan, Axel (2004), Faire Abschlüsse in der Gesetzlichen Rentenversicherung, *MEA Discussion Paper* Nr. 65-04.
- Börsch-Supan, Axel (2007), Über selbststabilisierende Rentensysteme, in: Ulrich Becker, Franz-Xaver Kaufmann, Bernhard von Maydell, Winfried Schmähl und Hans F. Zacher (Hrsg.), *Alterssicherung in Deutschland*, Nomos: Baden-Baden, S. 157–170.
- Börsch-Supan, Axel und Johannes Rausch (2018), Die Kosten der doppelten Haltelinie, *MEA Discussion Paper* Nr. 03-2018.
- Börsch-Supan, Axel, Tabea Bucher-Koenen, Nicolas Goll und Christina Maier (2016), 15 Jahre Riester – eine Bilanz, *MEA Discussion Paper* Nr. 06-2016.
- Börsch-Supan, Axel, Tabea Bucher-Koenen, Nicolas Goll und Felizia Hanemann (2021), Targets missed: Three case studies exploiting the linked SHARE-RV data, *Journal of Pension Economics and Finance* (2021), S. 1–21, Download unter: https://www.researchgate.net/publication/348940912_Targets_missed_three_case_studies_exploiting_the_linked_SHARE-RV_data/fulltext/609c6b14299bf1259ece2cc0/Targets-missed-three-case-studies-exploiting-the-linked-SHARE-RV-data.pdf?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uRG93bmxyYWQlLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ (Recherche am 07.01.2025).
- Börsch-Supan, Marcus Roth und Gert G. Wagner (2017), Altersvorsorge im internationalen Vergleich: Staatliche Produkte für die zusätzliche Altersvorsorge in Schweden und dem Vereinigten Königreich, *Forschungsbericht* Nr. 494, BMAS: Berlin.
- Breyer, Friedrich (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 16(3), S. 215–230.
- Breyer, Friedrich und Stefan Hupfeld (2010), On the Fairness of Early Retirement Provisions, *German Economic Review* 11(1), S. 60–77.
- Breyer, Friedrich und Volker Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220(1), S. 1–17.
- Bucher-Koenen, Tabea, Jesper Riedler und Martin Weber (2019), *Kapitalanlage eines staatlich organisierten Altersvorsorgefonds*, ZEW, Verbraucherzentrale Bundesverband: Mannheim, Berlin.
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2024), GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2024 und 2025, Download unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/service/newsroom/detail/gkv-schaetzerkreis-schaetzt-die-finanziellen-rahmenbedingungen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-fuer-die-jahre-2024-und-2025/> (Recherche am 7.1.2025).
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2025), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996–2023 (Stand 13.01.2025), Download unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikopruefung-ausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/> (Recherche am 21.01.2025).
- Bundesregierung (2024), *Bericht der Bundesregierung: Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen*, BT-Drs. 20/12600, Berlin.
- Bundesrechnungshof (2024), Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), Download unter: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/BWV-Veroeffentlichung/krankenhaus-reform.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Recherche am 07.01.2025).
- Buslei, Hermann, Johannes Geyer und Peter Haan (2023), Zur Entwicklung der Altersarmut bei Änderungen der Rentenanpassungsregeln und weiterer Reformen, Download unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Arbeitspapiere/Arbeitspapier_05_2023.pdf (Recherche am 07.01.2025).
- Clemens, Johannes (2007), Anhebung der Regelaltersgrenze und Abschlüsse bei vorzeitigem Renteneintritt, *Wirtschaftsdienst* Nr. 12/2007, S. 835–840.
- Coe, Norma B., Hans-Martin von Gaudecker, Maarten Lindeboom und Jürgen Maurer (2012), The effect of retirement on cognitive functioning, *Health Economics* 21(8), S. 913–927.

C

D

Deutsche Bundesbank (2008), Perspektiven der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland, *Monatsbericht* Nr. 4/2008, S. 51–75.

Deutsche Bundesbank (2023), Öffentliche Finanzen – Staatlicher Gesamthaushalt: Gesamtjahr 2023 und Ausblick auf 2024, *Monatsbericht* November 2023, S. 62–69, Download unter: <https://www.bundesbank.de/resource/blob/918734/ad7bd5cb1cd15aa0a33689466e8d6323/472B63F073F071307366337C94F8C870/2023-11-oeffentliche-finanzen-data.pdf> (Recherche am 08.01.2025).

Deutsche Rentenversicherung (2024a), Rentenversicherung in Zeitreihen (Ausgabe 2024), Download unter: <http://statistik-rente.de> (Recherche am 07.01.2025).

Deutsche Rentenversicherung (2024b), *Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse 2023*, DRV: Berlin.

DIVI (2020), *DIVI-Intensivregister: Tagesreports* (div. Ausgaben), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Download unter: <https://www.divi.de/register/tagesreport> (Recherche am 15.07.2020).

DIW (2024), Rente nach 45 Jahren: Auch Personen mit geringer Arbeitsbelastung gehen frühzeitig abschlagsfrei in Ruhestand, *DIW Wochenbericht* Nr. 48/2024, https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.927817.de/24-48-1.pdf (Recherche am 07.01.2025)

DGUV (2024), *DGUV-Statistiken für die Praxis 2023*, DGUV: Berlin.

Dlugosz, Stephan, Gesine Stephan und Ralf A. Wilke (2014), Fixing the Leak: Unemployment Incidence before and after a Major Reform of Unemployment Benefits in Germany, *German Economic Review* 15(3), S. 329–352.

Duggan, Mark, Jonathan Gruber und Boris Vabson (2018), The Consequences of Health Care Privatization: Evidence from Medicare Advantage Exits, *American Economic Journal: Economic Policy* 10(1), S. 153–186.

E

Ehrentraut, Oliver, Stefan Moog und Jan Limbers (2017), *Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung: Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen steigender Beitragssätze in der Sozialversicherung und Finanzierungsalternativen*, Prognos: Freiburg.

F

Fokusgruppe private Altersvorsorge (2023), Abschlussbericht, BMF: Berlin, Download unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/abschlussbericht-fokusgruppe-private-altersvorsorge.html (Recherche am 18.02.2025).

Fries, James F. (1980), Aging, natural death, and the compression of morbidity, *New England Journal of Medicine* 303(3), S. 130–136.

G

Gasche, Martin (2012), Alte und neue Wege zur Berechnung der Rentenabschläge, *MEA Discussion Paper* Nr. 252-2012.

GDV (2024), Statistiken zur Deutschen Versicherungswirtschaft, Tabelle 56, Download unter: <https://www.gdv.de/resource/blob/152652/4a475238113e764d7dcfb9fd0f54dff1/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-taschenbuch-data.pdf> (Recherche am 08.01.2025)

Genett, Timm (2019), Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege: Vorschlag für eine nachhaltige Finanzreform der Pflegeversicherung, *Gesellschaftspolitische Kommentare* Nr. 710/2019, S. 1–14.

Geyer, Johannes, Hermann Buslei, Patricia Gallego-Granados und Peter Haan (2019), *Anstieg der Altersarmut in Deutschland: Wie wirken verschiedene Rentenreformen?*, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Giesecke, Matthias (2019), The retirement mortality puzzle: Evidence from a regression discontinuity design, *Ruhr Economic Papers* Nr. 800.

Graf, Jürgen, Annette von Butler und Konrad Reinhart (2020), Tödliche Lücken, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 27. Mai 2020, S. N2.

Günster, Christian, Dagmar Drohan, Corinna Hentschker, Jürgen Klauber, Jürgen Malzahn, Gerhard Schillinger und Carina Mostert (2020), *WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns*, Wissenschaftliches Institut der AOK: Berlin.

H

Haan, Peter, Daniel Kemptner und Holger Lüthen (2019), Besserverdienende profitieren in der Rentenversicherung zunehmend von höherer Lebenserwartung, *DIW Wochenbericht* Nr. 23/2019.

Haan, Peter, Holger Stichnoth, Maximilian Blömer, Hermann Buslei, Johannes Geyer, Carla Krolage und Kai-Uwe Müller (2017), *Entwicklung der Altersarmut bis 2036: Trends, Risikogruppen und Politikszenerarien*, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Hammermann, Andrea, Roschan Monsef und Oliver Stettes (2023), KI und der Arbeitsmarkt: Eine Analyse der Beschäftigungseffekte. Ein Überblick über aktuelle empirische Befunde, *IW-Report* Nr. 55/2023, Institut der deutschen Wirtschaft: Köln.

Henke, Klaus-Dirk und Wolfram F. Richter (2013), Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *ifo Schnelldienst* Nr. 4/2013, S. 15–21.

Hüther, Michael, Thomas Obst und Jochen Pimpertz (2025), Steigende Sozialversicherungsbeiträge belasten die Wettbewerbsfähigkeit, *IW-Policy Paper* Nr. 3/2025, Institut der deutschen Wirtschaft: Köln.

K

Kaltenborn, Bruno (2019), *Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: ein statistisches Kompendium*, DRV-Schriften Bd. 118, DRV: Berlin.

Kifmann, Mathias und Martin Nell (2014), Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 15(1), S. 75–87.

Kochskämper, Susanna (2019), Lösung Bürgerversicherung? Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, *IW-Report* Nr. 16/2019, Institut der deutschen Wirtschaft: Köln.

Kochskämper, Susanna und Jochen Pimpertz (2015), Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur, *IW-Trends* Nr. 3/2015, S. 59–75.

Kochskämper, Susanna, Christine Arentz und Maik Moritz (2019), Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung, *IW-Policy Paper* Nr. 12/2019, Institut der deutschen Wirtschaft: Köln.

Kuhn, Andreas, Jean-Philippe Wuellrich und Josef Zweimüller (2010), Fatal attraction? Access to early retirement and mortality, *IZA Discussion Paper* Nr. 5160.

Kruse, Andreas (Hrsg.; 2010), *Potenziale im Altern*, Akademische Verlagsgesellschaft: Heidelberg.

Kruse, Andreas, Thomas Rentsch und Harm-Peer Zimmermann (Hrsg.; 2012), *Gutes Leben im hohen Alter. Das Alter in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen*, Akademische Verlagsgesellschaft: Heidelberg.

L

Lichter, Andreas und Amelie Schiprowski (2021), Benefit duration, job search behavior and re-employment, *Journal of Public Economics* 193, 104326.

Lutz, Wolfgang und Endale Kebede (2018), Education and Health: Redrawing the Preston Curve, *Population and Development Review* 44(2), S. 343–361.

M

Mazzonna, Fabrizio und Franco Peracchi (2012), Ageing, cognitive abilities and retirement, *European Economic Review* 56(4), S. 691–710.

Mazzonna, Fabrizio und Franco Peracchi (2017), Unhealthy retirement?, *Journal of Human Resources* 52(1), S. 128–151.

MISSOC (2024), Gegenseitiges Informationssystem für soziale Sicherheit: Vergleichende Tabellen, Download unter: <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de> (Recherche am 02.02.2025).

O

Oberdieck, Veit (1998), *Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?*, S+W Steuer- und Wirtschaftsverlag: Hamburg.

Ochmann, Richard und Martin Albrecht (2024), Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung: Szenarienbasierte Projektion bis zum Jahr 2035 für die DAK-Gesundheit, Download unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/73368/data/5d648a27e8312f72538352d41202a119/240625-download-kurzbericht-iges-dak-entwicklung-sozialversicherung.pdf> (Recherche am 07.01.2025).

Ochmann, Richard und Martin Albrecht (2025), Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit, Download unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88672/data/a57e74372daa9edc30149d9b452e96f0/beitragsentwicklung-analyse-update-2025-kurzbericht.pdf> (Recherche am 02.02.2025).

OECD (2017), *Pensions at a glance 2017: OECD and G20 indicators*, OECD: Paris.

OECD (2018), *Pensions outlook 2018*, OECD: Paris.

OECD (2020), *Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*, OECD: Paris.

OECD (2024a), *Taxing Wages 2024*, OECD: Paris.

OECD (2024b), *Health Statistics 2024*, Download unter: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Recherche am 07.01.2025).

P

Paquet, Robert und Klaus Jacobs (2015), Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – Institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen, *Sozialer Fortschritt* 64(1-2), S. 1–7.

Pimpertz, Jochen und Martin Beznoska (2017), *Nettoeinkommenseffekte steigender Beitragssätze zur Sozialversicherung*, Institut der deutschen Wirtschaft: Köln.

Pimpertz, Jochen und Maximilian Stockhausen (2019), Grundsicherung statt Grundrente, *IW-Trends* Nr. 3/2019, S. 39–53.

Pimpertz, Jochen und Josef Hecken (2024), Mut zu neuen Ideen – Für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitssystems, Download unter: <https://www.kas.de/documents/d/guest/mut-zu-neuen-ideen> (Recherche am 08.01.2025).

R

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022), *Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung*, Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (Recherche am 07.01.2025).

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023), *Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung*, Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf (Recherche am 07.01.2025).

- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024), Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, Download unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf (Recherche am 07.01.2025).
- Reineke, Ulrich (2012), Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse in der allgemeinen Rentenversicherung, *Deutsche Rentenversicherung* Nr. 1/2012, S. 1–4.
- Richter, Wolfram F. (2016), Zurück zur paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung?, *Gesundheits- und Sozialpolitik* Nr. 6/2016, S. 70–73.
- Richter, Wolfram F. (2024), Über neue und alte (Fehl)Anreize in der Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen, *Wirtschaftsdienst* Nr. 104, S. 106–111.
- Richter, Wolfram F. und Martin Werding (2020), Renten für Geringverdiener – von Österreich lernen, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 27. Juni 2020, S. 18.
- Riphahn, Regina T. und Rebecca Schrader (2018), Institutional Reforms and an Incredible Rise in Old Age Employment, *CESifo Working Paper* Nr. 7334.
- Rothgang, Heinz (2023), Stellungnahme Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG). Ausschussdrucksache 20(14)105(27) gel. SV zur öffentl. Anh. am 10.05.2023 – PUEG, Download unter: <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=bc3ff76e1f.pdf&filename=Stellungnahme%20Rothgang%20zur%20Anh%C3%B6rung%20PUEG%2020240510.pdf> (Recherche am 08.01.2025).
- Rothgang, Heinz und Rolf Müller (2023), BARMER Pflegereport 2023, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung: Berlin, Download unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflege-report-2023-data.pdf> (Recherche am 02.02.2025).
- Ruland, Franz (1995) Versicherungsfremde Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung, *Deutsche Rentenversicherung*, 1, 28–37.
- Ruland, Franz (2019a), Vorschlag zur Grundrente: ungerecht, ineffizient und teuer, *Wirtschaftsdienst* Nr. 3/2019, S. 189–195.
- Ruland, Franz (2019b), *Der Kompromiss der Koalition zur Grundrente*, Gutachten auf Anforderung der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), Typoskript, München.

S

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005), *Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen (Jahresgutachten 2005/06)*, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011), *Herausforderungen des demografischen Wandels (Expertise)*, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2014), *Mehr Vertrauen in Marktprozesse (Jahresgutachten 2014/15)*, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023), *Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren (Jahresgutachten 2023/24)*, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Schmidt, Christoph M. (2014), Wirkungstreffer erzielen – Die Rolle der evidenzbasierten Politikberatung in einer aufgeklärten Gesellschaft, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 15(3), S. 219–233.
- Sekhri, Neelam K. (2000), Managed care: the US experience, *Bulletin of the World Health Organization* 78(6), S. 830–844.
- Sozialbeirat (2007), *Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 2007*, BT-Drs. 16/7300, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2022), 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Annahmen und Ergebnisse, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden, Download unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html> (Recherche am 07.01.2025).
- Sternberg, Juliane (2017), *Untersuchungen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten älterer Langzeiterwerbsloser*, Dissertation, Universität Rostock.

T

Theuer, Stefan und Frank Sowa (2014), Im Dreieck der Arbeitsvermittlung – Agenturen für Arbeit zwischen Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- oder Prozessorientierung, *Der moderne Staat* 7(1), S. 215–235.

W

Walwei, Ulrich (2019), Evidenzbasierte Beratung im Politikfeld Arbeitsmarkt, in: C. M. Buch und R. T. Riphahn (Hrsg.), *Evaluierung von Finanzmarktreformen: Lehren aus den Politikfeldern Arbeitsmarkt, Gesundheit und Familie* (Leopoldina-Forum, 01), S. 34–46.

Wasem, Jürgen und Anke Walendzik (2011), Optionen zur „Überwindung“ der Marktabgrenzung zwischen GKV und PKV, in: Eberhard Wille und Klaus Knabner (Hrsg.), *Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl*, Peter Lang: Frankfurt/Main, S. 43–66.

Weise, Frank-Jürgen (2011), Der Umbau der Bundesanstalt/Bundesagentur für Arbeit zum modernen Dienstleister, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 80(1), S. 67–78.

Weizsäcker, Jakob von und Martin Werding (2002), Demographiefest: Rentenfinanzen und Lebenserwartung, *ifo Schnelldienst* Nr. 11/2002, S. 42–45.

Werding, Martin (2007), Versicherungsmathematisch korrekte Rentenabschläge für die gesetzliche Rentenversicherung, *ifo Schnelldienst* Nr. 16/2007, S. 19–32.

Werding, Martin (2013), *Modell für flexible Simulationen zu den Effekten des demographischen Wandels für die öffentlichen Finanzen in Deutschland bis 2060: Daten, Annahmen und Methoden*, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Werding, Martin (2016), *Modellrechnungen für den vierten Tragfähigkeitsbericht des BMF*, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut (FiFo) an der Universität zu Köln: Köln.

Werding, Martin (2019), Wie haltbar sind die Haltelinien? Effekte der Rentenreform 2018, *ifo Schnelldienst* Nr. 2/2019, S. 21–25.

Werding, Martin (2025), *Die Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge bis 2080: Ein Update*, Ruhr-Universität, Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Finanzen: Bochum.

Werding, Martin und Benjamin Läpple (2019), *Wie variabel ist der demografische Alterungsprozess? Effekte von Geburten und Zuwanderung – Folgen für die soziale Sicherung*, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Werding, Martin, Benjamin Läpple und Sebastian Schirner (2024a), Modellrechnungen für den Sechsten Tragfähigkeitsbericht des BMF, im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen, *FiFo-Bericht* Nr. 33, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut (FiFo) an der Universität zu Köln: Köln, Download unter: <https://www.fifo-koeln.org/en/publications/fifo-reports/download-file?path=FiFo-Bericht+33.pdf> (Recherche am 02.02.2025).

Werding, Martin, Benjamin Runschke und Milena Schwarz (2024b), Alterungsschub und Rentenreform: Simulationen für GRV und Beamtenversorgung, *SVR-Arbeitspapier* Nr. 1/2024.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2018), *Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen*, BMF: Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2012), *Altersarmut (Gutachten)*, BMWi: Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2016), *Nachhaltigkeit in der sozialen Sicherung über 2030 hinaus (Gutachten)*, BMWi: Berlin.

Anhang: Detaillierte Quellenangaben zu den Abbildungen

Abbildung 1:

Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge (1960–2025)

- Deutsche Rentenversicherung (2024), Rentenversicherung in Zeitreihen 2024: Kenngrößen und Bemessungswerte, S. 260.
- Eigene Berechnungen zur durchschnittlichen Höhe der Zusatzbeiträge für Kinderlose in der SPV.

Abbildung 2:

Lohnbezogene Abgaben im internationalen Vergleich (2023)

- OECD (2024a), Taxing Wages 2024, OECD: Paris.

Abbildung 3:

Sozialbudget und Verwaltungsausgaben (1970–2023)

a) BIP:

- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2023, Bonn, Tabelle I-1, S. 7.

b) Sozialausgaben:

- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2023, Bonn, Tabelle I-1, S. 7.

c) Verwaltungsausgaben:

- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2023, Datenstand: Juli 2024, Tabelle III-2, S. 21 ff.; Tabelle III-4, S. 26 f.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2022, Datenstand: Juni 2023, Tabelle III-2, S. 21 ff., Tabelle III-4, S. 26 f.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2021, Datenstand: Mai 2022, Tabelle III-2, S. 23, Tabelle III-4, S. 27.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2018, Bonn, Tabelle II, S. 13.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2015, Bonn, Tabelle II, S. 13.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2011, Bonn, Tabelle II, S. 13.
- BMAS (Hrsg.), Sozialbudget 2010, Bonn, Tabelle II, S. 12.
- BMAS (Hrsg.), Statistisches Taschenbuch 2010. Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn, Tabelle 71.

d) Wachstumsfördernde Investitionsausgaben des Staates:

- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1987, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 19.8: Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Investitionen und Investitionsförderungsmaßnahmen 1984, S. 442.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1988, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 19.8: Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Investitionen und Investitionsförderungsmaßnahmen 1985, S. 434.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1989, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.5: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1986 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 435.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1990, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.5: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1987 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 449.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1991, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.5: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1988 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 497.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1992, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.6: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1989 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 532.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1993, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.6: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1990 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 542.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1994, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.6: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1991 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 528.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1995, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1992 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 504.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1996, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1993 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 502.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1997, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1994 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 514.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1998, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1995 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 498.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1999, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1996 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 496.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2000, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1997 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 498.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2001, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1998 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 520.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2002, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 20.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 1999 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 522.

- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2003, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 22.3.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2000 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 522.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2004, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 22.5.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2001 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 668.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2005, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2002 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 579.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2006, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.5.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2003 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 584.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2007, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2004 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 582.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2008, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2005 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 580.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2009, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2006 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 586.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2010, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2007 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 586.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2011, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 23.4.4: Investitionsausgaben der öffentlichen Haushalte 2008 nach Arten und Aufgabenbereichen, S. 582.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2012, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 9.3.5: Investitionsausgaben nach Aufgabenbereichen 2009, S. 263.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2013, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 9.3.5: Investitionsausgaben nach Arten 2010, S. 257.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2014, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 9.2.4: Investitionsausgaben nach Arten 2011, S. 261.
- Statistisches Bundesamt, Öffentliche Finanzen auf einen Blick, 2017, Kapitel 2: Öffentliche Ausgaben, 2.3 Investitionsausgaben, Abbildung: Investitionsausgaben des Öffentlichen Gesamthaushalts, S. 30.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2018, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 9.2.4: Investitionsausgaben nach Arten 2018, S. 272.
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2019, Kapitel: Finanzen und Steuern, Tabelle 9.2.4: Investitionsausgaben nach Arten 2019, S. 274.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 2. Vierteljährliche Kassenergebnisse des Öffentlichen Gesamthaushalts, 1.–4. Vierteljahr 2020, Stand 9. April 2021. Tabelle 1: Ausgaben und Einnahmen des Öffentlichen Gesamthaushalts – Kern- und Extrahaushalte, S. 11.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 2. Vierteljährliche Kassenergebnisse des Öffentlichen Gesamthaushalts, 1.–4. Vierteljahr 2021, Stand 19. April 2022. Tabelle 1: Ausgaben und Einnahmen des Öffentlichen Gesamthaushalts – Kern- und Extrahaushalte, S. 11.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 2. Vierteljährliche Kassenergebnisse des Öffentlichen Gesamthaushalts, 1.–4. Vierteljahr 2022, Stand 5. April 2023. Tabelle 1: Ausgaben und Einnahmen des Öffentlichen Gesamthaushalts – Kern- und Extrahaushalte, S. 11.
- Statistisches Bundesamt, Statistischer Bericht, Ergänzung zur Datenbank GENESIS-Online, Vierteljährliche Kassenergebnisse des Öffentlichen Gesamthaushalts, 1.–4. Vierteljahr 2023, Tabelle 71511-05: Investitionsausgaben nach Arten.

Abbildung 4:

Beschäftigte in der Sozialversicherung nach Sozialversicherungszweigen (1975–2023)

- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1975, Stand Juli 1977, S. 7, Tabelle 1, und S. 9, Tabelle 3.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1977, Stand Dezember 1979, S. 26, Tabelle 1.2.1, und S. 27, Tabelle 1.2.2.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1979, Stand April 1981, S. 19, Tabelle 1.5, und S. 79, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1981, Stand Mai 1983, S. 16, Tabelle 1.1, S. 19, Tabelle 1.4 und S. 65, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1983, Stand Juli 1985, S. 28–29, Tabelle 1.6, und S. 200–205, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1985, Stand September 1986, S. 24–25, Tabelle 1.5, S. 134–135, Tabelle 71, und S. 136–137, Tabelle 72.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1987, Stand Oktober 1989, S. 180–181, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1989, Stand Februar 1991, S. 180–181, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1991, Stand Dezember 1993, S. 174–175, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1993, Stand Dezember 1995, S. 164–165, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1995, Stand August 1997, S. 212–213, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1997, Stand Dezember 1998, S. 122–123, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 1999, Stand Dezember 2000, S. 138–139, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: Juni 2001, Stand Dezember 2002, S. 96–97, Tabelle 71.

- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2003, Stand 6. Januar 2005, S. 95–96, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2005, Stand 25. Januar 2007, S. 110–111, Tabelle 71.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2007, Stand 23. Juli 2008, S. 99, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2009, Stand 22. Juli 2010, S. 90, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2011, Stand 13. August 2012, S. 77, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2013, Stand 23. Juni 2014, S. 74, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2015, Stand 23. Juni 2016, S. 74, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2017, Stand 31. August 2018, S. 74, Tabelle 61.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2018, Stand 27. September 2019, Tabelle 61., S. 75.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2019, Stand 18. September 2020, Tabelle 61., S. 74.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 14: Finanzen und Steuer, Reihe 6: Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2020, Stand 6. September 2021, Tabelle 61., S. 85.
- Statistisches Bundesamt Statistischer Bericht, Ergänzung zur Datenbank GENESIS-Online, Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2022, Stand 5. Januar 2024, Tabelle 74111-02.
- Statistisches Bundesamt, Statistischer Bericht, Ergänzung zur Datenbank GENESIS-Online, Personal des öffentlichen Dienstes: 30. Juni 2023, Stand 10. Oktober 2024, Tabelle 74111-02.

Abbildung 5:

Trägerstruktur in der Sozialversicherung (2025)

- a) Rentenversicherung:
 - §§ 125 SGB VI ff.; Deutsche Rentenversicherung Bund, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Struktur-und-Organisation/Traeger/traeger_node.html.
- b) Krankenversicherung:
 - §§ 143 ff. SGB V; §§ 147 ff. SGB V; §§ 157 ff. SGB V; § 166 SGBV; § 167 SGB V; §§ 168 ff. SGB V; Bundesgesundheitsministerium, Stand Januar 2025
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>
 - Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Stand Januar 2025 § 217f SGB V
https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/organisation/organisation.jsp
- c) Bundesagentur für Arbeit, Stand Januar 2025
 - §§ 367 ff. SGB III
<https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns>
- d) Unfallversicherung:
 - § 29 SGB IV; § 114 SGB VII; Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Stand Januar 2025
<https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp>.
- e) Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau:
 - § 146 SGB V; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Stand Januar 2025
<https://www.svlfg.de/leitbild-und-organisation>

Abbildung 6:

Governance in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (Januar 2025)

- a) Rentenversicherung:
 - § 90 Abs. 2 und 2a SGB IV; § 94 SGB IV.
- b) Kranken- und Pflegeversicherung:
 - § 90 Abs. 1 bis 3 SGB IV; § 90a SGB IV; § 94 SGB IV; §§ 77 ff. SGB V; § 217d SGB V; § 281 SGB V; § 282 SGB V; § 278 SGB V.
- c) Arbeitslosenversicherung, Künstlersozialversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau:
 - § 90 Abs. 1 und 4 SGB IV; § 367 SGB III; § 368 SGB III; § 393 SGB III; § 46 KSVG.
- d) Unfallversicherung:
 - §§ 87 ff. SGB IV, § 90 Abs. 1 und 2 SGB IV.

Abbildung 7:

Aufbau der Selbstverwaltung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen (Januar 2025)

- a) Rentenversicherung:
 - §§ 125 ff. SGB VI; § 138 SGB VI; § 29 SGB IV.
 - 1. Bundesvertreterversammlung:
 - Deutsche Rentenversicherung Bund, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Struktur-und-Organisation/Selbstverwaltung/Bundesvertreterversammlung/bundesvertreterversammlung.html>.
 - 2. Bundesvorstand:
 - Deutsche Rentenversicherung Bund, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Struktur-und-Organisation/Selbstverwaltung/Bundesvorstand/bundesvorstand.html>.

3. Vorstand der DRV Bund:
 - Deutsche Rentenversicherung Bund, Stand Januar 2025
<https://deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vorstand/vorstand.html;jsessionid=9AEEA431BAFA684E8508D3A54C42081A.delivery2-3-replication>.
4. Vertreterversammlung der DRV Bund:
 - Deutsche Rentenversicherung Bund, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/veranstaltungen_2019.html.
5. Vorstand der Regionalträger:
 - Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/BadenWuerttemberg/Selbstverwaltung/Vorstand.html>.
 - Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BayernSued/DE/Ueber-uns/SV-und-GF/Vorstand/vorstand.html>
 - Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Stand 29. August 2019
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BerlinBrandenburg/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/01_Selbstverwaltung/02_Vorstand/Vorstand.html
 - Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BraunschweigHannover/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Unsere_Selbstverwaltung.html#doc1bf8cb32-7c1f-4c2c-ba43-29ea77c33801bodyText4
 - Deutsche Rentenversicherung Hessen, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Hessen/DE/Ueber-uns/Unternehmensprofil/Selbstverwaltung-und-Geschaeftsfuehrung/Vorstand/vorstand_node.html
 - Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vorstand/Vorstand_Artikel.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Nord, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/selbstverwaltung_node.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nordbayern/DE/Ueber-uns/Unternehmensprofil/Selbstverwaltung/Vorstand/vorstand_node.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/OldenburgBremen/DE/Ueber-uns/Unsere-Selbstverwaltung/Vorstand/Vorstand.html>.
 - Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/DE/Ueber-uns/Struktur-und-Organisation/Selbstverwaltung/selbstverwaltung_detail.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/RheinlandPfalz/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vorstand/Vorstand.html?nn=44509faf-f0a2-42b2-a941-29c99c1874ec>.
 - Deutsche Rentenversicherung Saarland, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Saarland/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung-und-Geschaeftsfuehrung/Vorstand/vorstand_sl.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Schwaben/DE/Ueber-uns/Vorstand/vorstand_node.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vorstand.html>.
6. Vertreterversammlung der Regionalträger:
 - Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Selbstverwaltung.html>.
 - Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BayernSued/DE/Ueber-uns/SV-und-GF/Vertreterversammlung/vertreterversammlung.html>.
 - Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BerlinBrandenburg/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/01_Selbstverwaltung/01_Votreterversammlung/Vertreterversammlung.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BraunschweigHannover/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Unsere_Selbstverwaltung.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Hessen, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Hessen/DE/Ueber-uns/Unternehmensprofil/Selbstverwaltung-und-Geschaeftsfuehrung/Vertreterversammlung/vertreterversammlung_node.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/Vertreterversammlung_Artikel.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Nord, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/selbstverwaltung_node.html.
 - Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nordbayern/DE/Ueber-uns/Unternehmensprofil/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/vertreterversammlung_node.html.

- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/OldenburgBremen/DE/Ueber-Uns/Unsere-Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/Vertreterversammlung.html>.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/RheinlandPfalz/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/Vertreterversammlung.html>.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/DE/Ueber-uns/Struktur-und-Organisation/Selbstverwaltung/selbstverwaltung_detail.html.
- Deutsche Rentenversicherung Saarland, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Saarland/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung-und-Geschaeftsfuehrung/Vertreterversammlung/vertreterversammlung_sl.html.
- Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Stand Januar 2025
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Schwaben/DE/Ueber-uns/Vertreterversammlung/vertreterversammlung_node.html.
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Stand Januar 2025
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Ueber-uns/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung.html>.
- 7. Vorstand Knappschaft-Bahn-See:
 - Knappschaft-Bahn-See, Stand Januar 2025
https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Selbstverwaltung/Vorstand/vorstand_node.html.
- 8. Vertreterversammlung Knappschaft-Bahn-See:
 - Knappschaft-Bahn-See, Stand Januar 2025
https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Selbstverwaltung/Vertreterversammlung/vertreterversammlung_node.html.
- 9. Regionalausschüsse Knappschaft-Bahn-See:
 - Knappschaft-Bahn-See, Stand Januar 2025
https://www.kbs.de/DE/UeberUns/Selbstverwaltung/Regionalausschuesse/regionalausschuesse_node.html.
- b) Kranken- und Pflegeversicherung
 1. Organe der Krankenkassen:
 - §§ 143 ff. SGB V; §§ 147 ff. SGB V; §§ 157 ff. SGB V; § 166 SGB V; § 167 SGB V; §§ 168 ff. SGB V; § 197 SGB V; § 44 SGB IV.
 2. Organe der Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen:
 - §§ 207 ff. SGB V; §§ 212 ff. SGB V.
 3. Organe der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung und der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung:
 - § 77 SGB V; § 79 SGB V; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand Januar 2025
<https://www.kbv.de/html/426.php>.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Stand Januar 2025
<https://www.kzbv.de/vertreterversammlung.16.de.html> sowie <https://www.kzbv.de/vorstand.356.de.html>.
 4. Organe des GKV-Spitzenverbands:
 - § 217b SGB V; Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Satzung vom 18.06.2007, zuletzt geändert durch Beschluss vom 26.10.2023, Stand Januar 2025.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/organisation/20231026_GKV-SV_Satzung_barrierefrei.pdf.
 5. Organe des Gemeinsamen Bundesausschusses:
 - § 91 SGB V; Gemeinsamer Bundesausschuss, Stand Januar 2025
<https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>.
 6. Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen:
 - Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Satzung vom 15.10.1998, zuletzt geändert durch Beschluss vom 24.03.2022, Stand Januar 2025
https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/rechtsquellen/satzung_kvberlin.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Satzung vom 16.10.2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 01.08.2022, Stand Januar 2025
<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4329>.
 - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Satzung vom 22.06.2002, zuletzt geändert durch Beschluss vom 14.07.2023, Stand Januar 2025
<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Rechtsquellen/Satzungsrecht/KVB-RQ-Satzung.pdf>.
 - Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Satzung vom 01.01.2005, in der Fassung vom 26.11.2021, Stand Januar 2025
https://www.kvbb.de/fileadmin/user_upload/downloads/Rechtsquellen/satzung_der_kvbb_gueltig_ab_01.10.2021_fassung_vom_26.11.2021.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Satzung vom 01.07.2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 11.10.2023, Stand Januar 2025
https://www.kvhb.de/fileadmin/kvhb/pdf/Richtlinien/satzung_01.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Satzung vom 01.07.2009, zuletzt geändert durch Nachtrag vom 19.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/6/5/3/6/6/536375b262a7603588bcf4041f919036cc58418/Satzung%20der%20KV%20Hamburg%20vom%201.Juli%202009%20in%20der%20Fassung%20des%2011.%20Nachtrags%20vom%2019.06.2024_Ausfertigung_ohne%20Unterschrift.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Satzung in der Fassung vom 12.10.2024, Stand Januar 2025
https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/KVH-Satzung_Kassenaeztliche_Vereinigung_Hessen_2024.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Satzung vom 18.05.2019, zuletzt geändert durch Beschluss vom 25.05.2024, Stand Januar 2025

- https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/ueber-uns/Satzung_KVMV_Beschluss_25052024.pdf.
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Satzung vom 24.04.2004, zuletzt geändert durch Beschluss vom 14./15.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.kvn.de/internet_media/%25C3%259Cber%2Buns/Organisation/Vertreterversammlung/Anlage%2B1%2B_%2BSatzung%2Bder%2BKVN-p-35255.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Satzung vom 28.02.2004, zuletzt geändert durch Beschluss vom 24.11.2023, Stand Januar 2025
https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/rechtsdokumente/satzung_kvno.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Satzung vom 23.03.2004, zuletzt geändert durch Beschluss vom 01.08.2021, Stand Januar 2025
https://www.kv-rlp.de/suche?tx_solr%5Bq%5D=satzung.
 - Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Satzung in der Fassung vom 09.12.2020, Stand Januar 2025
<https://www.kvsaarland.de/wp-content/uploads/2023/01/Satzung-der-KVS.pdf>.
 - Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Satzung in der Fassung vom 29.05.2024, Stand Januar 2025
https://www.kvsachsen.de/fileadmin/KV-Sachsen_Website/01-Praxen/Recht_und_Vertrag/Rechtsquellen/TOP10Anlage_Satzung-Genehmig-Reinfassg.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Satzung in der Fassung vom 23.02.2022, Stand Januar 2025
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Recht/Satzung_20220223_Lesefassung.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Satzung vom 07.03.1956, zuletzt geändert durch Beschluss vom 20.09.2023, Stand Januar 2025
https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Rechtsvorschriften/Satzung_beschlossene_Fassung_Stand_07.11.23.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Satzung vom 01.01.2005, zuletzt geändert am 03.06.2025, Stand Januar 2025
https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Justitiariat/Rechtsquellen/Satzung_2020-06-03.pdf.
 - Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Satzung vom 21.04.2004, zuletzt geändert durch Beschluss vom 14.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/KVWL/Organisation/Geschaeftsordnung_und_Satzung/Satzung_Fliesstext.ab01.08.24.pdf.
7. Organe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen:
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Satzung vom 01.01.2008, Stand Januar 2025
<http://www.kzvbw.de/site/ueber-uns/satzung-und-ordnungen/satzung>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern, Satzung vom 30.07.2004, zuletzt geändert am 25.06.2022, Stand Januar 2025
<https://abrechnungsmappe.kzvb.de/rechtsgrundlagen/satzungen/kzbv/kzbv-satzung>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin, Satzung vom 13.09.2004, zuletzt geändert am 12.09.2022, Stand Januar 2025
https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload_kzv/KZV_Berlin/Satzung.pdf.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Brandenburg, Satzung in der Fassung vom 26.10.2023, Stand Januar 2025
https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Recht_u._Vertraege/Handbuch/Satzung_beschlossen_VV_22.06.2022_gen_19.09.2022.pdf.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg, Satzung in der Fassung vom 05.11.2023, Stand Januar 2025
https://www.zahnaerzte-hh.de/fileadmin/Redaktion/KZV/Handbuch/Kapitel_V/Satzung_2024.pdf.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Satzung in der Fassung vom Dezember 2023, Stand Januar 2025
https://www.kzvh.de/wcm/idc/groups/public/documents/web/mdb2/bv9i/~edisp/vm_bii1.pdf
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen, Stand Januar 2025
<https://www.kzvn.de/die-kzvn/organisation.html>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Satzung in der Fassung vom 08.03.2022, Stand Januar 2025
<https://www.kzvn.de/service/wissen-to-go#>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Satzung in der Fassung vom 24.11.2023, Stand Januar 2025
<https://www.zahnaerzte-wl.de/download/a10b15ad37d8c94fc35f48a2a/Satzung-Stand-10.2024.pdf>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Stand Januar 2025
<https://www.kzvrlp.de/kzv-rheinland-pfalz/selbstverwaltung/>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland, Satzung in der Fassung vom 20.12.2023, Stand Januar 2025
<https://www.kzv-saarland.de/api/view/9ae6e724-f1a3-40d2-9c31-c78617a3ea95>
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Stand Januar 2025
<https://www.kzv-lsa.de/die-kzv/vorstand.html> sowie <https://www.kzv-lsa.de/index.php/vertreterversammlung.html>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Satzung in der Fassung vom 12.11.2022, Stand Januar 2025
<https://www.kzv-sh.de/wp-content/uploads/2023/05/Register-13-Satzung-Stand-November-2022.pdf>.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Satzung in der Fassung vom 24.11.2012, Stand Januar 2025
<https://www.kzvth.de/satzung>.
8. Deutsche Krankenhausgesellschaft:
- § 135c SGB V; Deutsche Krankenhausgesellschaft, Satzung in der Fassung vom 09.11.2021, Stand Januar 2025
https://www.dkg-ev.de/fileadmin/default/DKG_Satzung_Stand_November_2021.pdf.

- c) Arbeitslosenversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
1. Organe der Bundesagentur für Arbeit:
 - § 29 SGB IV; § 367 Abs. 1 SGB III; §§ 371 Abs. 1, 373 Abs. 6 SGB III; Bundesagentur für Arbeit, Stand Januar 2025
<https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns/selbstverwaltung-der-ba>.
 2. Organe der Agenturen für Arbeit:
 - § 374 Abs. 1 und 4 SGB III; Bundesagentur für Arbeit, Stand Januar 2025
<https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns/selbstverwaltung-der-ba>.
 3. Organe der SVLFG:
 - § 29 SGB IV; Satzung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der Fassung des 527. Nachtrages vom 13.11.2024, Stand Januar 2025
<https://cdn.svlfg.de/fiona8-blobs/public/svlfgonpremiseproduction/a9aea2e43614ab42/efd01eb3d095/satzung-52-nt.pdf>.
- d) Unfallversicherung
1. Organe der Feuerwehrekassen:
 - Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg, Satzung in der Fassung vom 05.11.2023, Stand Januar 2025
https://www.ukbb.de/fileadmin/user_upload/cms/download_user/Satzung_verwaltung/SatzungUK.pdf.
 - Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord, Satzung in der Fassung des 10. Nachtrags vom 09.09.2024, Stand Januar 2025
<https://www.hfuknord.de/hfuk-wAssets/docs/service-und-downloads/satzung-der-hfuk/Satzung-Internet-2024-II.pdf>.
 - Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen, Satzung in der Fassung vom 07.05.2024, Stand Januar 2025
https://www.fuk.de/fileadmin/user_upload/fuk/diefuk/Amtliche_Bekanntmachungen/Satzung_FUK_durchgeschriebene_Fassung_Stand_2024-04-18_.pdf.
 - Feuerwehr-Unfallkasse Mitte, Satzung in der Fassung vom 28.01.2021, Stand Januar 2025
<https://www.fuk-mitte.de/fuk-mitte/satzung>.
 2. Organe der SVLFG:
 - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Satzung in der Fassung vom 13.11.2024, Stand Januar 2025
<https://cdn.svlfg.de/fiona8-blobs/public/svlfgonpremiseproduction/a9aea2e43614ab42/efd01eb3d095/satzung-52-nt.pdf>.
 3. Organe der Gemeinde-Unfallkassen:
 - Gemeinde-Unfallversicherungsverband Oldenburg, Satzung in der Fassung vom 12.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.guv-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/guv_OL/home/bekanntmachungen/Satzung/Neufassung_14.12.2010_incl_5_Nachtrag_vom_12.06.2024_u._Mehrstg.bestimmungen.pdf.
 - Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover, Satzung in der Fassung vom 12.05.2022, Stand Januar 2025
https://www.lukn.de/downloads/SatzungGUVH_1.pdf?m=1665647278&.
 - Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband, Satzung in der Fassung vom 19.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.bs-guv.de/fileadmin/user_upload/guv_BS/derguv/bekanntmachungen/Satzung_5_Nachtrag_19.06.2024.pdf.
 4. Organe der DGUV:
 - Verband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Satzung vom 23.08.2021, Stand Januar 2025
<https://www.dguv.de/medien/inhalt/wir-ueber-uns/aufgaben/dguv-satzung.pdf>.
 5. Organe der gewerblichen Berufsgenossenschaften:
 - Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, Satzung in der Fassung vom 25.06.2024, Stand Januar 2025
<https://www.bgrci.de/bekanntmachungen/satzung>.
 - Berufsgenossenschaft Holz und Metall, Satzung in der Fassung vom 15.11.2023, Stand Januar 2025
<https://www.bghm.de/bghm/selbstverwaltung/die-satzung-der-bghm>.
 - Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, Satzung in der Fassung vom 15.06.2023, Stand Januar 2025
<https://www.bgetem.de/die-bgetem/satzung>.
 - Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe, Satzung in der Fassung vom 22.06.2023, Stand Januar 2025
<https://www.bgn.de/die-bgn/satzung?searchTerm=satzung#c37575-14433>.
 - Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Satzung in der Fassung vom 15.09.2023, Stand Januar 2025.
https://www.bgbau.de/fileadmin/Die_BG_BAU/%C3%9Cber_uns/Aufgaben_und_Satzung/Satzung_incl_Nachtrag.pdf
 - Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik, Satzung in der Fassung vom 06.11.2024, Stand Januar 2025
<https://www.bghw.de/ueber-uns/satzung>.
 - Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Satzung in der Fassung vom 04.07.2024, Stand Januar 2025
<https://www.vbg.de/cms/die-vbg/selbstverwaltung/satzung>.
 - Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, Satzung in der Fassung vom 07.12.2023, Stand Januar 2025
<https://www.bg-verkehr.de/die-bg-verkehr/bekanntmachungen/2023/satzung-10-nachtrag>.
 - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Satzung in der Fassung vom 24.05.2024, Stand Januar 2025
<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/satzung-der-berufsgenossenschaft-fuer-gesundheitsdienst-und-19550>.

6. Organe der Unfallkassen:

- Unfallkasse Baden-Württemberg, Satzung in der Fassung vom 14.11.2024, Stand Januar 2025
<https://www.ukbw.de/suche?q=satzung>.
- Kommunale Unfallversicherung Bayern, Satzung in der Fassung vom 04.07.2024, Stand Januar 2025
https://www.kuvb.de/fileadmin/daten/dokumente/RFOE/Satzung/Satzung_KUVB_2018.pdf.
- Bayerische Landesunfallkasse, Satzung in der Fassung vom 12.11.2018, Stand 14. Februar 2020
https://kuvb.de/fileadmin/daten/dokumente/RFOE/Satzung/Satzung_KUVB_23_09_2024.pdf.
- Unfallkasse Berlin Satzung in der Fassung vom 06. 12.2024. Stand Januar 2025
https://www.unfallkasse-berlin.de/fileadmin/user_data/wiruberuns/UKB_Satzung_2025.pdf
- Unfallkasse Brandenburg, Satzung in der Fassung vom 15.11.2023, Stand Januar 2025
<https://www.ukbb.de/ueber-uns/satzung-und-geschaeftsbericht>.
- Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen, Satzung in der Fassung vom 20.12.2020, Stand Januar 2025
<https://www.ukbremen.de/informationmaterial-11411#Satzung>.
- Unfallkasse Nord, Satzung in der Fassung vom 05.07.2023, Stand Januar 2025
https://www.uk-nord.de/assets/redakteur/00-bereiche/01-uk-nord/Satzung/Satzung_der_Unfallkasse_Nord_vom_04.07.2018_in_der_Fassung_des_II._Nachtrags_vom_05.07.23_gueltig_ab_14.11.23_.pdf.
- Unfallkasse Hessen, Satzung in der Fassung vom 25.11.2022, Stand Januar 2025
<https://www.ukh.de/medium/satzung-der-unfallkasse-hessen>.
- Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern, Satzung in der Fassung vom 09.12.2021, Stand Januar 2025
https://www.unfallkasse-mv.de/fileadmin/user_upload/Satzung_der_Unfallkasse_MV.pdf.
- Landesunfallkasse Niedersachsen, Satzung in der Fassung vom 01.01.1998 mit Nachtrag vom 20.06.2022, Stand Januar 2025
https://www.guvh.de/downloads/Bekanntmachungen/LUKN-Satzung_vom_1._Januar_1998-einschl._12._Nachtrag_vom_20._Juni_2022.pdf?m=1665059929&.
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Satzung in der Fassung vom 18.11.2008, Stand Januar 2025
https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/selbstverwaltung/Satzung_11-2008_web.pdf.
- Unfallkasse Rheinland-Pfalz, Satzung in der Fassung vom 18.06.2021, Stand Januar 2025
https://www.ukrlp.de/fileadmin/ukrlp/daten/pdf/startseite_internetseite/ukrlp/profil/aufgaben_satzung/Satzung_der_Unfallkasse_Rheinland-Pfalz_vom_18.06.2021.pdf.
- Unfallkasse Saarland, Satzung in der Fassung vom 01.01.2022, Stand Januar 2025
https://www.uks.de/fileadmin/user_upload/UKS_Saarland/Mitgliedschaft/UKS_Satzung_Stand01.01.2022.pdf.
- Unfallkasse Sachsen, Satzung in der Fassung vom 11.12.2020, Stand Januar 2025
https://www.uksachsen.de/fileadmin/user_upload/Download/Wir-ueber-uns/UK-Sachsen-Satzung-2020.pdf.
- Unfallkasse Sachsen-Anhalt, Satzung in der Fassung vom 03.07.2024, Stand Januar 2025
<https://www.ukst.de/dateien/ukst-satzung-ab-2024-08.pdf>.
- Unfallkasse Thüringen, Satzung in der Fassung vom 14.06.2024, Stand Januar 2025
https://www.ukt.de/fileadmin/user_upload/UKT-Satzung_i.d._Neufassung_vom_14._Juni_2023.pdf.

7. Organe der Bundesunfallkasse:

- Bundesunfallkasse Unfallversicherung Bund und Bahn, Satzung in der Fassung des 9. Nachtrags vom 12.11.2024, Stand Januar 2025
https://www.uv-bund-bahn.de/fileadmin//Dokumente/Satzung/Satzung_UVB_9._Nachtrag_vom_12.11.2024.pdf.

Abbildung 8:

Entwicklung der Sozialbeiträge – Effekte der Reformempfehlungen (2020–2060)

- BMAS (2024), Bekanntmachung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes und des Faktors F für das Jahr 2025, BMAS: Berlin (Angaben für 2025).
- Deutsche Rentenversicherung (2024), Rentenversicherung in Zeitreihen 2024: Kenngrößen und Bemessungswerte, S. 260.
- SIM.22: Social Insurance Model, Version 2022 (Simulationen 2030–2060); für eine Darstellung von Annahmen, Datengrundlagen und Modellierungen vgl. Martin Werding (2013), Modell für flexible Simulationen zu den Effekten des demographischen Wandels für die öffentlichen Finanzen in Deutschland bis 2060: Daten, Annahmen und Methoden, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Impressum

Herausgeber

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Breite Straße 29 | 10178 Berlin

T +49 30 2033-0

www.arbeitgeber.de

Redaktion

Prof. Dr. Martin Werding

Geschäftsstelle der BDA-Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen:
Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“

Realisierung und Grafiken

GDA

Gesellschaft für Marketing und Service der Deutschen Arbeitgeber mbH

Breite Straße 29 | 10178 Berlin

Fotonachweis: AleksandarNakic | Getty Images

Stand: Februar 2025

