

Zum Zusammenhang sozialer Ungleichheit mit Pflegerisiken und Lebenserwartung

von Johannes Geyer und Peter Haan

Abstract

Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken sind deutlich korreliert. Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status sind systematisch höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die sich in einer höheren Prävalenz chronischer Erkrankungen, Multimorbidität, einem höheren Pflegerisiko und einer niedrigeren Lebenserwartung zeigen. Dieser Zusammenhang manifestiert sich nicht erst bei Formen extremer Armut. Gesundheitliche Risiken nehmen auch nicht nur mit dem Alter zu, sondern werden entscheidend durch die Gesellschaft, den sozialen Status und die Arbeitswelt beeinflusst. Politisch folgen daraus unterschiedliche Handlungsbedarfe. So ergeben sich aus diesen Zusammenhängen zusätzliche Argumente für den sozialen Ausgleich in den Sozialversicherungen oder für eine stärkere Umverteilung durch das Steuer- und Transfersystem. Gleichzeitig wird deutlich, dass sozialer Ausgleich noch stärker präventiv gedacht werden sollte, da Versicherungssysteme wie Rente oder Pflege nur (teilweise) ausgleichend umverteilen können.

Schlüsselwörter: soziale Ungleichheit, Armut, Gesundheit, Lebenserwartung, Pflegerisiko

Social inequality and health risks are clearly correlated. People with a low socioeconomic status are systematically exposed to greater health risks, which manifest in higher rates of chronic illness, multimorbidity, increased need for care, and lower life expectancy. This link is not limited to extreme poverty. Health risks do not simply increase with age but are significantly shaped by society, social status, and working conditions. These findings point to different political needs for action. They provide further justification for social compensation within social insurance systems. At the same time, they highlight the need to approach social compensation more preventively, since insurance systems like pensions or long-term care can only partially redistribute and offset inequalities.

Keywords: social inequality, poverty, health, life-expectancy, long-term care risk

1 Einführung

Deutschland verfügt über ein breit ausgebautes System der sozialen Sicherung. Dennoch steht dieses System angesichts anhaltend hoher sozialer Ungleichheiten und einer zunehmend alternden Bevölkerung vor tiefgreifenden Herausforderungen. Die demografische Entwicklung verschärft bestehende Verteilungsprobleme, während gesundheitliche und soziale Disparitäten weiterhin deutlich bestehen – oder sich sogar vertiefen.

Zahlreiche nationale wie internationale Studien belegen einen klaren und empirisch robusten Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und gesundheitlichen Einschränkungen (zum Beispiel *Hoebel und Müters 2024; Lampert et al. 2018*). Menschen mit geringem Einkommen oder niedriger Bildung sind deutlich häufiger von chronischen Erkrankungen, früherer Morbidität und geringerer Lebenserwartung betroffen. Vor diesem Hintergrund stellt sich zunehmend die Frage, ob und wie solche gesundheitlichen Ungleichheiten auch in den Mechanismen der Sozialversicherung sichtbar werden und wie sie adressiert werden können.

Diese Debatte ist keineswegs neu, doch sie gewinnt angesichts steigender finanzieller Belastungen für die Sozialversicherungen an Relevanz. Dabei treten unterschiedliche Problemfelder zutage: In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Höhe der Rentenansprüche im Wesentlichen an die individuell geleisteten Beiträge über den Erwerbsverlauf gekoppelt. Zwar existieren sozialpolitische Korrekturinstrumente – etwa für Kindererziehung oder Pflege –, doch sind diese begrenzt und erfassen viele der strukturellen Unterschiede im Gesundheits- und Erwerbsverlauf nur unzureichend. Neue Umverteilungsinstrumente wie die Grundrente wurden eingeführt, sind aber durch komplexe Zugangsbedingungen und enge Zielgruppendefinitionen eingeschränkt.

In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wiederum sind die Leistungsansprüche formal unabhängig von der Beitragshöhe. Innerhalb der Versicherungsgemeinschaft findet somit eine Umverteilung statt – zwischen Gesunden und Kranken, aber auch zwischen unterschiedlichen Einkommensgruppen. Diese Umverteilung ist jedoch nach oben hin durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert. Zudem wird der solidarische Ausgleich durch die gleichzeitige Existenz der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

eingeschränkt. In dieser organisieren sich tendenziell einkommensstärkere und risikoärmere Gruppen – insbesondere Beamte, Selbstständige und Besserverdienende. Damit entsteht ein gespaltenes System, in dem Solidarität und Risikoausgleich nicht umfassend greifen.

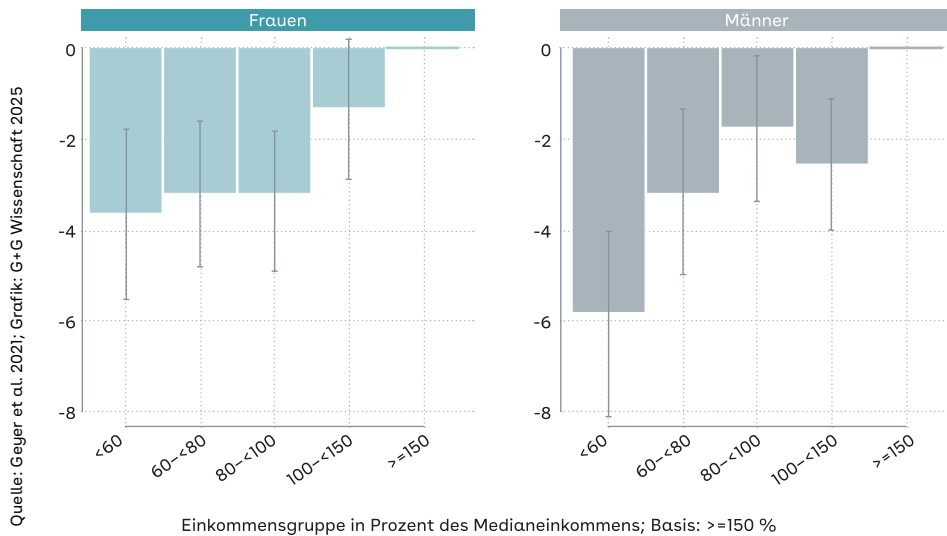
Die empirische Evidenz verdeutlicht darüber hinaus, dass gesundheitlich belastete Menschen nicht nur häufiger unterbrochene Erwerbsbiografien und geringere Einkommen aufweisen, sondern dadurch auch geringere Rentenansprüche erwerben. Gleichzeitig beziehen sie die Rente im Schnitt für eine kürzere Zeit – bedingt durch eine niedrigere Lebenserwartung. Umgekehrt profitieren Personen mit höheren Einkommen, besserem Gesundheitszustand und längerer Lebenserwartung überproportional von der gesetzlichen Rentenversicherung. Das führt faktisch zu einer regressiven Umverteilung innerhalb des Systems, also zu einer Umverteilung von unten nach oben innerhalb des Versichertenkollektivs. Dieser Zusammenhang wird auch bei aktuellen Reformvorschlägen zur Reform der Rentenversicherung diskutiert. So thematisiert etwa der Sachverständigenrat Wirtschaft in seinem Jahresgutachten aus dem Jahr 2023 die Frage, wie man gesundheitliche Ungleichheit auch bei allgemeinen Leistungseinschränkungen in der Rentenversicherung berücksichtigen könnte (*SVR 2023, 326*).

In der Kranken- und Pflegeversicherung äußern sich die sozialen Ungleichheiten weniger über die Höhe der Leistungen, sondern eher über die Verteilung von Risiken und Beitragslasten im dualen Versicherungssystem. Die private Versicherung entzieht dem solidarischen Ausgleich wichtige Ressourcen, indem sie risikoarme Gruppen separiert und den finanziellen Druck auf die gesetzliche Säule erhöht. Gleichzeitig entwickelt sich die Beitragsbasis der gesetzlichen Pflegeversicherung relativ schwach.

Ziel dieses Beitrags ist es daher, zunächst den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit näher zu beleuchten und zu analysieren, wie sich dieser auf die Lebenserwartung und das individuelle Pflegerisiko auswirkt. Anschließend diskutieren wir, welche verteilungspolitischen Implikationen sich daraus für die gesetzliche Renten- und Pflegeversicherung ergeben – und inwiefern die bestehenden Mechanismen der Sozialversicherung geeignet sind, auf diese Herausforderungen angemessen zu reagieren, oder reformbedürftig erscheinen.

Abbildung 1 Lebensjahre ohne Pflegebedarf ab einem Alter von 65 Jahren

(nach Einkommen und Geschlecht)



Bei armutsgefährdeten Männern tritt Pflegebedürftigkeit knapp sechs Jahre früher auf als bei Männern mit besonders hohem Einkommen. Bei Frauen sind die Unterschiede geringer.

2 Sozialer Status und Gesundheitsrisiken

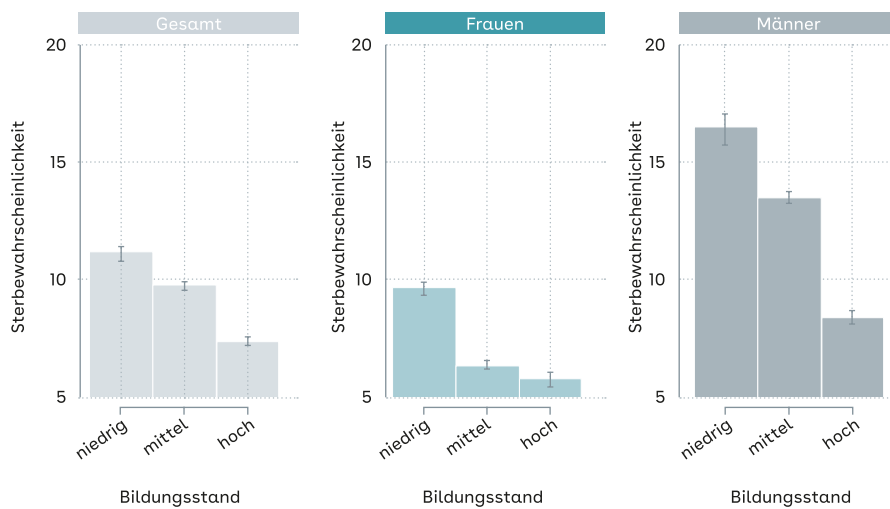
Gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet den positiven Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheitsindikatoren. Inzwischen existiert eine Vielzahl von Studien, die diese Korrelation anhand von Indikatoren wie Lebenserwartung, Pflegerisiko oder dem allgemeinen Gesundheitszustand belegen: Menschen mit niedrigem sozialem Status sind häufiger krank und sterben früher, sie halten ihre Gesundheit für schlechter, nutzen weniger Präventionsangebote und sind höheren Belastungen ausgesetzt. Unterschiede zeigen sich auch beim Gesundheitsverhalten und im Zugang zu Versorgungsangeboten (zum Beispiel *Lampert et al. 2013, 2018*). Bemerkenswert ist, dass der Zusammenhang international zu beobachten ist und auch in entwickelten Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland und anderen europäischen Staaten kein Randphänomen darstellt (vergleiche zum Beispiel *Mackenbach et al. 2008*). Die sozialen Unterschiede in den Gesundheitsrisiken kumulieren sich über die Zeit und gehen mit einem höheren Pflegerisiko einher und letztlich mit einer niedrigeren Lebenserwartung.

2.1 Pflegerisiko

Im Alter wächst das Risiko, von Mehrfacherkrankungen betroffen zu sein. In der Kombination führen die Erkrankungen zur Einschränkung der Fähigkeit, seinen Alltag selbstständig zu bewältigen. Hier wirkt sich der oben beschriebene Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit in gleicher Weise aus: Auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ist ungleich verteilt (*Lampert und Hoebel 2019; Geyer et al. 2021*). *Geyer et al. (2021)* zeigen auf Basis der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (*Goebel et al. 2019*), dass das Pflegerisiko mit bestimmten sozioökonomischen Merkmalen zusammenhängt. Neben einem ausgeprägten Altersgradienten treten auch deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom verfügbaren Haushaltseinkommen auf. Bei Männern mit geringem Einkommen liegt das Pflegerisiko etwa 2,2 Prozentpunkte höher als bei Männern mit hohem Einkommen. Bei Frauen gibt es diesen Zusammenhang auch, er ist jedoch weniger stark ausgeprägt.

Anhand der Schätzungen lassen sich zudem die Lebensjahre ohne Pflegebedarf ab dem Alter von 65 Jahren bestimmen (**Abbildung 1**). Bei armutsgefährdeten Männern tritt Pflegebedürftigkeit durch-

Abbildung 2 Sterberaten nach Bildung und Geschlecht^{*/**}



* Angaben in Prozent; die Sterberaten bezeichnen den Anteil der Personen, die im Alter zwischen 55 und 76 Jahren über den Zeitraum 1984 bis 2021 verstorben sind.
 ** Die Sterberaten sind nach dem individuellen Einkommen differenziert.

Quelle: Geyer et al. (2021); Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss weisen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter zwischen 55 und 76 Jahren zu sterben als Menschen mit höherem Abschluss. Das gilt für Männern stärker als für Frauen.

schnittlich knapp sechs Jahre früher auf als bei Männern mit hohem Einkommen (Geyer et al. 2021). Auch bei anderen Einkommensgruppen zeigen sich entsprechende Differenzen. Bei Frauen sind die Unterschiede geringer, folgen jedoch einem ähnlichen Muster.

Geyer et al. (2021) zeigen außerdem, dass die zu erwartenden Jahre ohne Pflegebedarf auch von der beruflichen Stellung abhängen. Während Beamte im Durchschnitt am längsten ohne Pflegebedarf alt werden, sind Arbeiter etwa vier Jahre früher auf Pflege angewiesen. Das Pflegerisiko korreliert auch positiv mit Indikatoren für Arbeitsbelastung sowie mit dem Status der Erwerbsminderung, also dem gesundheitlich bedingten vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Schließlich zeigen die Autoren, dass das Pflegerisiko auch mit dem Versicherungsstatus zusammenhängt: Gesetzlich Versicherte haben ein höheres Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, als privat Versicherte.

2.2 Lebenserwartung

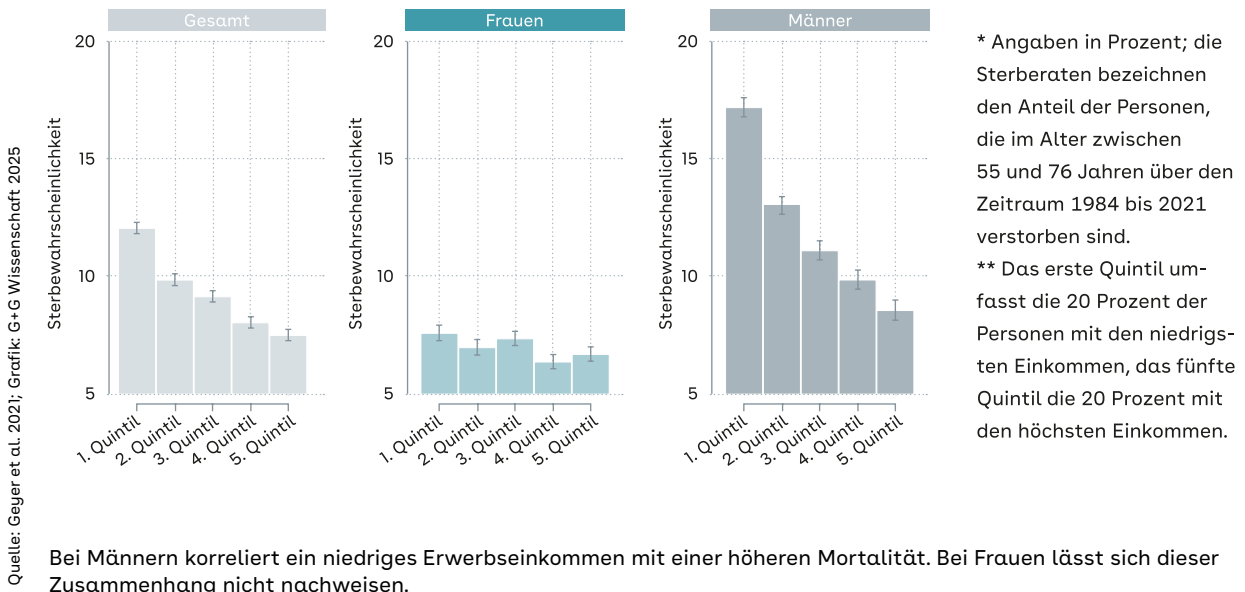
Im Durchschnitt nimmt die Lebenserwartung in Deutschland stetig zu. Zwar verläuft dieser Anstieg seit Beginn der 2000er-Jahre etwas langsamer, der generelle Trend ist jedoch – abgesehen von einem leichten Rückgang infolge der Corona-Pandemie – weiterhin positiv.

Gleichzeitig variiert die Lebenserwartung erheblich entlang zentraler Indikatoren des sozialen Status. Ein höherer Bildungsabschluss oder ein höheres Einkommen sind mit einer höheren Lebenserwartung korreliert. Zudem fällt die langfristige Zunahme der Lebenserwartung für diese Bevölkerungsgruppen deutlich stärker aus (vergleiche Haan et al. 2019; Huebener und Marcus 2019; Lampert et al. 2019).

Geyer et al. (2024) zeigen, dass Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, im Alter zwischen 55 und 76 Jahren zu sterben – verglichen mit Menschen mit hoher Bildung (Abbildung 2). Im Vergleich zu Frauen ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Mortalität bei Männern stärker ausgeprägt: Der Unterschied in der Sterblichkeitswahrscheinlichkeit zwischen Männern mit niedriger und hoher Bildung beträgt etwa sieben Prozentpunkte. Bei Frauen liegt die Differenz bei etwa vier Prozentpunkten, wobei diese vor allem durch Unterschiede zwischen Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung erklärt wird.

Geyer et al. (2024) belegen zudem, dass das individuelle Erwerbseinkommen nur bei Männern signifikant mit einer erhöhten Mortalität korreliert; bei Frauen lässt sich dieser Zusammenhang nicht nachweisen (Abbildung 3). Allerdings zeigt sich auch bei Frauen

Abbildung 3 Sterberaten nach individuellem Einkommen und Geschlecht^{*/**}



ein Einkommensgradient, wenn statt des individuellen Einkommens das verfügbare Haushaltseinkommen betrachtet wird (Abbildung 4).

3 Umverteilungswirkungen in der Sozialversicherung

3.1 Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) basiert auf dem Äquivalenzprinzip: Die Rentenhöhe richtet sich weitgehend nach den im Erwerbsleben geleisteten Beiträgen. Doch dieses Prinzip gerät zunehmend unter Druck, da sich soziale Unterschiede in der Lebenserwartung direkt auf die Verteilung der Rentenleistungen auswirken.

Empirisch ist belegt, dass Menschen mit höherem Einkommen deutlich länger leben als einkommensschwächere Personen – und somit auch länger Rente beziehen. Das führt zu einer höheren Beitragsrendite für besser verdienende Versicherte. Umgekehrt haben Personen mit niedrigerem Einkommen nicht nur geringere Rentenansprüche, sondern sterben im Schnitt früher – sie profitieren also pro Beitragsseuro deutlich weniger vom System, obwohl sie (proportional) die-

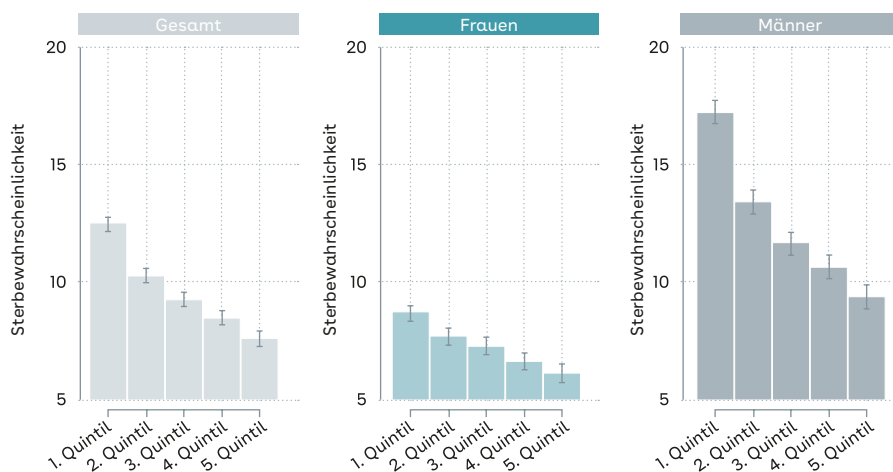
selben Beiträge geleistet haben (vergleiche Breyer und Hupfeld 2009).

Die soziale Schieflage hat sich über die Zeit zudem verschärft. Haan et al. (2019, 2020) zeigen anhand administrativer Daten westdeutscher Männer der Geburtsjahrgänge 1926 bis 1949, dass sich die Differenz in der Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr zwischen dem obersten und dem untersten Dezil der Lebenseinkommensverteilung von vier auf rund sieben Jahre nahezu verdoppelt hat. Je höher das Lebenseinkommen, desto größer also die Chance, länger von der Rente zu profitieren.

Zudem weist die Forschung darauf hin, dass ohne Berücksichtigung der Mortalität ein leicht umverteilender Effekt innerhalb der GRV erkennbar ist – unter anderem durch die Erwerbsminderungsrente, von der untere Einkommensgruppen häufiger Gebrauch machen. Wird die unterschiedliche Lebenserwartung jedoch in die Analyse einbezogen, ergibt sich ein klar regressives Bild: Die Rendite der Beiträge steigt mit dem Lebenseinkommen an (Haan et al. 2020).

Neben Studien für Deutschland, wie etwa Breyer und Hupfeld (2009), wird dieses Phänomen auch international als Verteilungsproblem diskutiert, unter anderem für die USA (Auerbach et al. 2017),

Abbildung 4 Sterberaten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht^{*/**}



* Angaben in Prozent; die Sterberaten bezeichnen den Anteil der Personen, die im Alter zwischen 55 und 76 Jahren über den Zeitraum 1984 bis 2021 verstorben sind.
 ** Die Sterberaten sind nach dem äquivalenzgewichteten verfügbaren Haushaltseinkommen differenziert.

Frauen mit geringerem Haushaltseinkommen haben eine höhere Mortalität als Frauen mit hohem Haushaltseinkommen. Bei Männern ist der Zusammenhang noch ausgeprägter.

Quelle: Geyer et al. 2021; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Italien (Lallo und Raitano 2018) und in international vergleichenden Studien (zum Beispiel Bozio et al. 2024).

3.2 Pflegeversicherung

Bei der Pflegeversicherung ist die Umverteilung nicht so offensichtlich wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Während sich die Leistungen der Rentenversicherung an den eingezahlten Beiträgen orientieren, folgen die Leistungen der Pflegeversicherung primär der individuellen Pflegbedürftigkeit und nicht der Höhe der eingezahlten Beiträge. Dadurch entsteht auf den ersten Blick der Eindruck, dass die Pflegeversicherung progressiv angelegt sei – also gegen gesundheitliche Ungleichheit wirkt. Tatsächlich zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung, dass die Verteilungseffekte in vielerlei Hinsicht regressiv ausfallen.

Dies liegt vor allem daran, dass die Versicherten mit unterschiedlichen Risikoprofilen in zwei verschiedenen Versicherungssystemen – der sozialen und der privaten Pflegeversicherung – organisiert sind. Während in der privaten Pflegeversicherung überdurchschnittlich viele gut verdienende, risikoärmere Personen versichert sind, finden sich in der sozialen

Pflegeversicherung häufig Menschen mit höherer Pflegewahrscheinlichkeit, niedrigerem Einkommen und geringeren finanziellen Ressourcen.

Hinzu kommt, dass die Pflegeleistungen nur teilweise aus der sozialen Pflegeversicherung finanziert werden und darüber hinaus erhebliche private Zahlungen verlangt werden. Besonders in der stationären Pflege zeigen sich die strukturellen Belastungen deutlich: Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen und überfordern viele Betroffene finanziell (vergleiche Breyer 2025 und Rothgang 2025). Zwar übernimmt die Sozialhilfe für bedürftige Pflegebedürftige einen Teil der Kosten, allerdings geschieht dies außerhalb des eigentlichen Versicherungssystems und wirkt somit nicht systementlastend, sondern eher kompensatorisch.

Die Konsequenzen dieser Finanzierungsstruktur sind gravierend: hohe Eigenbeteiligungen, ein stetiger Anstieg der Beitragssätze, ungedeckte Pflegebedarfe sowie eine überdurchschnittlich hohe Sozialhilfequote bei stationär versorgten Personen. Diese Entwicklungen sind Ausdruck der chronischen Unterfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung, die neben weiteren strukturellen Schwächen zu einem zunehmend instabilen System führt.

Ein wesentliches Problem liegt dabei in der Konstruktion des dualen Versicherungssystems selbst. Aufgrund der Selektionsmechanismen finden sich tendenziell die „schlechten Risiken“ – also Menschen mit höherem Pflegebedarf – in der sozialen Pflegeversicherung, während die „guten Risiken“ mit geringerer Inanspruchnahme in der privaten Versicherung konzentriert sind. Rothgang und Domhoff (2025) schätzen, dass die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Pflegeversicherung etwa doppelt so hoch sind wie in der privaten Pflegeversicherung. Gleichzeitig verfügen privat Versicherte im Durchschnitt über ein rund doppelt so hohes Einkommen wie gesetzlich Versicherte – ein Missverhältnis, das die Ungleichheit innerhalb des Systems weiter verschärft.

Zudem kritisieren Rothgang und Domhoff (*ebenda*) strukturelle Defizite. Dazu gehört der im Vergleich zum Wirtschaftswachstum zu geringe Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze, weil diese Entwicklung langfristig zur Erosion der Einnahmenbasis beiträgt. Auch wird deutlich, dass das derzeitige System kaum Spielraum für eine nachhaltige Finanzierung bietet, da die Einnahmen mit dem steigenden Pflegebedarf nicht Schritt halten können.

4 Diskussion

Mit der demografischen Entwicklung in Deutschland steigen auch die Herausforderungen für das Renten- und das Pflegesystem. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst, während die Zahl der Erwerbstätigen – also jener, die aktiv Beiträge einzahlen – abnimmt. Dadurch geraten die umlagefinanzierten Sozialversicherungen zunehmend unter Druck. Die finanzielle Stabilität dieser Systeme muss künftig gewährleistet werden, ohne dabei ihre zentrale Funktion als soziale Sicherungsmechanismen zu gefährden. Besonders wichtig wird es sein, Reformen so zu gestalten, dass sie nicht nur finanzielle Nachhaltigkeit, sondern auch soziale Nachhaltigkeit berücksichtigen.

Ein zentraler Aspekt, der in den Reformüberlegungen stärker beachtet werden sollte, ist die enge Verknüpfung von Lebenserwartung, Gesundheit und Pflegerisiko mit dem sozioökonomischen Status. Empirische Untersuchungen zeigen deutlich, dass Menschen mit höherem Einkommen nicht nur eine höhere Lebenserwartung haben, sondern auch mehr Lebens-

jahre in guter Gesundheit verbringen (vergleiche Kapitel 2.2). Sie beziehen dadurch länger Rente, ohne überdurchschnittlich oft Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz dazu leben Menschen mit niedrigem Einkommen im Durchschnitt kürzer und haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig zu werden.

Diese Ungleichverteilung führt insbesondere in der Rentenversicherung zu systematischen Umverteilungseffekten, die zulasten einkommensschwächerer Gruppen gehen. Menschen mit niedrigem Einkommen zahlen im Verhältnis zu ihrer Lebenserwartung häufig überdurchschnittlich viel in das System ein, erhalten aber – aufgrund früherer Sterblichkeit – kürzere Rentenbezugszeiten. Diese ungleiche Bilanz wirft die Frage auf, ob und wie solche Verteilungswirkungen innerhalb der Sozialversicherungssysteme besser berücksichtigt werden sollten.

Breyer und Hupfeld (2009) haben einen Vorschlag entwickelt, wie sich die Rentenformel so anpassen ließe, dass sie den Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Rentenbezugsdauer systematisch berücksichtigt. Eine Möglichkeit wäre die Einführung von Korrekturfaktoren, die beispielsweise geschlechtsspezifische Abschläge bei hohen Rentenanwartschaften vorsehen. Solche Maßnahmen könnten die Umverteilung zugunsten sozioökonomisch benachteiligter Gruppen verbessern. Allerdings stehen solchen Ansätzen erhebliche verfassungsrechtliche und praktische Hürden gegenüber, insbesondere im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz. Darüber hinaus ist das Einkommen allein kein idealer Indikator für soziale Benachteiligung: Die Lebenserwartung bei Frauen hängt beispielsweise stärker vom Haushaltseinkommen als vom individuellen Einkommen ab. Zudem kann die absolute Rentenhöhe ein verzerrtes Bild des Lebensstandards vermitteln – etwa bei Personen, die später Beamte wurden, oder bei Selbstständigen.

Die genannten Studien legen aber nahe, dass das geltende Äquivalenzprinzip – das eine enge Koppelung von Beiträgen und Leistungen vorsieht – in seiner derzeitigen Ausgestaltung bestehende soziale Ungleichheiten eher reproduziert oder gar verstärkt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, stärker umverteilende Elemente in die Rentenversicherung zu integrieren, um jenen einen Ausgleich zu bieten, die gesundheitsbedingt kürzer leben und weniger von Rentenleistungen profitieren können.

Da sich solche Differenzierungen kaum über die Rentenformel selbst abbilden lassen, wären alternative Instrumente erforderlich. Eine Möglichkeit bestünde darin, Verteilungswirkungen gezielt an Indikatoren wie dem individuellen Stundenlohn auszurichten. Während herkömmliche Umverteilungsansätze – wie etwa die Grundrente (Geyer und Haan 2024) oder die Begünstigung von Midijobs (Buslei et al. 2023) – auf den Monatslohn oder Beitragszeiten abstellen, böte der Stundenlohn ein differenzierteres Bild der tatsächlichen sozialen Position. Dies gilt insbesondere für Frauen, bei denen Teilzeitbeschäftigung überproportional verbreitet ist und Monatslöhne daher häufig kein verlässlicher Maßstab für den sozioökonomischen Status darstellen.

Zur Umsetzung einer an Stundenlöhnen orientierten Umverteilung müssten zwar neue Daten erhoben werden, etwa die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden. Doch der potenzielle Erkenntnisgewinn rechtfertigt den zusätzlichen Aufwand, da sich so sozialpolitische Maßnahmen wesentlich zielgenauer gestalten ließen. Denkbar wäre zudem, dass besonders hohe versicherte Entgelte künftig mit einem Solidarbeitrag belegt werden, um die Finanzierung einer sozial gerechteren Rente auf eine breitere Basis zu stellen. Dies könnte innerhalb der GRV durch eine progressive Rentenformel erfolgen, bei der die erzielbaren Rentenansprüche bei hohen Einkommen deutlich abgeschmolzen werden und die Beitragsbemessungsgrenze erhöht würde – alternativ auch unter stärkerem Einsatz von Steuermitteln.

Bei der Pflegeversicherung liegt das Problem struktureller Ungleichverteilung im Wesentlichen in der Trennung der Versicherten in zwei verschiedene Systeme: die soziale Pflegeversicherung auf der einen und die private Pflegepflichtversicherung auf der anderen Seite. Aufgrund der Selektionsmechanismen in das duale System konzentrieren sich Menschen mit einem erhöhten Pflegerisiko und niedrigem Einkommen in der gesetzlichen Versicherung, während die private Versicherung überdurchschnittlich viele finanziell leistungsfähige und risikoärmere Personen umfasst. Eine naheliegende – wenn auch politisch weitreichende – Lösung zur Verbesserung der Verteilungswirkungen wäre daher die Einführung einer Bürgerversicherung, die alle Versicherten in einem einheitlichen System zusammenführt. Ein solcher Schritt würde nicht nur zu einer Verteilung der Lasten und Risiken beitragen, die die gesundheitliche Ungleichheit berücksich-

tigt, sondern auch die Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung langfristig stärken.

Abschließend sei betont, dass die Rolle der sozialen Sicherungssysteme in dieser Diskussion bislang primär auf monetäre Ausgleichsleistungen (im Fall der Rente) und Betreuungs- beziehungsweise Gesundheitsleistungen (im Fall der Pflege) beschränkt war. Ein umfassender sozialpolitischer Ausgleich muss jedoch früher ansetzen: bei der Prävention sozial bedingter Gesundheitsrisiken und der Reduktion struktureller Benachteiligungen entlang des Lebensverlaufes. Gerade vor dem Hintergrund zunehmender gesundheitlicher Ungleichheiten wäre es notwendig, gesundheitspolitische, sozialpolitische und bildungspolitische Strategien enger miteinander zu verzahnen. Denn nur wenn es gelingt, die Ursachen sozialer Disparitäten im Gesundheitsverlauf frühzeitig zu adressieren, können Renten- und Pflegeversicherung auch langfristig ihre Sicherungsfunktion für alle Bevölkerungsgruppen erfüllen.

Literatur

- Auerbach A, Charles K, Coile C et al. (2017): How the Growing Gap in Life Expectancy May Affect Retirement Benefits and Reforms. Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice, Vol. 42, No. 3, 475–499
- Bönke T, Lüthen, H (2014): Lebenseinkommen von Arbeitnehmern in Deutschland: Ungleichheit verdoppelt sich zwischen den Geburtsjahrgängen 1935 und 1972. DIW Wochenbericht, Jg. 81, Nr. 49, 1271–1277
- Bozio A, Rabaté S, Tô M (2024): Inequality in Life Expectancy and the Design of Pension Systems. In: Seibold A, Giupponi G (Hrsg.): Rethinking Pension Reform. Paris, London: CEPR Press, 57–65
- Breyer F (2025): Nachhaltige Finanzierung der Pflege – nur mit Kapitaldeckung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 25, Heft 2, 16–24
- Breyer F, Hupfeld S (2009): Neue Rentenformel: mehr Gerechtigkeit und weniger Altersarmut. DIW Wochenbericht, Jg. 76, Nr. 5, 82–86
- Buslei H, Geyer J, Haan P (2023): Midjob-Reform: Mehr Umverteilung in der Rente – spürbare Kosten entlasten nicht zielgenau. DIW Wochenbericht, Jg. 90, Nr. 7, 75–82
- Geyer J und Haan P (2024): Bilanz der Grundrente: Weniger Menschen als erwartet profitieren davon. DIW Aktuell, Nr. 91
- Geyer J, Haan P, Kröger H, Schaller M (2021): Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. DIW Wochenbericht, Jg. 88, Nr. 44, 727–734
- Geyer J, Haan P, Treguier J (2024): Höheres Haushaltseinkommen geht bei Frauen und Männern mit höherer Lebenserwartung einher. DIW Wochenbericht, Jg. 91, Nr. 25, 395–400

- Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Vol. 239, No. 2, 345–360
- Haan P, Kemptner D, Lüthen H (2019): Besserverdienende profitieren in der Rentenversicherung zunehmend von höherer Lebenserwartung. DIW Wochenbericht, Jg. 86, Nr. 23, 391–399
- Haan P, Kemptner D, Lüthen H (2020): The Rising Longevity Gap by Lifetime Earnings – Distributional Implications for the Pension System. The Journal of the Economics of Ageing, Vol. 17, 100199
- Hoebel J und Müters S (2024): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. WSI-Mitteilungen, Jg. 77, Nr. 3, 172–179
- Huebener M, Marcus J (2019): Menschen mit niedriger gebildeter Mutter haben geringere Lebenserwartung. DIW Wochenbericht, Jg. 86, Nr. 12, 197–204
- Lallo C, Raitano M (2018): Life Expectancy Inequalities in the Elderly by Socioeconomic Status: Evidence from Italy. Population Health Metrics, Vol. 16, Artikel Nr. 7, 1–21
- Lampert T, Hoebel J (2019): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, Nr. 3, 238–246
- Lampert T, Hoebel J, Kroll L E (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring, Vol. 4, No. 1, 3–14
- Lampert T, Kroll L, Kuntz B, Hoebel J (2018): Health Inequalities in Germany and in International Comparison: Trends and Developments over Time. Journal of Health Monitoring, Vol. 3, No. S1, 1–24
- Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 56, Nr. 1, 131–143
- Mackenbach JP et al. (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine, Vol. 358, No. 23, 2468–2481
- Rothgang H (2025): Pflegefinanzierung: zentrale Herausforderungen und Lösungsoptionen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 25, Heft 2, 25–32
- Rothgang H, Domhoff D (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegeversicherung
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2023): Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren – Jahresgutachten 2023/24; sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Publikationen → Jahresgutachten & Frühjahrsgutachten → Jahresgutachten 2023/24

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 4. Juni 2025)

Die Autoren



Dr. rer. oec. Johannes Geyer, Jahrgang 1978, hat an der Freien Universität Berlin studiert und promoviert. Er ist stellvertretender Leiter der Abteilung Staat am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin. Zwischen 2012 und 2016 war er zudem Gastprofessor an der Humboldt-Universität zu Berlin. Er ist Affiliate der Health Econometrics and Data Group (HEDG) sowie Fellow bei Net-spar und IZA. Von 2014 bis 2017 war er Ombudsmann für gute wissenschaftliche Praxis. Zurzeit ist er Vorsitzender der Ethik-Kommission des DIW Berlin.



Prof. Dr. rer. oec. Peter Haan, Jahrgang 1977, hat in Freiburg, Toronto und Berlin studiert. Er ist Professor für empirische Wirtschaftsforschung an der Freien Universität Berlin und Leiter der Abteilung Staat am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin. In seiner Forschung evaluiert er die Auswirkungen des demografischen Wandels und sozialpolitischer Reformen. Zudem quantifiziert er die Arbeitsmarkteffekte und Verteilungswirkungen. Seit 2024 ist er Mitglied des Sozialbeirats.

Kontakt

Dr. rer. oec. Johannes Geyer, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin, Telefon: 030 89789258, E-Mail: jgeyer@diw.de