

Stefan Fetzer, Christian Hagist

Notwendige Reformen der Sozialversicherung zur solidarischen Absicherung großer Lebensrisiken

Das deutsche Sozialversicherungssystem steuert auf einen Kipppunkt zu: Ohne Reformen wird der Gesamtbeitragssatz für die Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung nach 2044 auf über 50 % steigen. Demografie und steigende Ausgaben bedrohen den Generationenvertrag und die Finanzierungsbasis der Sozialen Marktwirtschaft. Der Beitrag zeigt Reformpfade für alle drei zentralen Zweige auf: In der Rentenversicherung sind ein höheres Renteneintrittsalter, die Wiedereinsetzung des Nachhaltigkeitsfaktors und die Aufgabe der Haltelinie nötig. Für die Krankenversicherung werden Digitalisierung, Wettbewerb und modernisierte Eigenbeteiligungen vorgeschlagen. Die Pflegeversicherung erfordert ein Leistungsmoratorium, mehr Eigenverantwortung und Kapitaldeckung. Nur entschlossene Reformen können Beitragssätze stabilisieren und die Sozialversicherung zukunftsfähig machen.

Das deutsche Sozialversicherungssystem als Herz der Sozialen Marktwirtschaft steuert in hohem Tempo auf einen kritischen Kipppunkt zu. Bereits heute liegt der Gesamtbeitragssatz für die Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung bei über 42 % und ohne grundlegende Strukturreformen wird er nach 2044 auf über 50 % anwachsen. In einer solchen Situation droht der Generationenvertrag zu kippen: Immer mehr Jüngere haben immer größere Anreize, sich in Teilzeit, in die Schattenwirtschaft oder ins Ausland zu verabschieden. Eine solche einseitige Aufkündigung des Generationenvertrags hätte schwerwiegende Folgen für die gesamtwirtschaftliche Dynamik und die Finanzierungsbasis der sozialen Sicherungssysteme. Schon allein deswegen braucht es Reformen in allen Sozialversicherungen, und zwar so schnell wie möglich.

Ökonomisch betrachtet könnte sich ein reiches Land wie Deutschland möglicherweise ein einzelnes zu großzügiges Sozialversicherungssystem leisten – jedoch keine drei (Gesetzliche Rentenversicherung (GRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Soziale Pflegeversicherung (SPV)). Die reale Gefahr besteht nicht in der Überforderung eines einzelnen Systems, sondern in der kumulierten Belastung, die alle drei gemeinsam erzeugen. Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD hat auf die sich abzeichnenden Belastungsspitzen in ihrem Koalitionsvertrag mit der Einrichtung mehrerer Expertenkom-

missionen reagiert: sei es zur Rentenpolitik, zur Krankenversicherung oder zur langfristigen Finanzierung der Pflege. Optimistisch lässt sich dies als Problembewusstsein deuten – realistisch aber als Weiterführung der Koalitionsverhandlungen in diesen zentralen Bereichen ohne eine Gesamtsicht auf das Problem der Arbeitskosten.

Dass diese Systeme allesamt vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und strukturell steigender Ausgaben operieren, ist keine neue Erkenntnis. Insofern liegt eigentlich auch kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem vor. Die Fakten sind klar, die Rechenmodelle konsistent, die Handlungsoptionen bekannt und wissenschaftlich durchdekliniert. Was fehlt, ist der politische Wille, unangenehme, aber notwendige Strukturreformen durchzusetzen – notfalls auch gegen die kurzfristigen Interessen organisierter Wählergruppen oder eine mediale Entrüstung.

Vor diesem Hintergrund beleuchtet dieser Beitrag die zentralen fiskalischen Herausforderungen der drei gro-

Prof. Dr. Stefan Fetzer ist Professor für Public Health und internationale Gesundheitssysteme an der Hochschule Aalen.

Prof. Dr. Christian Hagist ist Professor für Wirtschafts- und Sozialpolitik und Akademischer Direktor des Centrums für Intergenerative Finanzwissenschaft (CIF) an der WHU in Vallendar.

© Der/die Autor:in 2025. Open Access: Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht (creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).

Open Access wird durch die ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft gefördert.

ßen Sozialversicherungszweige und zeigt auf, welche Reformen erforderlich wären, um den Kipppunkt noch zu vermeiden, das Vertrauen in die Soziale Marktwirtschaft zu erhalten und den Generationenvertrag zukunftsfähig ordnungspolitisch neu aufzusetzen, sodass neben einer zumutbaren Eigenverantwortung weiterhin die großen Lebensrisiken solidarisch abgesichert sind.

Zukünftige Entwicklung der Beitragssätze

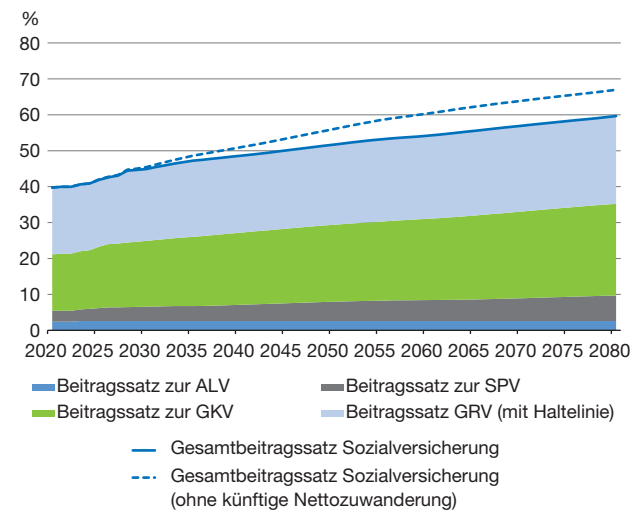
Die folgenden Berechnungen stellen eine aktualisierte Version von Fetzer und Hagist (2024) dar. Zu den Grundannahmen zählen insbesondere eine künftige Bevölkerungsentwicklung gemäß der mittleren Variante G2L2W2 der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung (Statistisches Bundesamt, 2022) und ein generelles Wachstum der altersspezifischen Einnahmen und Ausgaben von 2 % sowie ein zusätzlicher Aufschlag von 0,5 Prozentpunkten bei den Leistungsausgaben der GKV und SPV aufgrund des Kostendrucks.¹ In Abbildung 1 sind Beitragssatzprognosen für die GRV, GKV, SPV und Arbeitslosenversicherung (ALV) abgetragen wie sie zum Stand Herbst 2025 zu erwarten sind. Sie zeigt, dass der Gesamtbeitragssatz bereits 2045 die 50-Prozentmarke passieren und auch danach kontinuierlich weiter ansteigen wird – dies gilt allerdings nur, wenn negative Reaktionen der künftigen Beitragszahler auf die steigenden Beitragssätze ausbleiben. Falls der oben skizzierte Kipppunkt überschritten würde, führte dies schlichtweg zu einem sich exponentiell nach oben bewegenden Gesamtbeitragssatz.

Abbildung 1 stellt diesem Szenario mit einer Nettozuwanderung von langfristig 250.000 Menschen pro Jahr (W2-Szenario) eine Beitragssatzprojektion ganz ohne zukünftige Nettozuwanderung gegenüber. In diesem Szenario würde der Beitragssatz bereits 2038 die 50-Prozentmarke reißen und schon vor 2060 auf über 60 % ansteigen. Wie auch in den Veröffentlichungen anderer Autoren (Werding, 2025; Kuhn et al., 2025) wirkt sich damit eine vermehrte Zuwanderung in unserem Modell senkend auf die Beitragssätze aus. Wir unterstellen hierbei, dass zukünftige Nettozuwanderer im Hinblick auf ihre gezahlten Beiträge

1 Neben einer Aktualisierung der Beitragssätze auf den Ist-Stand von 2020 bis 2025 beinhalten die folgenden Berechnungen auch Aktualisierungen der Finanzen und damit Beitragssätze für GKV und SPV für 2026 und 2027 sowie die Finanzwirkungen zur GRV wie sie im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung des Rentenniveaus und zur vollständigen Gleichstellung der Kindererziehungszeiten skizziert sind. Den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung nehmen wir als zukünftig konstant an und modellieren diesen explizit nicht. Es gibt mehrere Effekte (negative Rückkopplung steigender Beitragssätze auf den Arbeitsmarkt, Rationalisierung durch KI, aber auch demografisch bedingter Fachkräftemangel), die in ihrer Dimension in der Zukunft unklar sind, allerdings sich in der Wirkung auch gegenseitig dämpfen bzw. aufheben können.

Abbildung 1

Entwicklung des Gesamt- und Einzelbeitragssatzes zur Sozialversicherung – Stand Herbst 2025



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Fetzer und Hagist (2024).

und empfangenen Leistungen sich wie der Durchschnitt ihrer in Deutschland lebenden Altersgenossen verhalten. Es mag sein, dass dies ein zu optimistisches Szenario im Hinblick auf Nettofinanzierungsbeiträge von zukünftigen Zuwanderern an die Sozialversicherungen ist, es könnte jedoch auch zu pessimistisch sein, vor allem wenn man bedenkt, dass in unseren Berechnungen von positiven Zweitrundeneffekten einer Zuwanderung völlig abstrahiert wird.² Doch trotz dieser Varianz zeigen unsere Berechnungen eindeutig auf – und damit sind wir, bevor wir über-

2 Zu diesen Zweitrundeneffekten gehört unter anderem dass Zuwanderung es überhaupt ermöglicht, dass familiär beanspruchte einheimische Fachkräfte nicht die komplette Zeit im Haushalt verbringen, siehe Werding (2025) für eine ausführliche Diskussion. Die direkten Effekte der Migration auf die (künftige) Beitrags- als auch die Leistungsseite der Sozialversicherung sind empirisch nicht gesichert, wie auch der einflussreiche Parameter Lebenserwartung. Ein zukünftiges unterdurchschnittliches Qualifikationsniveau der Zuwanderer dürfte vermutlich zwar einerseits zu niedrigeren durchschnittlichen Beitragszahlungen führen, andererseits aber auch künftige Leistungsansprüche im Erwartungswert kleiner machen. Denn, angesichts eines positiven Zusammenhangs zwischen ökonomischer Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung, sollte ein geringeres Qualifikationsniveau auch mit einer im Durchschnitt deutlich niedrigeren Lebenserwartung einhergehen. Zudem dürfte die Fähigkeit, überhaupt relevante Leistungstatbestände von GKV und SPV zu identifizieren, stark von Sprachkenntnissen und Bildungsniveau abhängen. Umgekehrt kann bei einem überdurchschnittlichen Qualifikationsniveau kurzfristig von höheren durchschnittlichen Beitragszahlungen und langfristig auch von höheren Leistungen in der GRV ausgegangen werden, ob damit aber auch eine höhere (oder niedrigere) Inanspruchnahme der GKV und SPV-Leistungen einhergeht, ist bislang unseres Wissens gänzlich unerforscht. Hier sind mehrere unterschiedliche Szenarien denkbar. Beispielsweise könnte es sein, dass ein Teil der Migranten nach Eintritt in das Rentenalter wieder in ihre ursprünglichen Heimatländer zurückkehren, was zumindest die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von GKV- und SPV-Leistungen stark reduzieren dürfte.

haupt notwendige Reformen skizziert haben, bei der ersten Erkenntnis: Ohne Zuwanderung in den deutschen Arbeitsmarkt ist im Sozialversicherungssystem alles nichts!

Unausweichliche Reformen in der GRV

Die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen für die GRV steigern in erster Linie die Ausgaben. Zentral zu nennen sind hier die Haltelinie für das Rentenniveau bei 48 %, die Mütterrente III, die Aktivrente als Anreiz zur Aufnahme von Arbeit über das gesetzliche Renteneintrittsalter hinaus und die Frühstartrente, als (kleiner) Einstieg in eine frühe, kapitalgedeckte Altersvorsorge. Bis auf die Frühstartrente liegen für alle Maßnahmen bereits Gesetzentwürfe vor, die Aktivrente ist jedoch nicht in unseren Berechnungen enthalten.

Für unsere Analyse ist dabei entscheidend, dass sämtliche durch Haltelinie und Mütterrente III verursachten Mehrausgaben durch den Steuerzahler beglichen werden. Die Beitragssätze werden dadurch nicht angehoben, was ja deutlich macht, dass die Politik grundsätzlich das Problem zu hoher Beitragssätze erkennt. Das Nachhaltigkeitsproblem wird dadurch aber nicht gelöst, sondern lediglich in den Bundeshaushalt geschoben. Steuereinnahmen reagieren nämlich auch auf die demografische Entwicklung, wenngleich langsamer bzw. weniger stark als Beitragseinnahmen.

Für ein nachhaltig ausgestaltetes Rentenversicherungssystem muss der Weg der Schröderjahre wieder konsequent eingeschlagen werden. Dies bedeutet zum einen die Koppelung des Renteneintrittsalters an die Lebenserwartung nach der kompletten Einführung der Rente mit 67 und zum anderen die Abkehr von Haltelinien und das Wiedereinsetzen des Nachhaltigkeitsfaktors. Dies allein jedoch reicht nicht aus, daher muss der Nachhaltigkeitsfaktor auch „schärfer“ geschaltet werden. Bisher teilen sich Beitragszahler und Rentner die Lasten des demografischen Wandels im Verhältnis drei zu eins. Dies ist natürlich ein politisches Werturteil, aber für ein nachhaltiges System müsste dies auf das Verhältnis eins zu eins gebracht werden. Damit würde dann das Rentenniveau noch deutlicher sinken. Da es um eine solche Senkung immer wieder Verwirrung gibt, sei hier noch einmal klar gestellt, dass ein solches Vorgehen keine Rentenkürzung darstellt, sondern eine Rentenwachstumskürzung. Leistungen der GRV können aufgrund der in §68 a SGB VI eingeführten Schutzklausel absolut nicht sinken, Rentenkürzungen sind also gesetzlich schlichtweg nicht möglich.

Diese vorgeschlagenen Maßnahmen werden derzeit von fast allen im Bundestag vertretenen Parteien abgelehnt. Es handelt sich aber genau um die Stellschrauben für

echte Nachhaltigkeit im System, woran auch die Rentergeneration und die Baby-Boomer ein Interesse haben sollten. Denn ist erstmal der Kipppunkt erreicht, ist auch die Rente nicht mehr sicher. Verteilungspolitisch würden – zumindest absolut – bei den hier vorgestellten Reformvorschlägen vor allem reiche Rentner am stärksten belastet, auch wenn dies medial oftmals anders dargestellt wird, denn ein stärker sinkendes Rentenniveau und eventuelle Abschläge aufgrund eines höheren Renteneintrittsalters ergeben bei einer höheren Rente eine absolut höhere Differenz.

Ein Reformpaket für die GKV – Digitalisierung, mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung

Im Gegensatz zur GRV gibt es – Stand Herbst 2025 – zwar noch keine konkreten Entwürfe für echte Strukturreformen der GKV, die Bundesministerin für Gesundheit Nina Warken hat allerdings mit dem obligatorischen Primärarztssystem ein konkretes Reformvorhaben angekündigt. Aus gesundheitsökonomischer Sicht gibt es für ein solches Modell wegen besserer Ergebnisse im Hinblick auf Qualität und Kosten vermutlich deutlich mehr Befürworter als Gegner. Allerdings ist es erstens fraglich, ob eine de facto Abschaffung der „freien Arztwahl“ in Deutschland auch wirklich durchsetzbar ist (Stichwort „Wählerwillen“). Zudem dürften sich nennenswerte Einsparungen, die zu einer signifikanten Reduktion des GKV-Beitragssatzes führen, wenn überhaupt, erst mittelfristig realisieren lassen.³

Um das System langfristig tragfähig zu gestalten, bedarf es einer politischen Kraftanstrengung, die kurzfristig zu einer signifikanten Reduktion der Ausgaben und mittel- und langfristig zu einer Bremsung des im Gesundheitssystems wirkenden Kostendrucks führt. Dieser ist in unserer Beitragsprojektion mit 0,5 Prozentpunkten Wachstumsdifferential modelliert und spiegelt die im Gesundheitswesen (verglichen mit der restlichen Volkswirtschaft) vorherrschende Dominanz von Produkt- (neue teure Therapieformen) gegenüber Prozessinnovationen (effizientere, kostensenkende Behandlungen und Prozesse) wider.

Die derzeit vor allem von Krankenkassenseite vorgebrachten Reformvorschläge im Bereich der GKV konzentrieren sich auf die Auslagerung so genannter versicherungsfremder Leistungen bzw. Forderungen, diese durch einen erhöhten Steuerzuschuss zu finanzieren (GKV-Spitzenverband, 2025). Dies mag aus ordnungspolitischer

³ Derzeit verhandeln Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in sogenannten Kollektivverträgen im Wesentlichen über jährliche Gesamtvergütungen, die von Jahr zu Jahr fortgeschrieben werden. Ein Primärarztmodell ändert somit kurzfristig allenfalls etwas an der Verteilung dieses Budgets zwischen Fach- und Hausärzten, nicht aber am Gesamtvolumen.

Sicht zwar sinnvoll sein, und damit kann auch kurzfristig der GKV-Beitragssatz unmittelbar beeinflusst werden; die grundsätzliche Finanzierungsproblematik wäre damit aber nur in den Bundeshaushalt verschoben. Vor allem aber wäre die grundsätzliche Ausgabendynamik in der GKV keineswegs gebrochen. Um diese zu begrenzen, werden – ebenfalls von Krankenkassenseite – Preismoratorien vorgeschlagen, bei denen bestimmte Leistungserbringer ihre Preise nicht nach oben anpassen dürfen. Preismoratorien, also quasi staatlich festgelegte Preise, sind allerdings in ihrer ökonomischen Sinnhaftigkeit fraglich und eine ausgabenkende Wirkung war in der Vergangenheit auch immer nur von kurzer Dauer.

Das im Folgenden dargestellte Reformpaket greift hingegen den Grundgedanken der letzten wirklichen Strukturreform in der GKV aus dem Jahr 2004, dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, auf und konzentriert sich auf drei Maßnahmen: Erstens eine Modernisierung der Zuzahlungsregelungen, zweitens einen Digitalisierungsschub und drittens eine Intensivierung des Wettbewerbs.

In Bezug auf eine Neuregelung der Zuzahlungsregelungen umfasst unser Reformpaket eine Kontaktpauschale von 15 Euro je Arztbesuch und unvorhergesehene Inanspruchnahmen von Krankenhausnotaufnahmen sowie eine dynamische Inflationsanpassung der sonstigen Zuzahlungsregelungen (vor allem für Arznei- und Hilfsmittel), denn diese wurden seit 2003 nominal nicht angepasst. Im Gegenzug kann die bestehende Zuzahlung für Patienten bei Krankenhausaufenthalten wegfallen, da von dieser keine nennenswerten Steuerungswirkungen ausgehen. Dadurch ist zusammen mit der bestehenden Überforderungsgrenze von 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (bzw. 1 % für chronisch Kranke), gewährleistet, dass eine solche Reform nicht zu Lasten einkommensschwächerer Patienten geht. Für einen chronisch kranken Rentner mit Bruttoeinnahmen von 3.000 Euro pro Monat, heißt dies, dass der maximale Zuzahlungsanteil pro Jahr auf 360 Euro begrenzt ist. Eine unbürokratische, digitale Abwicklung der Kontaktpauschale und der anderen Zuzahlungen – etwa über eine Zusatzfunktion der elektronischen Patientenakte – könnte das nervige Sammeln von Belegen bis zur Erreichung der Zuzahlungsbefreiung obsolet machen. Zugleich gäbe es keinen zusätzlichen Aufwand für Arztpraxen. Eine zielgerichtete Kontaktpauschale könnte daher helfen, medizinisch unnötige Inanspruchnahmen unseres Gesundheitssystems zu reduzieren – ohne die Behandlung im Bedarfsfall zu gefährden. Eine solche Umgestaltung der Zuzahlungsregelungen könnte die GKV um jährlich etwa einen Beitragssatzpunkt entlasten.

Den eingeschlagenen Weg zu einem digitalisierten Gesundheitswesen, wie er beispielsweise durch die elektro-

nische Patientenakte vorgezeichnet und durch das eRezept bereits technisch umgesetzt ist, gilt es, konsequent und zielorientiert fortzusetzen, schließlich liegt Deutschland bei der Digitalisierung im internationalen Vergleich immer noch auf den hintersten Plätzen. Das Effizienzpotenzial eines digitalen Gesundheitswesens ist wegen des hohen Aufholpotenzials in Deutschland extrem hoch. Neben der notwendigen Vorgabe einheitlicher Standards ist es allerdings notwendig, dass digitale Prozesse nicht nur eingeführt, sondern auch genutzt werden – mit automatisierten Abrechnungen, klaren Schnittstellen und effektiven Dokumentationspflichten. So könnte das Gesundheitswesen nicht nur effizienter werden, sondern auch stärker im Interesse der Patienten agieren, die nicht mehr darauf angewiesen sein werden, dass Arztbriefe auch rechtzeitig vor der nächsten Untersuchung hin- und hergeschickt werden. Unnötige Wartezeiten und der Frust über Bürokratie ließen sich eindämmen. Und gerade in einer älter werdenden Gesellschaft ist ein digital vernetztes System essenziell, um eine koordinierte Versorgung zu ermöglichen – etwa durch sektorenübergreifende Informationsflüsse zwischen Haus- und Fachärzten, Pflegeeinrichtungen und Kliniken.

Schließlich bedarf es einer (Wieder-)Belebung des Wettbewerbsgedankens im Gesundheitssystem. Derzeit existieren 97 unterschiedliche Krankenkassen, die primär über ihren Beitragssatz und einige Zusatzleistungen, wie z.B. Bonusprogramme konkurrieren. Um echte Effizienz- und Innovationsanreize zu schaffen, benötigt es allerdings mehr Spielräume für alternative, passgenaue Versorgungsmodelle und kassenindividuelle, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Leistungen. Eine Intensivierung eines Wettbewerbs um die beste Versorgung würde unser Gesundheitswesen nicht nur qualitativ besser und günstiger machen, sondern könnte auch helfen, regional angepasste Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen zu etablieren. Denn was gut sein mag für Dortmund, muss noch lange nicht für den bayrischen Wald passen und umgekehrt.

Für eine Intensivierung des Wettbewerbs wäre wiederum ein politischer Wille zu Veränderung von Nöten. Dies betrifft erstens den Abbau des hohen bürokratischen Aufwands. Zweitens müsste es bei Krankenkassen stärkere monetäre Anreize für lohnende Investitionen in Versorgungsprogramme geben, die beispielsweise multimorbiden Patienten einen strukturierten passgenauen Behandlungsablauf bieten und drittens Steuerungsmöglichkeiten, damit vor allem diejenigen Patienten an innovativen Versorgungsprogrammen teilnehmen, die davon am meisten profitieren. Letzteres kann gelingen, wenn Krankenkassen bei Einschreibung in solche Programme die (durch die erste Maßnahme erhöhten) Zuzahlungen

erlassen. Für die Überwindung der Überregulierung und der Schaffung monetärer Anreize sind nur wenige regulatorische Korrekturen in den bestehenden Gesetzen und Verordnungen notwendig.⁴

Insgesamt entwickelt sich die volle Wirkung des Reformvorschlages für die GKV aber erst durch das Zusammenspiel der drei Maßnahmen: Die Kontaktpauschale stärkt Eigenverantwortung, spart kurzfristig Kosten und sorgt dafür, dass sich Patienten für alternative Versorgungsmodelle interessieren. Die Digitalisierung birgt erhebliches Potenzial, das aber auch nur über einen wirklichen Wettbewerb unter Krankenkassen und Leistungserbringer gehoben werden kann. Im Wettbewerb können sich Kassen mit schlanken Strukturen bzw. smarten Versorgungsmodellen dann differenzieren. Gerade für jüngere Generationen, die die Hauptlast künftiger Beiträge tragen, ist ein System attraktiv, das ihnen Wahlfreiheit, Transparenz und Fairness bietet, vor allem aber die Dynamik des Kostendrucks bricht. Dementsprechend nehmen wir an, dass es durch Digitalisierung und erhöhten Wettbewerbsdruck gelingt, gerade so viel Effizienzpotential im Gesundheitssystem zu heben, dass mittel- und langfristig Gesundheitsausgaben im Einklang mit dem Rest der Volkswirtschaft wachsen.

Solides Fundament für die SPV – Leistungsmoratorium, Leistungsdynamisierung und Kapitaldeckung

Betrachtet man die Beitragssatzentwicklung der SPV seit ihrer Einführung im Jahr 1995, so fällt auf, dass der anfängliche Beitragssatz von 1,7 % immerhin bis 2010 unter einem Niveau von 2 % gehalten wurde. Seit 2012 aber ist der Beitragssatz regelrecht explodiert und beträgt 2025 bereits 3,6 %. Im Gegensatz zur landläufigen Meinung, dass dies im Wesentlichen auf die Alterung der deutschen Bevölkerung zurückzuführen sei, liegt der Hauptgrund für den deutlichen Ausgaben- und damit Beitragsatzanstieg an deutlichen Leistungsausweitungen vor allem in den 2010er Jahren, wie insbesondere durch die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mittels des Pflegestärkungsgesetz II (PSG II). Seither gibt es nicht nur mehr Pflegeleistungen, sondern auch deutlich mehr Leis-

tungsempfänger in der SPV, deren Anzahl sich zwischen 2016 (2,7 Mio.) und 2024 (5,6 Mio.) mehr als verdoppelt hat. Ein genauerer Blick in die Daten zeigt zudem, dass sich dieser rasante Anstieg nicht im Pflegeheim vollzogen hat, sondern vor allem auf eine Zunahme von Pflegegeldempfänger mit niedrigem oder mittlerem Pflegegrad zurückzuführen ist (vgl. BMG, 2025). Dieser massive Anstieg hat mehrere Ursachen⁵, zu denen aber auch schlichtweg gehört, dass vermehrte Leistungen auch einen vermehrten Anreiz bieten, einen Pflegeantrag überhaupt zu stellen.

Für eine Stabilisierung braucht es daher als erstes eines Moratoriums gegen weitere Leistungsausweitungen. Da ein solches Moratorium angesichts des sensiblen Themas „Pflege“ bereits einen politischen Kraftakt darstellt, halten wir Leistungskürzungen wie eine Rücknahme der Leistungsausweitungen des PSG II, eine (Wieder-)Erhöhung der Eigenanteile oder aber Reformvorschläge wie die Einführung einer Karenzzeit bis zur Auszahlung von Pflegeversicherungsleistungen oder die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors für Pflegeleistungen derzeit schlichtweg für unrealistisch. Den Cassandra-Rufen, die SPV würde so dann arme Bürgerinnen und Bürger allein lassen, ist zu widersprechen. Denn die Verteilungswirkungen der SPV sind bisher viel zu wenig erforscht. Für Menschen, die sich nach einer Bedürftigkeitsprüfung Pflege nicht leisten können, ist der Steuerzahler mit der Sozialhilfe bzw. der Hilfe zur Pflege zuständig. In allen anderen Fällen muss auf privates Einkommen und Vermögen zurückgegriffen werden – genauso wie es die Soziale Marktwirtschaft und ihre Prinzipien vorsehen. Eigenverantwortung muss daher auch bei der SPV zentral gelebt werden.

Neben einem Leistungsmoratorium ist eine Dynamisierung der bestehenden Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. um die Lohnentwicklung von Pflegepersonal) notwendig, um dem Pflegesektor langfristig Planungssicherheit zu geben – und damit die Chance, Qualität und Effizienz systematisch zu verbessern.⁶ Damit schaffen wir Raum für neue Konzepte – etwa in der ambulanten Versorgung, durch digitale Unterstützung oder erweiterte Kompetenzen für Pflegekräfte. Dies bedeutet aber auch, dass wir alles unternehmen sollten, um ebenfalls den

4 Hierzu zählt unter anderem eine Modifikation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit mehr finanziellen Anreizen für Krankenkassen in mittelfristig positiv wirkende Versorgungsprogramme zu investieren, wie sie z.B. jüngst von Reif et al. (2025) skizziert wurde. Auch sollte eine grundlegende Analyse erfolgen, ob ein zentrales Vergabeverfahren zur Erprobung von Innovationen, wie es mit dem beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verorteten sogenannten Innovationsausschuss eingeführt wurde, eigentlich zielgerichtet ist, oder ob es zehn Jahre nach Einführung nicht zu weniger statt zu mehr Innovationen führte. Das streng formalisierte Verfahren schränkt notwendige Erprobungsfreiräume für Krankenkassen und Leistungserbringer doch ein und Anreize für ein Schumpeter'sches Wechselspiel aus Innovation und Imitation werden stark reduziert – zumindest aber verlangsamt.

5 Hierzu könnte etwa eine weniger strenge Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Vergleich zur Situation vor 2017 gezählt werden, oder aber niederschwelligere Zugangsmöglichkeiten, beispielsweise durch KI-basierten Sprachmodellen.

6 Neben Planungssicherheit ist ein Leistungsmoratorium in Kombination mit verlässlichen Leistungsdynamisierungen auch eine Voraussetzung für mehr Generationengerechtigkeit in der SPV. Wie Fetzer et al. (2025) zeigen, hat die bisherige Entwicklung der SPV mit zunächst nominal nicht angepassten Leistungen und dann ab etwa 2012 ständigen Leistungsausweitungen nicht nur zu steigenden Beitragssätzen geführt, sondern auch dazu, dass sich die Baby-Boomer ihr „Einführungsgeschenk“ Pflegeversicherung zu Lasten aller jüngeren Generationen zurückgeholt haben.

Tabelle 1
Wirkung der Reformen (in Beitragssatzpunkten)

Jahr	GRV			GKV		SPV		Gesamtwirkung	
	Rücknahme Haltelinie	Adjustierung Alpha beim Nachhaltigkeitsfaktor	Verlängerung Renteneintrittsalter	Umgestaltung Selbstbeteiligungen	Wettbewerb und Digitalisierung	Ausweitung Kapitaldeckung	Bremmung Kosten- druck	Gesamtwirkung	Beitragssatz mit Reformen
2028	0	-0,1	-0,3	-0,9	-0,1	0,7	-0,1	-0,8	43,6
2030	-0,1	-0,4	-0,4	-0,9	-0,2	0,6	-0,1	-1,5	43,4
2035	-0,9	-1,0	-0,4	-1,0	-0,6	0,5	-0,2	-3,5	43,7
2040	-1,0	-0,9	-0,4	-1,0	-1,0	0,3	-0,3	-4,5	44,1
2045	-0,9	-0,9	-0,5	-1,0	-1,4	0	-0,5	-5,3	44,8
2050	-1,0	-1,0	-0,5	-1,1	-1,9	-0,4	-0,5	-6,3	45,4
2055	-1,1	-1,2	-0,5	-1,1	-2,3	-0,5	-0,7	-7,4	45,7
2060	-1,3	-1,3	-0,5	-1,1	-2,8	-0,5	-0,9	-8,4	45,8
2065	-1,5	-1,5	-0,4	-1,1	-3,2	-0,4	-1,1	-9,4	46,1
2070	-1,7	-1,6	-0,4	-1,2	-3,7	-0,4	-1,3	-10,3	46,7
2075	-1,7	-1,6	-0,5	-1,2	-4,2	-0,4	-1,5	-11,0	47,3
2080	-1,7	-1,6	-0,5	-1,2	-4,7	-0,3	-1,7	-11,8	47,9

Quelle: eigene Berechnungen.

Kostendruck in der Pflege „im Zaum“ zu halten – mehr Wettbewerb und mehr Digitalisierung dürften hier die Stichwörter sein. Je nachhaltiger die Finanzierung aufgestellt ist, desto mehr Sicherheit hätten auch Unternehmen, in diesem Bereich zu investieren und innovative Konzepte bei der Heim- und ambulanten Pflege nach vorne zu bringen. Die Wirkung dieser Reformkomponenten sollte insgesamt dazu führen, dass die Leistungen der SPV künftig – verlässlich – im Einklang mit der Lohnentwicklung steigen.⁷

Daneben bedarf es in der Pflegeversicherung eines Ausbaus der Kapitaldeckung. Hierzu muss erstens die Zuführung zum Pflegevorsorgefonds massiv erhöht und um mindestens zehn Jahre verlängert werden. Nach heutiger Gesetzeslage ist geplant, bereits ab 2035 auf die Reserven des Fonds zurückzugreifen. Die großen Kohorten der Babyboomer kommen aber erst rund zehn Jahre später in ein pflegeintensives Alter und von daher gilt es, dieses Zeitfenster zu nutzen.⁸ Zweitens gilt es, die Anlagerichtlinien des Pflegevorsorgefonds zu flexibilisieren. Ein maximaler Aktienanteil von 20 % des

Portfolios verhindert, dass der Fonds eine Rendite erwirtschaftet, die die Finanzsituation der SPV verbessern kann. Die staatlichen Fonds skandinavischer Länder zeigen, dass mit intelligentem Management durchaus verlässliche Renditen von 6 % p.a. erwirtschaftbar sind.⁹

Gesamtwirkung der Reformvorschläge

Wie eingangs erwähnt, sollten die Reformvorschläge nicht isoliert betrachtet werden, sondern in ihrer Gesamtwirkung evaluiert werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die aus den Reformoptionen resultierenden Wirkungen auf die Beitragssätze. So zeigt sich mit Blick auf die GRV, dass langfristig vor allem die Dämpfung des Rentenwachstums mittels der Wiedereinsetzung und Verschärfung des Nachhaltigkeitsfaktors zu einer Beitragsentlastung führen kann, die 2050 auf etwa zwei, ab 2065 sogar auf drei Beitragssatzpunkte zu taxieren ist. Eine Verlängerung der Renteneintrittszeit nach Maßgabe der Entwicklung der Lebenserwartung bringt eine weitere Senkung von etwa 0,5 Beitragssatzpunkte.

Mit Blick auf die GKV können die neuen Eigenbeteiligungen zu einer unmittelbaren Reduktion des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt führen. Die Hebung von

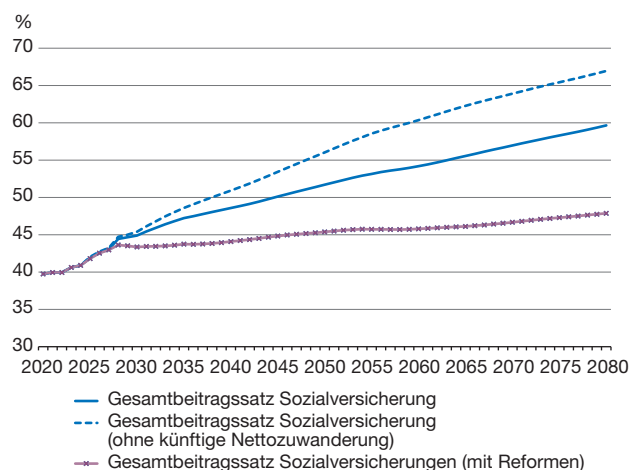
7 Eine verlässliche dynamisierte Leistungsbasis der SPV ist überhaupt auch eine Voraussetzung für Modelle, die eine erweiterte Absicherung des mit dem Pflegerisiko verbundenen privaten Finanzierungsrisiko vorsehen, wie z. B. vom Wissenschaftlichen Beirat des Verbandes der PKV (vgl. Arentz et al., 2023).

8 Im Grunde ist sehr verwunderlich, dass die politischen Entwürfe für mehr Kapitaldeckung, wie z. B. das Generationenkapital oder auch die Frühstartrente, sich immer auf die GRV konzentrieren, bei der statistisch rund 20 Jahre weniger Ansparzeit als bei Pflegeversicherungsleistungen besteht.

9 Vgl. hierzu auch Breyer (2025), welcher auch zeigt, dass man Kapitaldeckung in der Sozialen Pflegeversicherung auch generationenspezifisch ausgestalten könnte.

Abbildung 2
Entwicklung des Gesamtbeitragssatzes zur Sozialversicherung

Herbst 2025 vs. Reformvorschläge



Quelle: eigene Berechnungen.

Effizienzreserven durch Wettbewerbsintensivierung und Digitalisierung dämpft hingegen erst in der langen Frist den Beitragssatz, dann aber in sehr hohem Ausmaß (2050 ca. zwei, 2065 ca. drei Prozentpunkte). Den gleichen Effekt auf niedrigerem Niveau bringt das Eindämmen des Kostendrucks in der SPV, bei der schließlich der Ausbau der Kapitaldeckung zu einer langfristigen Glättung des Beitragssatzes führt, der allerdings mit einer kurzfristigen leichten Erhöhung erkaufte wird.

Insgesamt kann es durch ein solches Reformpaket laut unseren Modellrechnungen tatsächlich gelingen, den Gesamtbeitragssatz auf deutlich unter 50 % zu halten – und zwar langfristig (Abbildung 2). Will man diesen (wieder) unter ein Niveau von 40 % drücken, sind noch einschneidendere Maßnahmen notwendig. An alternativen oder zusätzlichen Reformideen mangelt es schließlich nicht und gegebenenfalls wäre ja doch auch im politischen Prozess eine Rücknahme des einen oder anderen generösen Geschenks der jüngsten Vergangenheit nicht ganz auszuschließen (vielleicht könnte die SPD bei Verzicht auf die Haltelinie die CSU zur Zurücknahme der Mütterrente bewegen).

Alternative Vorschläge, die etwas an der Einnahmenbasis ändern, mögen zwar eine gegebenenfalls erwünschte Änderung der Verteilung der Lasten zwischen arm und reich mit sich bringen, das Ziel einer deutlichen Reduktion des Beitragssatzes zur Sozialversicherung wird aber bei realistischer Betrachtung dieser Vorschläge in aller Regel verfehlt: Der Einbezug weiterer Gruppen

in die Sozialversicherungen (Beamten und Selbstständigen) könnte zwar mathematisch kurzfristig zu einer Dämpfung der Sozialbeiträge führen (weil diese Gruppen überdurchschnittlich verdienen), hätte aber mittel- und langfristig aufgrund der längeren Lebenserwartung dieser Gruppen für alle Sozialversicherungen negative Konsequenzen. Hinzu kommt eine rechtlich bedingte Zwickmühle: Es ist aus juristischen Gründen mehr als zweifelhaft, ob man überhaupt den Versicherungsbestand in Bürgerversicherungen zwingen könnte. Würden die Konzepte aber nur für neue, potenziell privat versicherte Beamten und Selbstständige gelten, so würde sich kurzfristig kein signifikanter Effekt ergeben. Ebenso sind freiwillige Wechseloptionen (wie sie z. B. seit dem Hamburger Beihilfemodell teilweise schon vorzufinden sind) ökonomisch eher mit Vorsicht zu genießen, denn diese bringen das Problem der Adversen Selektion mit sich, d. h. die Sozialversicherungen würden sich im Endeffekt nur „schlechte Risiken“ einhandeln.

Schließlich führte eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV langfristig dazu, dass im Durchschnitt lang lebende Gutverdiener noch mehr Rentenanwartschaftspunkte sammelten. Erhöhungen von Beitragsbemessungsgrenzen in GKV und SPV hingegen sind wiederum juristisch schwer durchzusetzen, da es auch in der Sozialversicherung einer gewissen Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung bedarf und den erhöhten Beiträgen dann keine entsprechenden erhöhten Leistungen entgegenstehen (Vgl. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags, 2021).

Insgesamt reihen sich die in diesem Beitrag simulierten Reformoptionen in die seit Jahren von Ökonomen hervorgebrachten Reformvorschläge ein. Neben einigen kurzfristig wirkenden Komponenten gilt es, die langfristige Dynamik der Ausgaben zu brechen. Die Zeit dafür scheint nicht nur reif, sondern überreif zu sein. Ansonsten droht Deutschland wegen zu hoher Lohnnebenkosten nicht nur im Hinblick auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit weiter ins Hintertreffen zu geraten, sondern das ganze Sozialversicherungssystem droht wegen der wegbrechenden Einnahmenbasis zu kippen. Die Grausamkeit der dann notwendigen Reformen können sich die heutigen Entscheider vermutlich gar nicht vorstellen. Es bleibt nur ein Weg: Die Kommissionen müssen schnellstens zu Ergebnissen kommen, die politische Verantwortlichen diese zügig umsetzen – sonst ist es zu spät. Politische Alternativen hierzu gibt es keine – vor allem auch nicht von Rechtspopulisten, denn wie eingangs ausgeführt – ohne eine entsprechende Welttoffenheit mit anhaltender Zuwanderung aus dem Ausland ist die Zeit für unsere Sozialversicherung ohnehin schon abgelaufen.

Literatur

- Arentz, C., Büttner, T., Papaspyratos, C., Rolfs, C. & Wasem, J. (2023). *Die Pflege+Versicherung – Vorschlag für eine generationengerechte paritätische Pflegeversicherung. Abschlussbericht des Experten-Rat Pflegefinanzen* (initiiert vom Verband der Privaten Krankenversicherung).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2025). *Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen/Pflegegrade 1995–2024*.
- Breyer, F. (2025). Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 26(1), 49–61.
- Fetzer, S., Franke, F. & Hagist, C. (2025). Windfall Profits in the German Long-term Care System: Initial Expectation and Variation Over Time. *FinanzArchiv*, 81, 59–84.
- Fetzer, S. & Hagist, C. (2024). *Mehr Nachhaltigkeit wagen – Die Tragfähigkeit der Sozialversicherung in Deutschland* (Gutachten im Auftrag von DIE FAMILIENUNTERNEHMER und DIE JUNGEN UNTERNEHMER).
- Kuhn, S., Schwengler, B., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2025). Demografischer Wandel und Arbeitskräftemangel: Ausländische Beschäftigte spielen eine wichtige Rolle auf dem Arbeitsmarkt. *IAB-Kurzbericht*, 08/2025.
- Reif, S., Schubert, S. & Wambach, A. (2025). Setting incentives right with long-term risk adjustment. *European Journal of Health Economics*, 26, 147–151.
- Statistisches Bundesamt. (2022). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
- Werdning, M. (2025). *Migration und ihr Beitrag zum Staatshaushalt. Expertise für den Mediendienst Integration 2025*.
- Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags. (2021). *Verfassungsrechtliche Grenzen einer An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung. Aktualisierung der Ausarbeitung WD 3 - 3000 - 429/10*.

Title: Necessary reforms to social security for solidarity-based protection against major life risks

Abstract: The German social security system is heading for a tipping point: without reforms, the total contribution rate for pension, health, nursing care and unemployment insurance will rise above 50 % after 2044. Demographics and rising expenditure threaten the intergenerational contract and the financial basis of the social market economy. The article outlines reform paths for all three central branches: in pension insurance, a higher retirement age, the reinstatement of the sustainability factor and the abandonment of the stop line are necessary. For health insurance, digitalisation, competition and modernised co-payments are proposed. Long-term care insurance requires a moratorium on benefits, more personal responsibility and capital cover. Only decisive reforms can stabilise contribution rates and make social insurance sustainable for the future.