
FRÜHJAHRSGUTACHTEN 2026

27. Mai 2026

Mitglieder des Sachverständigenrates

Prof. Gabriel Felbermayr, Ph.D.

Prof. Dr. Veronika Grimm

Prof. Dr. Dr. h.c. Monika Schnitzer, Vorsitzende

Prof. Dr. Achim Truger

Prof. Dr. Martin Werding

Dieses Gutachten beruht auch auf der sachkundigen und engagierten Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des wissenschaftlichen Stabes sowie der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates.

Wissenschaftlicher Stab

Dr. João C. Claudio • Dr. Anina Harter • Dr. Philipp Hauber • Dr. Tim Hermann • Dr. Lenard Paul Holler •
Michael Kogler, Ph.D. • Dr. Peter Kreß • Dr. Theresa Neef • Dr. Christian Ochsner, M.A. •
Dr. Veronika Püschel • Dr. Charlotte Rochell • Dr. Benedikt Runschke • Dr. Milena Schwarz •
Nadine Winkelhaus • Luise Woda, M.Sc. • Dr. Christopher Zuber

Geschäftsstelle

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Adina Ehm • Alexander Barthel • Luis Federico Flores, M.Sc. • Jasmin Frey •
Waldemar Hamm, M.Sc. • Dipl.-Volkswirtin Birgit Hein • Lena Hemes • Maxim Malinin, M.Eng. •
Antonia Quell, Master in Economics • Volker Schmitt • Esther Thiel

Impressum

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

c/o Statistisches Bundesamt

65180 Wiesbaden

Tel.: 0049 611 / 75 2390

E-Mail: info@svr-wirtschaft.de

Internet: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de

Abgeschlossen am 1. Mai 2026, 16:00 Uhr

© Sachverständigenrat Wirtschaft

VORWORT

Das vorliegende Frühjahrsgutachten 2026 enthält neben der Konjunkturprognose für die Jahre 2026 und 2027 drei wirtschaftspolitische Kapitel zu den Themen „Sozialversicherungen unter Reformdruck“, „Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgabenanstieg dämpfen, Einnahmen stabilisieren“, „Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren“.

Dieses Gutachten beruht ganz wesentlich auf der sachkundigen und engagierten Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des wissenschaftlichen Stabs:

Dr. João Carlos Claudio, Dr. Anina Harter, Dr. Philipp Hauber, Dr. Tim Hermann, Dr. Lenard Paul Holler, Michael Kogler, Ph.D., Dr. Peter Kreß, Dr. Theresa Neef, Dr. Christian Ochsner, M.A. (Generalsekretär), Dr. Veronika Püschel, Dr. Charlotte Rochell, Dr. Benedikt Runschke, Dr. Milena Schwarz (stellvertretende Generalsekretärin), Dipl.-Betriebswirtin (FH) Nadine Winkelhaus, Luise Woda, M.Sc., und Dr. Christopher Zuber (Teamleiter);

unterstützt von der Geschäftsstelle:

Alexander Barthel, Dipl.-Betriebswirtin (FH) Adina Ehm, Luis Federico Flores, M.Sc., Jasmin Frey, Waldemar Hamm, M.Sc., Dipl.-Volkswirtin Birgit Hein, Lena Hemes, Maxim Malinin, M.Eng., Antonia Quell, Master in Economics, Volker Schmitt und Esther Thiel;

sowie den Praktikantinnen und Praktikanten:

Malte Budde, Tilman Hanspach, Sebastiaan Kruis, Finn Marten, Matteo Neufing (Werkstudent), Jannik Reber und Marie Schnitzler.

Der Sachverständigenrat Wirtschaft dankt dem Statistischen Bundesamt für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und wertvolle Unterstützung insbesondere durch die Kapitelbetreuerinnen und Kapitelbetreuer.

In Vorbereitung auf das Frühjahrsgutachten 2026 haben der Sachverständigenrat und der wissenschaftliche Stab mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundeskanzleramtes und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWE) sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aktuelle Fragestellungen diskutiert.

Wir danken der Finanzkommission Gesundheit, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie dem Medizinischen Dienst Bund (Jan Seidel) für die Daten, die sie dem Sachverständigenrat zur Verfügung gestellt und ausgewertet bzw. recherchiert haben.

Wir danken Dr. Johannes Geyer (DIW) und Prof. Dr. Matthias Westphal (Fern-Universität in Hagen) für die Bereitstellung von Replikationsdateien.

Unser Dank gilt ferner allen, mit denen sich der wissenschaftliche Stab des Sachverständigenrates sowie einige Ratsmitglieder in Vorbereitung auf das Frühjahrsgutachten ausgetauscht haben, um unterschiedliche Fragestellungen zu disku-

tieren: Elisabeth Baum (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste), Prof. Dr. Friedrich Breyer (Universität Konstanz), Caroline Chuard-Keller, Ph.D. (CSS Institut), Dr. Pekka Helstelä (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Matthias Kredler (Universidad Carlos III de Madrid), Dr. Christian Lorenz (BMG), Dr. Carsten-Patrick Meier (Kiel Economics), Prof. Dr. Notburga Ott (Ruhr-Universität Bochum), Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen), Dr. Antje Schwinger (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Alexander Thiele (BSP Business & Law School), Julian Wendland (Buurtzorg Deutschland) und Sven Wolfgram (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste).

Ferner danken wir den Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Bank, der Deutschen Bundesbank, der Europäischen Kommission, der Finanzkommission Gesundheit, des GKV-Spitzenverbands, des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW), des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Verbands der Privaten Krankenversicherung für den wertvollen Austausch.

Der Sachverständigenrat weist darauf hin, dass die im Gutachten dargelegten Positionen nicht notwendigerweise die Meinungen der oben genannten Personen oder Institutionen wiedergeben.

Etwasige Fehler oder Mängel gehen allein zulasten der Unterzeichnerinnen und Unterzeichner.

In eigener Sache:

Prof. Dr. mult. Dr. h.c. Ulrike Malmendier ist zum 28. Februar 2026 aus dem Sachverständigenrat ausgeschieden, dem sie seit dem 9. September 2022 angehörte. Mit ihrer hervorragenden Expertise insbesondere in der Kapitalmarktfor- schung, der Verhaltensökonomik sowie der europäischen Wirtschaftspolitik hat sie die Gutachten und Publikationen des Sachverständigenrates wesentlich ge- prägt sowie zur Entwicklung und Umsetzung von konkreten Politikmaßnahmen entscheidend beigetragen. Sie hat den Sachverständigenrat und dessen inhaltliche Arbeit mit ihrem außerordentlichen Engagement vorangebracht und die wirt- schaftswissenschaftliche Politikberatung in Deutschland bereichert. Der Sachver- ständigenrat ist ihr zu großem Dank verpflichtet.

Prof. Gabriel Felbermayr, Ph.D., Direktor des Österreichischen Institutes für Wirtschaftsforschung (WIFO) und Universitätsprofessor an der Wirtschaftsuni- versität Wien (WU), wurde vom Bundespräsidenten im März 2026 in den Sach- verständigenrat berufen. Prof. Gabriel Felbermayr, Ph.D., folgt auf Prof. Dr. mult. Dr. h.c. Ulrike Malmendier und ist für die Amtszeit bis Ende Februar 2031 beru- fen.

Berlin, den 27. Mai 2026

Gabriel Felbermayr

Veronika Grimm

Monika Schnitzer

Achim Truger

Martin Werding

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzfassung

Frühjahrgutachten 2026	1
1. Hohe Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung	3
2. Sozialversicherungen unter Reformdruck	4
3. Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgabenanstieg dämpfen, Einnahmen stabilisieren	6
4. Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren	8

Erstes Kapitel

Hohe Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung	12
I. Kurzfassung	14
II. Internationale Konjunktur	17
1. Gestiegene Energiepreise bremsen Weltwirtschaft	17
2. Höhere Energiepreise treiben Verbraucherpreise weltweit	30
3. Risiken: Anhaltend hohe Energiepreise und Störung der Lieferketten	38
III. Deutschland	41
1. Realwirtschaft: Konjunkturelle Erholung unter erschwerten Bedingungen	42
→ Konsumausgaben	49
→ Investitionen	51
→ Außenhandel	54
2. Inflation nimmt energiepreisbedingt zu	58
3. Demografischer Wandel prägt den Arbeitsmarkt	59
4. Expansiver Kurs der Fiskalpolitik	62
5. Risiken: Anhaltend erhöhte Energiepreise und protektionistische US-Handelspolitik	64
6. Produktionspotenzial: Investitionen als Stütze, Demografie als Belastung	66
Anhang	68
Literatur	74

Zweites Kapitel

Sozialversicherungen unter Reformdruck	78
I. Einleitung	80
II. Die Finanzen der Sozialversicherungen	83
1. Bestimmungsfaktoren	85
→ Demografie und Arbeitsvolumen	86
→ Langfristige Entwicklung der Produktivität und des Einkommens	89
2. Bisherige Entwicklung	92
→ Künftige Entwicklung	95
→ Projektion des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes	95
→ Projektion der Bundeszuschüsse	96
→ Verteilung der intergenerationellen Beitragssatzbelastung	97
III. Effekte von Änderungen der Beitragssätze	98
1. Steuer- und Abgabenkeil im internationalen Vergleich	98

2. Lang- und kurzfristige Inzidenzen	100
3. Effekte auf die Konsumnachfrage und das Arbeitsangebot der privaten Haushalte	102
4. Effekte auf die Arbeitsnachfrage und Standortentscheidungen	107
5. Effekte im Allgemeinen Gleichgewicht	108
IV. Handlungsfelder	111
1. Ausgabenseite	111
2. Einnahmenseite	112
Eine andere Meinung	116
Anhang	121
1. Grundlagen der Simulationen zur künftigen Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes	121
2. Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen	121
3. Methodische Ansätze zur Schätzung von Arbeitsangebotselastizitäten	124
Literatur	125

Drittes Kapitel

Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgabenanstieg dämpfen, Einnahmen stabilisieren

	130
I. Einleitung	132
II. Das Gesundheitssystem in Deutschland	134
1. Gesetzliche Krankenversicherung	134
2. Private Krankenversicherungen	143
3. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich	146
III. Gesundheitsausgaben in Deutschland und ihre Treiber	150
1. Allgemeine Treiber der Gesundheitsausgaben	150
2. Spezifische Ausgabentreiber in der GKV	155
→ Krankenhausbehandlungen	156
→ Arzneimittelausgaben	160
IV. Beitragssatzentwicklung im Status Quo	162
V. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung	164
1. Gesundheitskosten effektiver steuern	164
→ Durch stärkere Prävention Ausgaben langfristig dämpfen	165
→ Kostenbeteiligungen zielgenau einsetzen	166
→ Krankenhausfinanzierung und Angebotsstruktur bedarfsgerecht ordnen	168
→ Arzneimittelpreise stärker am Zusatznutzen ausrichten	171
2. Finanzierung neu kalibrieren	172
→ Anpassungen bei NBL und beitragsfreier Mitversicherung	174
→ Ausweitung der Bemessungsgrundlage oder des versicherten Personenkreises	178
Anhang	181
1. Kostenbeteiligungen	181
2. Elektronische Patientenakte – Potenzial und Hürden	182
3. Zusätzliche Tabellen und Abbildungen	183
Literatur	185

Viertes Kapitel

Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren

Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren	196
I. Einleitung	198
II. Pflegebedarf und -organisation	201
1. Pflegebedürftige	201
2. Pflegende	204
III. Absicherung des Pflegerisikos	211
1. Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung	211
2. Finanzielle Situation der SPV	215
IV. Eigenanteile und gesellschaftliche Kosten der Pflege	223
1. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	223
2. Auswirkungen informeller Pflege	228
V. Zukünftige Finanzierung der Pflegeausgaben Im demografischen Wandel	231
VI. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege	234
1. Zugang zu Leistungen und Leistungsumfang der SPV korrigieren	235
2. Teilversicherungssystem beibehalten	237
3. Kapitaldeckung in der SPV stärken	241
Eine andere Meinung	247
Anhang	254
Literatur	256

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN IM TEXT

1	Konjunktureller Ausblick für Deutschland und Europa	14
2	Bestimmende Faktoren für die Prognose	15
3	Makroökonomische Effekte eines Ölangebotsschocks auf die Weltwirtschaft	20
4	Weltwirtschaftliche Aktivität	21
5	Globaler Warenhandel und Weltindustrieproduktion	22
6	Zerlegung des US-BIP nach Verwendung und Entstehung	24
7	Auswirkung des SCOTUS-Urteils auf Zollsätze ausgewählter US-Handelspartner	25
8	Bruttoinlandsprodukt und Vorlaufindikatoren des Euro-Raums	27
9	Energiepreise im Fokus	32
10	Rohstoffpreise im Fokus	33
11	Geldpolitik und Wechselkurse	36
12	Konjunkturindikatoren	42
13	Makroökonomische Effekte eines Ölangebotsschocks auf die deutsche Wirtschaft	44
14	Deutsche und chinesische Warenexporte des Verarbeitenden Gewerbes	46
15	Wachstumsbeiträge zum deutschen Bruttoinlandsprodukt	48
16	Voraussichtliche Entwicklung der deutschen Wirtschaft	49
17	Konsumindikatoren in Deutschland	50
18	Private und öffentliche Bruttoanlageinvestitionen	52
19	Indikatoren für die Bruttoanlageinvestitionen	53
20	Entwicklung der deutschen Warenexporte im Jahr 2025	54
21	Voraussichtliche Entwicklung des außenwirtschaftlichen Umfelds	55
22	Inflation in Deutschland	59
23	Entwicklungen am Arbeitsmarkt	61
24	Entwicklung der öffentlichen Finanzen	64
25	Szenariorechnung für die deutsche Volkswirtschaft im Prognosezeitraum	65
26	Wachstumsbeiträge der Komponenten des Produktionspotenzials und des Arbeitsvolumens	67
27	Komponenten des Bruttoinlandsprodukts	72
28	Alterspyramide und Zerlegung der Entwicklung des Altenquotienten	86
29	Heterogenität in Erwerbsquoten und Arbeitsstunden	88
30	Wachstumsbeiträge der Komponenten des Produktionspotenzials und des Arbeitsvolumens	90
31	Entwicklung der Einnahmen in den Zweigen der Sozialversicherung	93
32	Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung	94
33	Projizierte Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes	96
34	Projizierte Entwicklung der Bundeszuschüsse zu den Sozialversicherungen	97
35	Projizierte Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung nach Geburtsjahrgängen	97
36	Steuer- und Abgabenkeil für Durchschnittseinkommen im internationalen Vergleich	99
37	Durchschnittliche Steuer- und Abgabenbelastung in Deutschland im Zeitverlauf	100
38	Abgabenbelastung auf Arbeitseinkommen von ausgewählten Haushaltstypen im Jahr 2024	103
39	Makroökonomische Effekte steigender Sozialversicherungsbeiträge	110
40	Projizierte Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags unter alternativen Annahmen	123

41	GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen im Jahr 2025	135
42	Entwicklung der GKV-Ausgaben	136
43	Entwicklung des Beitragssatzes zur GKV	137
44	Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV	138
45	Finanzierung von Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich im Jahr 2023	146
46	Indikatoren zur Kosteneffizienz des Gesundheitssystems	148
47	Präventionspolitik im internationalen Vergleich	152
48	Treiber des Wachstums der GKV-Leistungsausgaben	154
49	Entwicklung der GKV-Ausgaben im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2025	156
50	Regionale Unterschiede von Operationshäufigkeiten	159
51	Simulation des GKV-Beitragssatzes im Status Quo	163
52	Effekte von Reformen der Krankenhausfinanzierung auf den GKV-Beitragssatz	169
53	Effekte der Finanzierung der NBL auf den GKV-Beitragssatz	175
54	Effekte des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten auf den GKV-Beitragssatz	179
55	Kostenbeteiligungen in der GKV nach Leistungsbereichen im Jahr 2024	181
56	Effekt des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten in GKV und SPV auf die Ausgaben der öffentlichen Haushalte	184
57	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	202
58	Entwicklung und Verteilung der pflegerischen Versorgung	204
59	Entwicklung des Angebots in ambulanter und stationärer Pflege	206
60	Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege	210
61	Entwicklung der Zusammensetzung der in Anspruch genommenen Leistungen der SPV	212
62	Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV	216
63	Einfluss von Demografie und PSG II auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz	218
64	Preisbereinigte Entwicklung ausgewählter Leistungen der SPV	220
65	Kapitalentwicklung und Beitragssatzeffekte des Pflegevorsorgefonds	221
66	Eigenanteile in der stationären Pflege	224
67	Vermögenssituation von Pflegebedürftigen	225
68	Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in den Jahren 1999 bis 2024	227
69	Informelle Pflege und Arbeitsangebot	228
70	Pflegebedingte Teilzeitarbeit und Nichterwerbstätigkeit	230
71	Simulation des SPV-Beitragssatzes im Status Quo	232
72	Beitragssatzentwicklung bei Anpassung von Zugang und Leistungen der SPV	236
73	Beitragssatzentwicklung infolge einer Reform der Eigenbeteiligung	239
74	Beitragssatzentwicklung bei verschiedenen Leistungsdynamisierungen	241
75	Beitragssatzentwicklung bei einer Kombination der ausgabendämpfenden Reformen	242
76	Beitragssatzentwicklung bei der Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung zum Ausgleich eines sinkenden Leistungsniveaus der SPV	244
77	Beitragssatzentwicklung bei Einbezug von Beamtinnen und Beamten	255

VERZEICHNIS DER TABELLEN IM TEXT

1	Bruttoinlandsprodukt und Verbraucherpreise ausgewählter Länder	29
2	Prognoseannahmen	40
3	Wirtschaftliche Eckdaten	57
4	Arbeitsmarkt in Deutschland	62
5	Bruttoinlandsprodukt und Verbraucherpreise im Euro-Raum	68
6	Komponenten der Wachstumsprognose des Bruttoinlandsprodukts (in %)	68
7	Wachstumsbeiträge zum Bruttoinlandsprodukt nach Verwendungskomponenten	69
8	Die wichtigsten Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für Deutschland	70
9	Einnahmen und Ausgaben des Staates sowie finanzpolitische Kennziffern	73
10	Klassifizierung potenzieller nicht beitragsgedeckter Leistungen für das Jahr 2024 nach Albrecht und Ochmann (2025)	140
11	Änderung der Erwerbsquote von Müttern und des Haushaltseinkommens im Szenario: „Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV“	176
12	Sozioökonomische Charakteristika nach Krankenversicherungstyp	183
13	Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2026 gegenüber der Pflegeversicherung	214

VERZEICHNIS DER KÄSTEN IM TEXT

1	SVR-Analyse: Transmission von Ölangebotsschocks in die Realwirtschaft	19
2	Fokus: Die großen Volkswirtschaften USA und China	23
3	Fokus: Konjunkturelle Entwicklung in Frankreich, Italien, Spanien und den Niederlanden	26
4	Prognoseannahmen	39
5	SVR-Analyse: Deutsche und chinesische Warenexporte	45
6	Hintergrund: Realwirtschaftliche Effekte des Finanzpakets in den Jahren 2026 und 2027	63
7	SVR-Szenarioanalyse: Die deutsche Volkswirtschaft im Prognosezeitraum	65
8	Hintergrund: Ziele und Organisationsprinzipien der Sozialversicherungen	83
9	Analyse: Gesamtwirtschaftliche Effekte des Beitragssatzanstieges bis zum Jahr 2035	110
10	Hintergrund: Nicht beitragsgedeckte Leistungen in der GKV	139
11	Hintergrund: Empirische Evidenz zur Wirkung von Zuzahlungen	142
12	SVR-Analyse: Treiber der GKV-Ausgaben	153
13	Hintergrund: Krankenhausreform in Deutschland	157
14	Hintergrund: Bepreisung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der GKV	161
15	Hintergrund: Alternative Finanzierungsmöglichkeiten der GKV durch Steuern vs. Prämien	173
16	Hintergrund: Mögliche Erwerbsanreizeffekte durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV	176
17	Fokus: Live-in-Betreuung (Live-in-Care/24-Stunden-Pflege)	205
18	Fokus: Alternative Versorgungskonzepte in der Pflege	207
19	Fokus: Organisation der Pflege im Ausland – Das Buurtzorg-Modell	209
20	Fokus: Nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) in der SPV	217
21	Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“	254

VERZEICHNIS DER PLUSTEXTE IM TEXT

1	Die Bedeutung der Straße von Hormus für die Weltwirtschaft	18
2	Aktueller Stand der US-Handelspolitik	25
3	Das Realwert-BIP	57
4	Hintergrund: Zielkonflikt zwischen einem angemessenen Leistungsniveau und nachhaltiger Finanzierbarkeit in den Sozialversicherungen	81
5	Hintergrund: Projektionsverfahren für die Simulationen der künftigen Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes	89
6	Hintergrund: Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung	94
7	Hintergrund: Steuer- und Abgabenkeil	98
8	Hintergrund: Beitragsbemessungsgrenzen in den Sozialversicherungen	104
9	Hintergrund: Pflichtversicherung in der GKV und Versicherungsfreiheit	134
10	Finanzierung von Sonder- und Zusatzbeitrag	138
11	Hintergrund: Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld	155
12	Hintergrund: Fallpauschalensystem	157
13	Hintergrund: Reformvorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG)	164
14	Hintergrund: Pflegebedürftigkeit im Sinne des deutschen Sozialrechts	201
15	Hintergrund: Zentrale Leistungen der Pflegeversicherung	213
16	Hintergrund: Ausgleichsfonds	215
17	Hintergrund: Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	218

Abkürzungen

ALV	-	Arbeitslosenversicherung
AMNOG	-	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AOK	-	Allgemeine Ortskrankenkassen
AOP	-	Ambulantes Operieren
BAG	-	Bundesarbeitsgericht
BAS	-	Bundesamt für Soziale Sicherung
BBG	-	Beitragsbemessungsgrenze
BIP	-	Bruttoinlandsprodukt
BMG	-	Bundesministerium für Gesundheit
DM	-	Deutsche Mark
DRG	-	Diagnosis Related Groups
DRGs	-	Diagnosebezogene Fallgruppen
DRV	-	Deutsche Rentenversicherung
DSGE	-	Dynamic Stochastic General Equilibrium
EBM	-	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EU	-	Europäische Union
Eurostat	-	Statistisches Amt der Europäischen Union
EZB	-	Europäische Zentralbank
FKG	-	FinanzKommission Gesundheit
FuE	-	Forschung und Entwicklung
G-BA	-	Gemeinsamen Bundesausschuss
GDP	-	Gross Domestic Product
GKV	-	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	-	Gebührenordnung für Ärzte
GRV	-	Gesetzliche Rentenversicherung
IAB	-	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IEA	-	Internationale Energieagentur
IEEPA	-	International Emergency Economic Powers Act
ifo	-	ifo Institut für Wirtschaftsforschung
IfSG	-	Infektionsschutzgesetz
IfW	-	Kiel Institut für Weltwirtschaft
IT	-	Informationstechnologie
IWF	-	Internationaler Währungsfonds
JAEG	-	Jahresarbeitsentgeltgrenze
JG	-	Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
kBv	-	koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
Kfz	-	Kraftfahrzeug
KHAG	-	Krankenhausreformenpassungsgesetz
KHEntgG	-	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	-	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVG	-	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KI	-	Künstliche Intelligenz
KOF	-	KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich
KTF	-	Klima- und Transformationsfonds
Morbi-RSA	-	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MTF	-	medizinisch-technischer Fortschritt
MWh	-	Megawattstunde

Abkürzungen

NBA	-	Neues Begutachtungsassessment
NBL	-	Nicht beitragsgedeckte Leistungen
OECD	-	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PCE	-	Persönliche Konsumausgaben
PKV	-	Private Krankenversicherung
PPV	-	Private Pflegeversicherung
Proxy-SVAR	-	Strukturelle Vektorautoregression mit Proxy-Variable
PSG	-	Pflegestärkungsgesetz
PVF	-	Pflegevorsorgefonds
RSA	-	Risikostrukturausgleich
SGB	-	Sozialgesetzbuch
SIM.24	-	Social Insurance Model, Version 2024
SOEP	-	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	-	Soziale Pflegeversicherung
SVAR	-	Strukturelle Vektorautoregression
SVIK	-	Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität
SVR	-	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
TFP	-	Totale Faktorproduktivität
TI	-	Telematikinfrastruktur
US	-	United States
USA	-	Vereinigte Staaten von Amerika
UV	-	Unfallversicherung
VGR	-	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
WIdO	-	Wissenschaftliches Institut der AOK

GLOSSAR

Altenquotient – Der Altenquotient ist eine statistische Maßzahl. Er bezeichnet das Verhältnis von Zahl der Personen in der Bevölkerung, die älter sind als die Regelaltersgrenze, zur Zahl der Bevölkerung im Erwerbsalter. (Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung).

Arbeitsangebots- und Arbeitsnachfrageelastizität – Die Arbeitsnachfrageelastizität und Arbeitsangebotselastizität geben an, wie stark sich die Nachfrage nach Arbeit (durch Unternehmen) oder das Angebot an Arbeit (durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) verändert, wenn die Arbeitskosten für Unternehmen bzw. die Arbeitsentgelte für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer um ein Prozent erhöht werden. (Quelle: eigene Definition).

Automatische Stabilisatoren – Im Konjunkturverlauf schwanken die öffentlichen Einnahmen und Ausgaben. Die Steuereinnahmen gehen in konjunkturell schlechten Zeiten (im Vergleich zur Entwicklung in einer konjunkturellen Normallage) zurück und die staatlichen Arbeitsmarktausgaben nehmen zu. Damit geht von den öffentlichen Haushalten eine automatische Stabilisierungswirkung auf den Wirtschaftsprozess aus. Ein analoger Stabilisierungseffekt tritt in konjunkturell guten Zeiten auf. (Quelle: Bundesministerium der Finanzen).

Bedarfsprinzip – Leitbild für eine gerechte Einkommensverteilung, wonach die Verteilung der Einkommen am individuellen Bedarf bzw. an individueller Bedürftigkeit orientiert werden soll. Das Bedarfsprinzip gilt als eine die Marktverteilung korrigierende Verteilungsnorm und kommt u.a. in weiten Teilen der Sozialgesetzgebung zum Ausdruck. (Quelle: Gabler Wirtschaftslexikon).

Beitragsbemessungsgrenze – Die maximale Höhe des Arbeitsentgelts, die zur Berechnung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen wird. Für Einkommen oberhalb dieser Grenze fallen keine zusätzlichen Beiträge an. (Quelle: Verband der Ersatzkassen).

Cobb-Douglas-Produktionsfunktion – Die Cobb-Douglas-Produktionsfunktion beschreibt, wie gesamtwirtschaftlicher Output aus Kapital, Arbeit und Produktivität entsteht. Sie unterstellt, dass Kapital und Arbeit jeweils einen festen Beitrag zur Produktion leisten und eine proportionale Erhöhung beider Faktoren den Output im gleichen Verhältnis steigert. Steigt die Produktivität, kann mit denselben Inputs mehr Output erzeugt werden. (Quelle: Mankiw, N. G. (2024), *Macroeconomics*, 12. Aufl., Macmillan/Worth Publishers).

Extremalquotient – Verhältnis des Operationsindex am 95. und 5. Perzentil der Operationshäufigkeit. (Quelle: Nolting et al., 2011).

Fortgeschrittene Volkswirtschaften – Es existiert keine allgemeingültige Abgrenzung zwischen fortgeschrittenen Volkswirtschaften und Schwellen- und Entwicklungsländern. Im April 2025 klassifiziert der IWF 41 Staaten als fortgeschrittene Volkswirtschaften (IWF WEO April 2025). Eine Abgrenzung kann sich an ökonomischen Indikatoren wie etwa einem hohen BIP pro Kopf, dem Export von diversifizierten Gütern und Dienstleistungen sowie einer größeren Integration in das globale Finanzsystem orientieren.

tieren. Die restlichen Staaten werden als Schwellen- und Entwicklungsländer klassifiziert. (Quelle: Internationaler Währungsfonds).

Kapitaldeckungsverfahren – Finanzierungsverfahren, bei dem Beiträge individuell angespart und am Kapitalmarkt angelegt werden, sodass die späteren Leistungen aus diesem aufgebauten Kapitalstock finanziert werden. (Quelle: Gabler Wirtschaftslexikon).

Morbidität – Maß für die Häufigkeit von Erkrankungen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums. (Quelle: AOK).

OPEC – Abkürzung für Organization of the Petroleum Exporting Countries, deutsch Organisation Erdöl exportierender Staaten, am 14. September 1960 in Bagdad von Irak, Iran, Kuwait, Saudi-Arabien und Venezuela gegründete Organisation, um eine gemeinsame Erdölpolitik zu betreiben und das Preisdiktat der multinationalen Erdölgesellschaften zu durchbrechen. Die OPEC-Staaten kooperieren zudem mit Staaten, die nicht formal der Organisation angehören, wie etwa Russland oder Mexiko. Diese Kooperation wird häufig mit OPEC+ bezeichnet. (Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung).

Subsidiaritätsprinzip – Prinzip, nach dem staatliche oder gesellschaftliche Unterstützung erst dann eingreift, wenn Einzelpersonen, Familien oder andere vorrangig zuständige Einrichtungen eine Aufgabe oder Notlage nicht selbst bewältigen können. In der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) bedeutet dies, dass Unterstützung und Pflege zunächst durch die betroffene Person selbst oder ihr persönliches Umfeld erfolgen sollen. Leistungen der SPV greifen hierbei ergänzend ein. (Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung und eigene Definition).

Schwellen- und Entwicklungsländer – siehe fortgeschrittene Volkswirtschaften.

Telematikinfrastruktur – Die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglicht den einrichtungsübergreifenden Austausch von behandlungsnotwendigen medizinischen Daten (Patientendaten) und Informationen unter den (berechtigten) Beteiligten im Gesundheitswesen. (Quelle: Verband der Ersatzkassen)

Umlageverfahren – Verfahren zur Finanzierung von Versicherungen, insbesondere von Sozialversicherungen, durch kostendeckende Verwendung laufender Einnahmen für laufende Ausgaben bei begrenzter Bildung von Rücklagen. (Quelle: Duden).



FRÜHJAHRSGUTACHTEN 2026

1. Hohe Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung
2. Sozialversicherungen unter Reformdruck
3. Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgabenanstieg dämpfen, Einnahmen stabilisieren
4. Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren

1. Im Frühjahr 2026 steht die deutsche Volkswirtschaft, nach einer anhaltend schwachen Entwicklung seit dem Jahr 2019, infolge der jüngsten geopolitischen Entwicklungen unter verstärktem Anpassungsdruck. ↘ ZIFFERN 10 UND 13 Der Iran-Krieg und der dadurch ausgelöste starke Anstieg der Rohöl- und Gaspreise sowie die US-Handelspolitik belasten die konjunkturelle Entwicklung. **Für Deutschland ist die mit den hohen Energiepreisen verbundene Verschlechterung der Terms of Trade mit einer Verringerung der Kaufkraft verbunden.** ↘ ZIFFER 60 Die seit sieben Jahren anhaltende Schwäche der deutschen Wirtschaft ist nicht nur konjunkturell bedingt, sondern hat auch strukturelle Ursachen. Dazu zählt neben der sinkenden Wettbewerbsfähigkeit deutscher Industriegüter auf dem Weltmarkt auch die demografische Entwicklung.
2. **Der demografische Wandel verringert perspektivisch nicht nur das potenzielle Arbeitsvolumen, sondern verursacht auch eine deutliche Steigerung der Beiträge zu den Sozialversicherungen,** insbesondere in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. ↘ ABBILDUNG K3 LINKS Die beitragspflichtigen Einnahmen wachsen langsamer als die Ausgaben dieser Sozialversicherungen. Der Anstieg der Sozialversicherungsbeitragssätze beeinflusst zudem die makroökonomische Entwicklung. Höhere Beitragssätze verringern die Nettoeinkommen der privaten Haushalte und dämpfen Konsum und Erwerbsanreize. ↘ ZIFFERN 140 FF. Zugleich erhöhen sie die Arbeitskosten der Unternehmen und belasten damit Beschäftigung und Investitionen. Besonders groß ist der Kostendruck schon jetzt in der Kranken- und Pflegeversicherung. ↘ ZIFFERN 193 FF. UND 304 FF.
3. Im Jahresgutachten 2023 hat der Sachverständigenrat Wirtschaft bereits Reformationen für die Gesetzliche Rentenversicherung entwickelt und diskutiert. Im Frühjahrsgutachten 2026 richtet der Sachverständigenrat den Blick vor allem auf die Kranken- und Pflegeversicherung. Im Fokus steht daher neben den kurzfristigen Aussichten für Wachstum und Inflation auch die Frage, wie stark der bis zum Jahr 2040 unter Fortschreibung der geltenden Rechtslage absehbare Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes auf fast 50 % die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigt, und wie er sich **abmildern** lässt. ↘ ABBILDUNG K1

➤ ABBILDUNG K1

Im Frühjahrsgutachten 2026 diskutierte **Herausforderungen**, **Ziele** und **Maßnahmen**

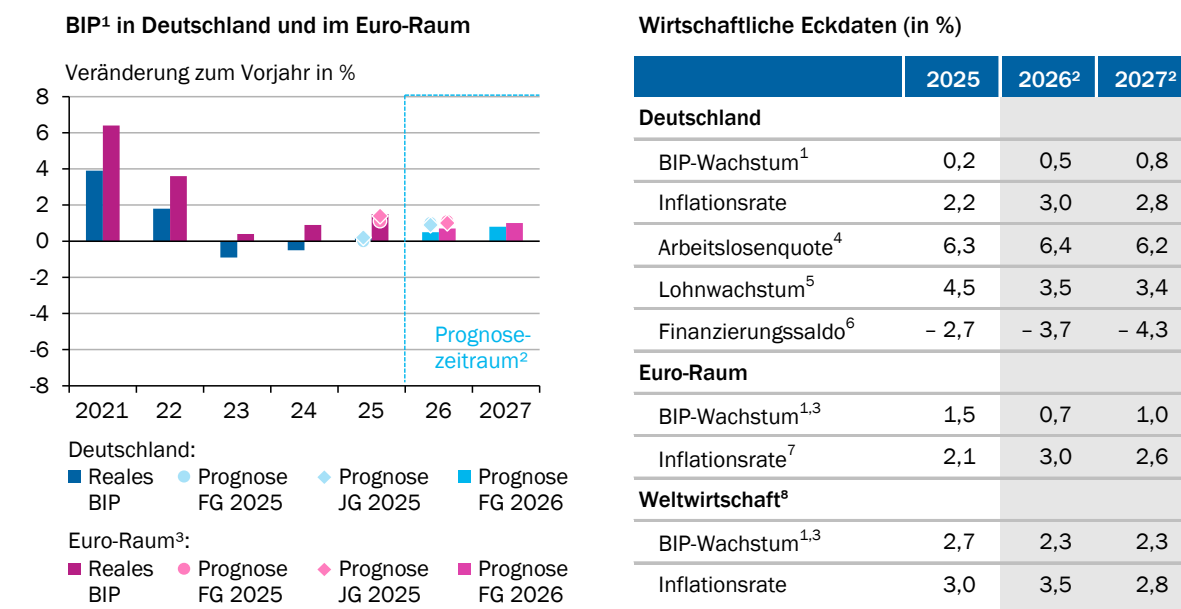
Demografie erhöht Finanzierungsdruck auf Sozialversicherungen		
<p>Ausgabenanstieg dämpfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anstieg der Renten in der GRV dämpfen, etwa durch Stärkung des Nachhaltigkeitsfaktors, und kapitalgedeckte Altersvorsorge ausbauen ↳ ZIFFERN 146 F., (JG 2023 Ziffern 421 ff.) • Ineffizienzen in der GKV abbauen, ohne die Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen zu beeinträchtigen ↳ ZIFFER 155 • Teilversicherung in der SPV beibehalten und zielgenauer ausgestalten ↳ ZIFFER 149 	<p>Bemessungsgrundlage stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung des Arbeitsvolumens, u. a. durch längere Erwerbsphase, Abschaffung des Ehegattensplittings und von Minijobs ↳ ZIFFER 159 • Produktivitätswachstum durch Reformen stärken ↳ ZIFFER 160 	<p>Finanzierung von Versicherungsleistungen und gesamtgesellschaftlichen Aufgaben trennen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit nicht beitragsgedeckter Leistungen prüfen ↳ ZIFFER 152 • Vollständige Steuerfinanzierung nicht beitragsgedeckter Leistungen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ↳ ZIFFER 152
Gesetzliche Krankenversicherung: Hoher Ausgabenanstieg führt zu steigenden Beitragssätzen		
<p>Effizienz der Gesundheitsausgaben verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausversorgung reformieren, hin zu mehr Spezialisierung, klar überprüfbaren Qualitätsvorgaben und einer geringeren Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen ↳ ZIFFERN 250 FF. • Ambulante Versorgung zur Vermeidung stationärer Behandlungen ausbauen ↳ ZIFFER 254 • Bepreisung innovativer Arzneimittel konsequenter am therapeutischen Zusatznutzen orientieren ↳ ZIFFER 256 	<p>Prävention gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel ↳ ZIFFERN 239 FF. • Verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen einführen; Werbung für gesundheitsschädliche Produkte einschränken ↳ ZIFFERN 239 FF. 	<p>Einnahmen stabilisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Reform der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern Erwerbsanreize für Zweitverdienende erhöhen ↳ ZIFFERN 259 F. • Bundeszuschuss für nicht beitragsgedeckte Leistungen dynamisieren ↳ ZIFFER 258 • Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten in die GKV prüfen ↳ ZIFFER 263
Soziale Pflegeversicherung: Demografische Alterung belastet Generationengerechtigkeit		
<p>Zielgenauigkeit verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwellenwerte für Pflegeeinstufung auf fachlich empfohlene Werte erhöhen ↳ ZIFFERN 339 F. • Leistungen, die nicht zielgenau sind, wie Leistungszuschlag und Entlastungsbetrag, abschaffen ↳ ZIFFERN 349 UND 342 	<p>Eigenverantwortung bei der Finanzierung von Pflege erhöhen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkerer Einsatz von Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Pflege ↳ ZIFFERN 343 FF. • Zielgenaue Unterstützung von Härtefällen durch bedarfsgeprüftes Pflegewohngeld oder die „Hilfe zur Pflege“ ↳ ZIFFER 351 • Eigenanteile durch regelgebundene Dynamisierung der Leistungen der SPV begrenzen und planbar machen ↳ ZIFFER 352 	<p>Intergenerationelle Verteilungskonflikte entschärfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kohortenspezifische Kapitaldeckung einführen ↳ ZIFFERN 357 FF. • Langfristig orientierte Anlagestrategie mit breiter internationaler Diversifizierung und einem höheren Anteil an Aktien umsetzen ↳ ZIFFERN 309 FF. • Einzahlungen in den vorhandenen Pflegevorsorgefonds stoppen und zur Teilfinanzierung der älteren Pflegekohorten nutzen ↳ ZIFFER 361

1. Hohe Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung

- Die Weltwirtschaft hat sich im vergangenen Jahr robust entwickelt – trotz der seit mehr als einem Jahr erhöhten handelspolitischen Unsicherheit. **Im Prognosezeitraum dürften die protektionistische US-Handelspolitik** ↘ ZIFFER 13 **und die infolge des Iran-Kriegs stark gestiegenen Preise fossiler Energieträger** ↘ ZIFFER 10 **die Weltkonjunktur allerdings dämpfen.** Der Sachverständigenrat rechnet für die Jahre 2026 und 2027 mit einem Wachstum des globalen Bruttoinlandsprodukts (BIP) von jeweils 2,3 %. Daher dürften die deutschen Exporte im Prognosezeitraum nur schwach zunehmen. ↘ ZIFFER 57 Zugleich nimmt der Wettbewerbsdruck auf den Weltmärkten zu. China tritt zunehmend als Wettbewerber für Industrieprodukte auf ↘ ZIFFER 42 und hat seine Warenexporte nach Europa, dem wichtigsten Absatzmarkt deutscher Exporte, im Jahr 2025 erneut gesteigert.
- Die deutsche Wirtschaft entwickelt sich schwach.** Im Jahr 2025 hat die Wirtschaftsleistung nach zwei Rezessionsjahren kaum zugenommen. ↘ ZIFFER 35 Die Warenexporte sind das dritte Jahr in Folge gesunken, ↘ ZIFFER 56 die privaten Investitionen waren rückläufig, ↘ ZIFFER 52 und die Produktion im Verarbeitenden Gewerbe stagnierte. ↘ ZIFFER 40 Der stark gestiegene Ölpreis dürfte im Jahr 2026 eine Verschlechterung der Terms of Trade für Deutschland bedeuten. ↘ ZIFFERN 39 UND 60 Das senkt die Kaufkraft der privaten Haushalte und damit den privaten

↘ ABBILDUNG K2

Konjunktureller Ausblick für Deutschland und Europa



1 – Preisbereinigt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Werte basieren auf saison- und kalenderbereinigten Quartalswerten. Prognosen FG 2025, JG 2025 ohne Bulgarien. 4 – Registriert Arbeitslose in Relation zu allen zivilen Erwerbspersonen. 5 – Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter (Inlandskonzept) je Arbeitnehmerstunde. 6 – In Relation zum nominalen BIP; Gebietskörperschaften und Sozialversicherung in Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. 7 – Veränderung des Harmonisierten Verbraucherpreisindex. 8 – Aggregation gemäß der Gewichte in Tabelle 1.

Quellen: Eurostat, nationale Statistikämter, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-100-01

Konsum. Höhere Produktionskosten belasten die Unternehmen und reduzieren die Investitionsnachfrage. Stützend wirken im Prognosezeitraum hingegen die – aus dem im März 2025 beschlossenen – Finanzpaket finanzierten öffentlichen Ausgaben, ↘ ZIFFER 45 die die öffentlichen Tiefbau- und Ausrüstungsinvestitionen steigern werden. ↘ ZIFFER 53 Auch die Frühindikatoren im privaten Wohnungsbau deuten zuletzt auf eine Expansion hin.

6. **Der Sachverständigenrat erwartet, dass das deutsche BIP im Jahr 2026 preisbereinigt um 0,5 % ansteigen wird.** ↘ ABBILDUNG K2 Damit revidiert er seine Prognose gegenüber dem Jahresgutachten 2025 um 0,4 Prozentpunkte nach unten. Diese Revision ist vor allem auf die Auswirkungen des Iran-Kriegs zurückzuführen. ↘ ZIFFER 10 Für das Jahr 2027 rechnet der Sachverständigenrat mit einem BIP-Wachstum von 0,8 %. Die Verbraucherpreisinflation dürfte im Jahr 2026 durchschnittlich 3,0 % und im Jahr 2027 durchschnittlich 2,8 % betragen. Die Kerninflation dürfte bei 2,4 % im Jahr 2026 und bei 2,9 % im Jahr 2027 liegen. Abwärtsrisiken für die Prognose des deutschen BIP bestehen insbesondere in einer längeren Dauer und gravierenderen Auswirkungen des Iran-Kriegs als erwartet.

2. Sozialversicherungen unter Reformdruck

7. Die Sozialversicherungen, bestehend aus Arbeitslosen-, Unfall-, Renten- (GRV), Kranken- (GKV) und Pflegeversicherung (SPV), bilden die zentrale Säule der sozialen Sicherung in Deutschland. Sie sichern private Haushalte gegen wesentliche Lebens- und Erwerbsrisiken ab. Die Summe der Beitragssätze, die für alle Sozialversicherungen auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten erhoben werden („Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz“), beträgt 42,3 % im Jahr 2026. **Dieser Beitragssatz dürfte in den kommenden Jahrzehnten aufgrund des demografischen Wandels substantiell steigen.** Simulationen des Sachverständigenrates legen einen Anstieg auf 45,4 % im Jahr 2030 nahe. ↘ ABBILDUNG K3 LINKS Bis zum Jahr 2040 steigt der Beitragssatz auf 49,7 %. Auch danach setzt sich der Anstieg fort, wenngleich langsamer. ↘ ZIFFER 109

Die Simulationen zeigen weiterhin, dass jüngere Geburtsjahrgänge über ihr Erwerbsleben hinweg einen deutlich höheren Anteil ihres Lebenserwerbseinkommens für Sozialversicherungsbeiträge aufwenden müssen als ältere Jahrgänge. ↘ ZIFFER 112 Die steigenden Beiträge verschieben damit – in Kombination mit der derzeitigen schuldenfinanzierten Fiskalpolitik – Lasten auf heute jüngere und ungeborene Generationen. Vor diesem Hintergrund verschärfen sich sowohl intergenerationelle Verteilungskonflikte als auch der Zielkonflikt zwischen einem angemessenen Leistungsniveau und einer langfristig tragfähigen Finanzierung deutlich.

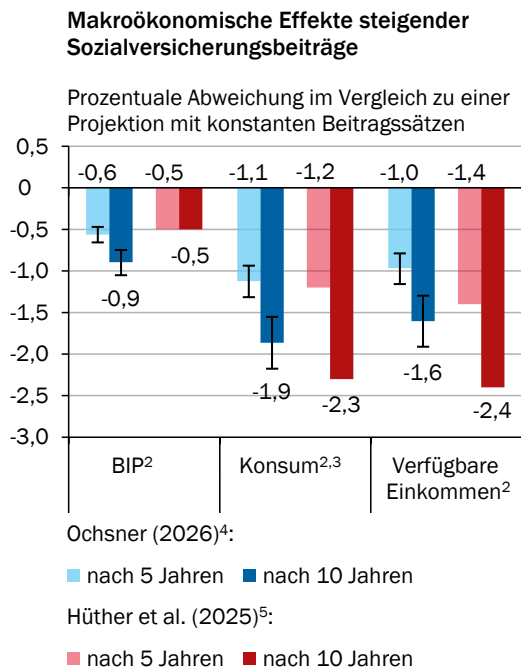
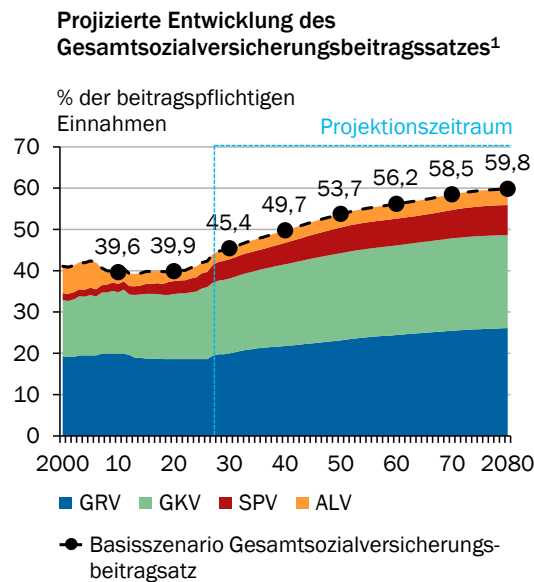
8. Bereits heute ist die Abgabenbelastung auf Arbeitseinkommen in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch. Anhaltend steigende Sozialversicherungsbeitragssätze vergrößern den Abstand zwischen den Nettolöhnen der privaten Haushalte und den Arbeitskosten der Unternehmen. ↘ ZIFFER 113 Für private Haushalte verringert dies die verfügbaren Einkommen, was den privaten Konsum und die Erwerbsanreize dämpft. Für Unternehmen steigen die Arbeitskosten, was Arbeitsnachfrage und Investitionen belastet. ↘ ZIFFER 140 **Daher ist zu erwarten, dass der steigende Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz das BIP bis zum Jahr 2035 im Vergleich zu einer Entwicklung bei konstantem Beitragssatz in der Größenordnung von 0,5 bis 0,9 % dämpft.** ↘ ZIFFER 142

↘ ABBILDUNG K3 RECHTS

9. **Um den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen, kommt es darauf an, den Ausgabenanstieg zu verlangsamen und die Einnahmenseite zu stabilisieren.** ↘ ZIFFER 144 So sollten Reformen den demografisch bedingten Ausgabendruck insbesondere in der GRV abmildern. ↘ ZIFFER 146 Zur Stärkung der Einnahmenseite können Maßnahmen helfen, die eine Erhöhung des Arbeitsvolumens bewirken, wie z. B. eine längere Erwerbsphase, eine höhere Erwerbsbeteiligung und bessere Anreize zur Ausweitung der Arbeitszeit. ↘ ZIFFER 159 Die nachhaltige Stärkung der Bemessungsgrundlage erfordert Reformen zur Steigerung des Produktivitätswachstums. ↘ ZIFFER 160 Eine von manchen Seiten vorgeschlagene Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten wäre für Versicherungsbranche mit Lohnersatzfunktion wenig sachgerecht. ↘ ZIFFER 151

↘ ABBILDUNG K3

Projizierte Beitragssatzentwicklung und gesamtwirtschaftliche Effekte



1 – GRV-Gesetzliche Rentenversicherung, GKV-Gesetzliche Krankenversicherung, SPV-Soziale Pflegeversicherung, ALV-Arbeitslosenversicherung. Angaben für GKV und SPV inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge bzw. Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl. 2 – In Preisen des Jahres 2020. 3 – Nur privater Konsum. 4 – Dargestellt sind die Mediane mit 90 %-Konfidenzintervall. 5 – Keine Unsicherheitsmaße angegeben.

Quellen: BA, BMAS, BMF, BMG, DRV, Hüther et al. (2025), Ochsner (2026), SIM.24, Statistisches Bundesamt
 © Sachverständigenrat | 26-141-01

Nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) sollten steuerfinanziert werden, wenn sie klar begründete gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllen. Zugleich ist zu prüfen, ob einzelne NBL sachlich gerechtfertigt sind. ↘ ZIFFERN 154 F.

↘ ANDERE MEINUNG ZIFFERN 161 FF.

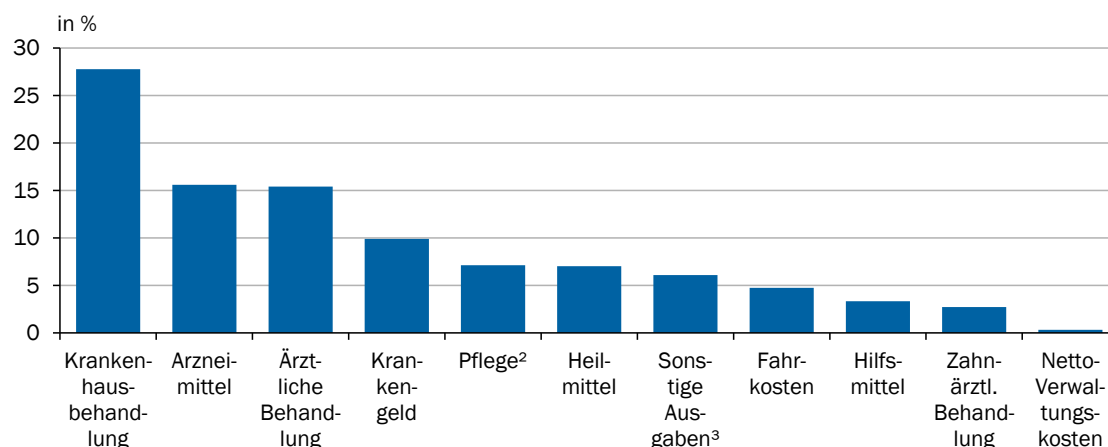
3. Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgabenanstieg dämpfen, Einnahmen stabilisieren

10. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland soll einen verlässlichen Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung sicherstellen und Betroffene vor finanzieller Überforderung durch hohe Behandlungskosten schützen. Rund 90 % der Bevölkerung sind in der GKV versichert. Die GKV wird solidarisch über einkommensabhängige Beiträge im Umlageverfahren finanziert und gewährt Leistungen unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko. ↘ ZIFFERN 189 FF. Die Private Krankenversicherung (PKV) erhebt einkommensunabhängige Beiträge, die risikobasiert kalkuliert und teilweise für eine Kapitaldeckung höherer Gesundheitskosten im Alter angespart werden. ↘ ZIFFERN 203 FF. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland zählen mit 11,7 % des BIP zu den höchsten im europäischen Vergleich. ↘ ZIFFER 210 Indikatoren der Versorgungseffizienz zeigen, dass **Deutschland trotz dieser hohen Ausgaben bei zentralen Gesundheitsindikatoren lediglich im Bereich des OECD-Durchschnitts liegt.** ↘ ZIFFER 215
11. Die Ausgaben in der GKV sind zwischen 2005 und 2025 preisbereinigt um rund 64 % gestiegen. ↘ ZIFFER 193 Im selben Zeitraum sind die beitragspflichtigen Einnahmen preisbereinigt lediglich um knapp 31 % angestiegen. Zur Deckung der Ausgaben wurde der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV daher in diesem Zeitraum von 14,2 % auf 17,1 % erhöht. Im Jahr 2026 dürfte er 17,5 % betragen. ↘ ZIFFER 195 Der Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes ist deshalb wesentlich vom Beitragssatzanstieg der GKV verursacht. **Unter dem geltenden Recht wird der durchschnittliche GKV-Beitragssatz bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf 19,8 % ansteigen.**

Der Ausgabenanstieg in der GKV ist zum einen auf allgemeine wirtschaftliche, gesellschaftliche und technologische Trends zurückzuführen. Hierzu zählen die demografische Alterung, ↘ ZIFFER 217 das Einkommenswachstum, ↘ ZIFFER 218 die Verbreitung gesundheitsschädlicher Lebensstile ↘ ZIFFER 219 sowie der medizinisch-technische Fortschritt. ↘ ZIFFERN 221 F. Zum anderen tragen auch institutionelle Faktoren des deutschen Gesundheitssystems dazu bei, insbesondere Moral-Hazard-Effekte infolge der weitgehenden Vollversicherung und begrenzte Steuerungsinstrumente auf der Leistungsseite. Besonders stark stiegen zuletzt die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel. ↘ ABBILDUNG K4

➤ **ABBILDUNG K4**

Anteil der Ausgaben am Gesamtanstieg der GKV-Ausgaben im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2025¹



1 – Werte für das Jahr 2025 auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse. 2 – Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege. 3 – Reha und Vorsorge, Früherkennungsmaßnahmen, Schwangerschaft/Mutterschaft und sonstige Ausgaben.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-139-01

- 12. In der GKV sollte der Ausgabenanstieg begrenzt werden, indem die verfügbaren Mittel weniger ineffizient eingesetzt werden.** Im Krankenhausbereich bieten Reformen, die auf eine höhere Spezialisierung, klare Qualitätsvorgaben und eine geringere Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen abzielen, erhebliche Potenziale zur Verringerung der Ineffizienz. ➤ **ZIFFERN 250 FF.** Zudem könnte der Anstieg der Arzneimittelausgaben gedämpft werden, indem die Bepreisung innovativer Arzneimittel konsequent am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet wird. ➤ **ZIFFER 256** Höhere allgemeine Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen der Versicherten reduzieren können. ➤ **ZIFFERN 244 FF.** Um den Ausgabenanstieg langfristig abzumildern, sollte die im europäischen Vergleich schwach ausgeprägte Gesundheitsprävention in Deutschland durch verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen, Einschränkungen von Werbung z. B. für gesundheitsschädliche Produkte sowie durch höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel gestärkt werden. ➤ **ZIFFERN 239 FF.**

Reformen zur Steigerung der Einnahmen können ergänzend zur Stabilisierung der GKV beitragen, ersetzen jedoch nicht die notwendigen strukturellen Anpassungen auf der Ausgabenseite. Die Belastung der GKV durch NBL könnte entweder durch eine Erhöhung der Bundeszuschüsse oder eine Verringerung dieser Leistungen gesenkt werden. ➤ **ZIFFER 258** Hierzu kann auch eine Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von nicht kindererziehenden Ehepartnerinnen und Ehepartnern die GKV beitragen. Gleichzeitig würde dies die Erwerbsanreize von Zweitverdienenden erhöhen. ➤ **ZIFFERN 259 F.** Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte die Einnahmenbasis der GKV verbreitern, zugleich jedoch Ausweichreaktionen in die PKV auslösen. Durch eine Einbeziehung von

Beamtinnen und Beamten könnte die Finanzierung der GKV gestärkt werden.

↘ ZIFFERN 262 F.

4. Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren

13. Pflegebedürftigkeit ist ein elementares Lebensrisiko. Sie ist mit erheblichen organisatorischen und finanziellen Belastungen für Betroffene und ihre Angehörigen verbunden. In Deutschland waren im Jahr 2024 rund sechs Millionen Menschen nach der Definition des Sozialrechts pflegebedürftig. ↘ ZIFFERN 281 FF. **Die pflegerische Versorgung erfolgt in einem Mix aus informeller, ambulanter und stationärer Pflege.** ↘ ZIFFERN 287 FF. Rund 70 % der Pflegebedürftigen werden zuhause durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt. Die informelle Pflege wird überwiegend von Personen im erwerbsfähigen Alter und dabei vor allem von Frauen geleistet. ↘ ZIFFER 288

Im Jahr 1995 wurde die umlagefinanzierte SPV eingeführt. Sie ist als Teilversicherung ausgestaltet, d. h. sie übernimmt einen Teil der Pflegekosten. ↘ ZIFFERN 296 FF. Den verbleibenden Teil müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Aufgrund der Lohnsteigerungen im Pflegesektor sind die Eigenanteile in der stationären Versorgung, die rund 17 % der Pflegebedürftigen betrifft, in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. ↘ ZIFFERN 312 FF. Sie müssen aus Einkommen und Vermögen oder durch private Zusatzvorsorge finanziert werden. ↘ ZIFFERN 315 FF. Reichen diese Mittel nicht aus, besteht Anspruch auf bedarfsgeprüfte Sozialhilfe in Form der „Hilfe zur Pflege“. ↘ ZIFFER 320

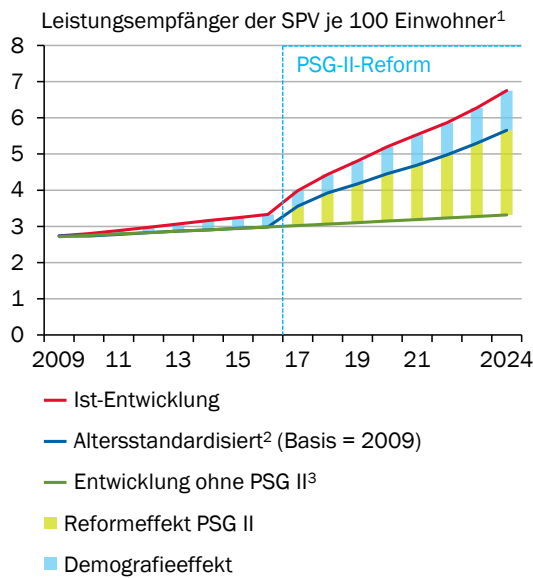
14. Die Ausgaben der SPV sind insbesondere seit dem Jahr 2017 stark gestiegen. ↘ ZIFFERN 304 FF. Verantwortlich hierfür ist vor allem das 2. Pflegestärkungsgesetz (PSG II), das sowohl den Zugang zu Leistungen der SPV vereinfacht als auch den Umfang der Leistungen ausgeweitet hat. ↘ ABBILDUNG K5 LINKS Der Ausgabenanstieg hat in der Folge zu höheren Beitragssätzen geführt, während die demografische Alterung bislang nur in begrenztem Maße zum Ausgabenanstieg beigetragen hat. Sie dürfte künftig aber zum maßgeblichen Treiber werden. ↘ ZIFFERN 327 FF. Mit dem wachsenden Anteil von Menschen in hohem Alter steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen und damit die Anzahl der Leistungsempfangenden. Gleichzeitig sinkt der Anteil der Personen im Erwerbsalter, sodass die beitragspflichtigen Einnahmen nicht im gleichen Maße Schritt halten können. Daraus ergibt sich ein **strukturelles Finanzierungsproblem der umlagefinanzierten SPV**, das langfristig zu weiter steigenden Beitragssätzen führen dürfte. ↘ ZIFFER 307
15. Bisherige Reformen der SPV zielten vor allem auf eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung ab. Künftige Reformen sollten die Finanzierung generationengerechter gestalten sowie eine bedarfsgerechte Versorgung und die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen berücksichtigen. Dabei ist der Zielkonflikt zwischen Umfang der Leistungen, Höhe des Beitragssatzes und Höhe der Eigenanteile zu lösen. Dies kann eine einzelne Maßnahme nicht leisten, vielmehr ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig.

16. Zur Begrenzung des Ausgabenwachstums sollte der Zugang zu Leistungen der SPV restriktiver ausgestaltet werden. Dafür sollte der im Jahr 2013 neu gefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff überprüft und stärker an fachlichen Empfehlungen ausgerichtet werden. Dies würde die Anzahl der Pflegebedürftigen reduzieren und zugleich den durchschnittlichen Pflegegrad senken. ↘ ZIFFER 339 Zudem sollten wenig zielgenaue Leistungen reduziert werden. Dies betrifft insbesondere den Leistungszuschlag in der stationären Versorgung ↘ ZIFFERN 349 FF. sowie den Entlas-

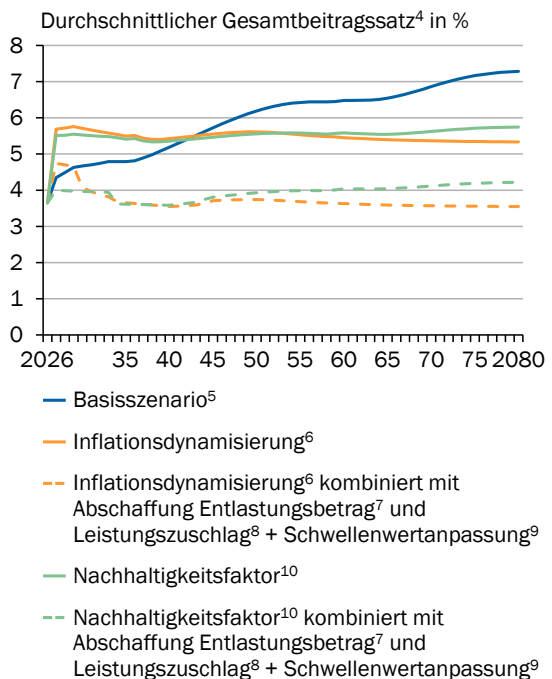
↘ ABBILDUNG K5

Effekte vergangener und künftiger Reformen in der SPV

Einfluss der PSG-II-Reform auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit



Entwicklung des durchschnittlichen Gesamtbeitragssatzes⁴ zur SPV (Umlagebeitragssatz + Zusatzbeitragssatz)



1 – Ab dem Jahr 2011: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011, ab dem Jahr 2022: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2022. 2 – Als Basis für die Altersstandardisierung wurde das Jahr 2009 zugrunde gelegt. 3 – Als Basis dient die altersstandardisierte Zeitreihe, die ab dem Jahr 2017 mit dem linearen Trend der Jahre 2009 bis 2016 fortgeschrieben wird. 4 – Gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Gesamtbeitragssätze mit der Kohortenstärke (Anzahl der Versicherten je Altersjahr) als Gewicht. 5 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 6 – Kohortenspezifische Kapitaldeckung mit Inflationsdynamisierung. 7 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen. 8 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI. 9 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 10 – Kohortenspezifische Kapitaldeckung mit Lohndynamisierung und Nachhaltigkeitsfaktor. Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-142-01

tungsbetrag, [↘ ZIFFERN 342 FF.](#) auf die im Jahr 2025 rund 15 % der Gesamtausgaben der SPV entfielen. Eine Orientierung der Leistungsdynamisierung an der Kostenentwicklung, die im Wesentlichen durch die Lohnentwicklung bestimmt ist, würde zwar das Leistungsniveau langfristig stabilisieren und steigenden Eigenanteilen entgegenwirken, sie würde aber die Beitragssätze deutlich erhöhen. Die daraus entstehende finanzielle Belastung träfe vor allem jüngere Generationen und würde intergenerationelle Verteilungskonflikte verschärfen. [↘ ZIFFER 112](#) Um das Leistungsniveau der SPV zu stabilisieren und die Finanzierung generationengerechter auszugestalten, sollte daher eine kohortenspezifische Kapitaldeckung innerhalb der SPV eingeführt werden. [↘ ZIFFERN 354 FF.](#) [↘ ABBILDUNG K5 RECHTS](#) Wird die kohortenspezifische Kapitaldeckung mit den vorgeschlagenen Reformen zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs kombiniert, würde der Beitragssatz langfristig annähernd auf dem aktuellen Niveau stabilisiert werden.

[↘ ANDERE MEINUNG ZIFFERN 363 FF.](#)



HOHE ENERGIEPREISE BREMSEN DIE KONJUNKTURELLE ERHOLUNG

I. Kurzfassung

II. Internationale Konjunktur

1. Gestiegene Energiepreise bremsen Weltwirtschaft
2. Höhere Energiepreise treiben Verbraucherpreise weltweit
3. Risiken: Anhaltend hohe Energiepreise und Störung der Lieferketten

III. Deutschland

1. Realwirtschaft: Konjunkturelle Erholung unter erschwerten Bedingungen
2. Inflation nimmt energiepreisbedingt zu
3. Demografischer Wandel prägt den Arbeitsmarkt
4. Expansiver Kurs der Fiskalpolitik
5. Risiken: Anhaltend erhöhte Energiepreise und protektionistische US-Handelspolitik
6. Produktionspotenzial: Investitionen als Stütze, Demografie als Belastung

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

- ↘ Die durch den Iran-Krieg stark gestiegenen Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung in Deutschland und führen zu einem deutlichen Anstieg der Verbraucherpreise.
- ↘ Das Wachstum des deutschen Bruttoinlandsprodukts wird im Prognosezeitraum in großen Teilen durch steigende öffentliche Ausgaben getrieben.
- ↘ Der Sachverständigenrat erwartet einen preisbereinigten Anstieg des deutschen Bruttoinlandsprodukts von 0,5 % im Jahr 2026 und von 0,8 % im Jahr 2027. Für die Verbraucherpreis-inflation erwartet er einen jahresdurchschnittlichen Anstieg von 3,0 % bzw. 2,8 %.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Mit dem Ausbruch des Iran-Kriegs am 28. Februar 2026 haben sich die Rahmenbedingungen für die Weltwirtschaft verschlechtert. Der erhebliche negative Energieangebotschock hat seit März 2026 zu einem starken Anstieg der Energiepreise geführt. Dadurch dürfte sich die Verbraucherpreis-inflation deutlich erhöhen. Gemäß den derzeitigen Erwartungen an den Terminmärkten dürfte der Preis für Rohöl zwar wieder sinken, im Prognosezeitraum aber erhöht bleiben. Der Welt-handel dürfte im Jahr 2026 nur gedämpft wachsen. Der Sachverständigenrat erwartet eine Ver-langsamung des globalen BIP-Wachstums auf je 2,3 % in den Jahren 2026 und 2027. Die globa-len Verbraucherpreise dürften in den Jahren 2026 und 2027 um 3,5 % bzw. 2,8 % steigen.

Der Energieangebotschock dämpft die konjunkturelle Erholung im Euro-Raum. Das Verbrau-chervertrauen hat sich im März und April 2026 vor diesem Hintergrund deutlich eingetrübt. Hinzu kommt die weiterhin sprunghafte US-Handelspolitik. Zwar ist der effektive Zollsatz auf Warenex-porte der Europäischen Union in die USA infolge des Urteils des Supreme Courts der USA leicht gesunken. Die handelspolitische Unsicherheit bleibt jedoch hoch. Das BIP im Euro-Raum dürfte im Jahr 2026 und im Jahr 2027 um 0,7 % bzw. 1,0 % zulegen. Die Verbraucherpreise werden im Jahr 2026 und im Jahr 2027 voraussichtlich um 3,0 % bzw. 2,6 % steigen.

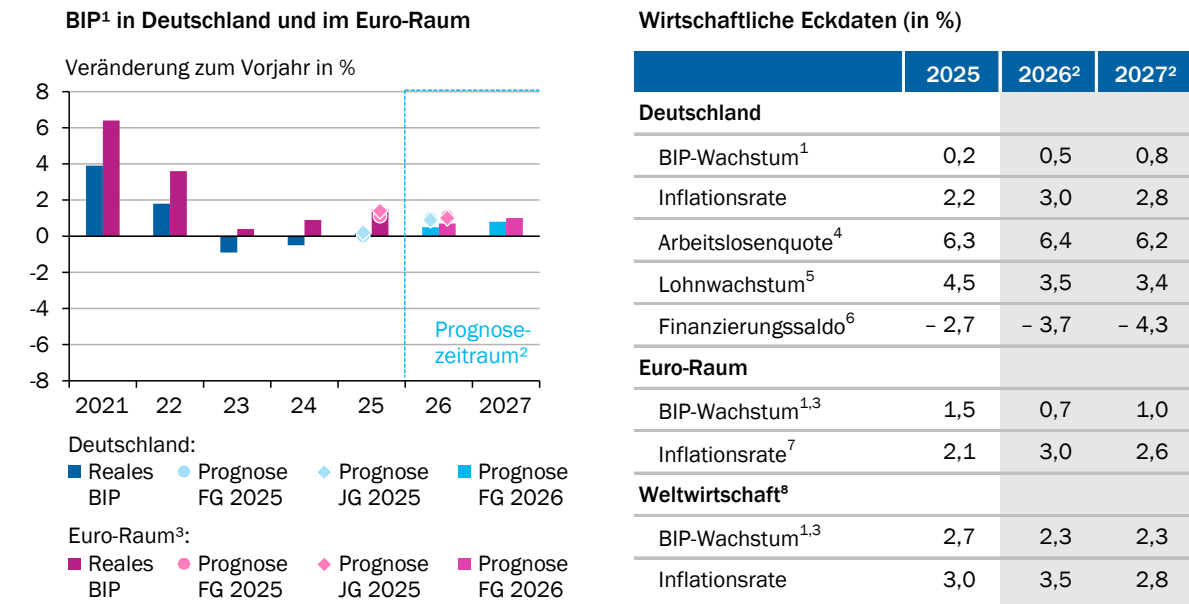
Die hohen Energiepreise bremsen die konjunkturelle Erholung in Deutschland. Das BIP-Wach-s-tum dürfte sich im laufenden Jahr nur leicht gegenüber dem Vorjahr beschleunigen. Die stark erhöhten Energiepreise werden das Wachstum der privaten Konsumausgaben im Prognosezeit-raum gegenüber dem Jahr 2025 deutlich dämpfen. Die privaten Ausrüstungsinvestitionen dürften im Jahr 2026 erneut gegenüber dem Vorjahr sinken, während die privaten Wohnbauinvestitionen leicht expandieren. Die Infrastruktur- und Verteidigungsausgaben im Rahmen des Finanzpakets dürften das BIP-Wachstum im Prognosezeitraum spürbar erhöhen. Zudem dürfte der Staatskon-sum kräftig expandieren. Der Sachverständigenrat erwartet ein Wachstum des deutschen BIP von 0,5 % im Jahr 2026 und von 0,8 % im Jahr 2027. Für die Verbraucherpreise wird ein Anstieg um 3,0 % im Jahr 2026 und von 2,8 % im Jahr 2027 erwartet.

I. KURZFASSUNG

- Der Sachverständigenrat rechnet für Deutschland im **Jahr 2026** mit einem **preisbereinigten Anstieg des Bruttoinlandsprodukts (BIP) um 0,5 %**. [↪ ABBILDUNG 1](#) Damit liegt die Wachstumsprognose um 0,4 Prozentpunkte unter der Prognose im Jahresgutachten 2025. Für das Jahr **2027** zeichnet sich ein BIP-Wachstum von **0,8 %** ab. Die Inflation dürfte im Jahr 2026 durchschnittlich 3,0 % betragen und damit um 0,9 Prozentpunkte höher ausfallen als noch im Herbst 2025 prognostiziert. Im Jahr 2027 ist mit einer Inflationsrate von 2,8 % zu rechnen. Die Kerninflation dürfte 2,3 % im Jahr 2026 und 2,9 % im Jahr 2027 betragen.
- Die **deutsche Wirtschaft** befindet sich weiterhin in einer **Schwächephase**. Die Industrieproduktion ist im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2024 nochmals gesunken. Zudem war die Dienstleistungsproduktion in der 2. Jahreshälfte 2025 rückläufig. Im Januar hat sie sich jedoch zumindest kurzfristig erholt. Die Kapazitäten im Verarbeitenden Gewerbe und im Hochbau sind unterausgelastet. Durch den Iran-Krieg ist der Schiffsverkehr in der Straße von Hormus weitgehend zum Erliegen gekommen. In der Folge sind die Preise für fossile Energieträger und für andere Produkte wie Weizen und Düngemittel stark gestiegen. [↪ ZIFFERN 19 F](#). Dies wirkt dämpfend auf das BIP-Wachstum im Prognosezeitraum. Dennoch dürfte sich das BIP-Wachstum in den Jahren 2026 und 2027 gegenüber dem Jahr

↪ ABBILDUNG 1

Konjunktureller Ausblick für Deutschland und Europa



1 – Preisbereinigt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Werte basieren auf saison- und kalenderbereinigten Quartalswerten. Prognosen FG 2025, JG 2025 ohne Bulgarien. 4 – Registriert Arbeitslose in Relation zu allen zivilen Erwerbspersonen. 5 – Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter (Inlandskonzept) je Arbeitnehmerstunde. 6 – In Relation zum nominalen BIP; Gebietskörperschaften und Sozialversicherung in Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. 7 – Veränderung des Harmonisierten Verbraucherpreisindex. 8 – Aggregation gemäß der Gewichte in Tabelle 1.

Quellen: Eurostat, nationale Statistikämter, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-100-01

2025 erhöhen. Dies ist insbesondere auf die zu erwartenden **steigenden staatlichen Ausgaben** im Rahmen des im März 2025 verabschiedeten Finanzpakets zurückzuführen. [↪ ABBILDUNG 2](#) [↪ ZIFFER 45](#) Zudem sind die Frühindikatoren im Wohnbau leicht aufwärtsgerichtet. [↪ ZIFFER 53](#)

3. Das **globale BIP dürfte im Prognosezeitraum schwächer als im langjährigen Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2025 wachsen**. [↪ ZIFFER 17](#) Die faktische Blockade der Straße von Hormus hat die Energiepreise stark erhöht. Im Prognosezeitraum dürfte das die globale Verbraucherpreisinflation erhöhen und die globale Konjunktur abschwächen. [↪ ZIFFERN 10 UND 19](#) Die Europäische Zentralbank (EZB) dürfte auf die anziehende Inflation mit einer restriktiveren Geldpolitik reagieren, wodurch sich die Finanzierungsbedingungen im Euro-Raum verschlechtern würden. [↪ ZIFFER 28](#) Die protektionistische US-Handelspolitik, dürfte den weltweiten Warenhandel zusätzlich bremsen und das globale Wachstum dämpfen. [↪ ZIFFER 13](#) Für die Weltwirtschaft prognostiziert der Sachverständigenrat Zuwachsraten des globalen BIP von je 2,3 % in den Jahren 2026 und 2027 und damit eine Abschwächung der Weltkonjunktur.
4. Der starke **Anstieg der Energiepreise** infolge des Iran-Kriegs belastet die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland erheblich. Aufgrund steigender Kosten für fossile Energieträger und Vorleistungen erhöhen sich die Produktionskosten der Unternehmen. Dies schmälert die ohnedies rückläufige Industrieproduktion zusätzlich und hemmt die private Investitionstätigkeit. Gleichzeitig belastet die Abschwächung der globalen Konjunktur die deutsche Exportwirtschaft. Die Stimmung der deutschen Unternehmen hat sich deutlich verschlechtert. Der ifo Geschäftsklimaindex ist im April 2026 auf den niedrigsten Wert seit Mai 2020 gesunken (ifo Institut, 2026a). Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass die

[↪ ABBILDUNG 2](#)

Bestimmende Faktoren für die Prognose

	Ausgangslage	Prognosezeitraum	Risiken
Energiepreise	Energiepreise in Folge des Iran-Kriegs stark gestiegen	Energiepreissteigerungen erhöhen die Inflation deutlich und bremsen globales BIP-Wachstum	Angebotsengpässe stärker; Inflation höher als erwartet
Außenhandel	US-Handelspolitik nach Supreme Court-Urteil unsicher; Deutsche Exporte schwach	Unsicherheit bleibt hoch; Exporte stagnieren im Jahr 2026	Verschärfung der protektionistischen US-Handelspolitik
Fiskalpolitik	Ausgaben für Verteidigung nehmen zu	Öffentliche Infrastrukturinvestitionen und Ausgaben für Verteidigung nehmen zu	Preise für Infrastrukturinvestitionen steigen stärker als erwartet

Quelle: eigene Darstellung

© Sachverständigenrat | 26-125-01

höheren Energiepreise im Inland im Prognosezeitraum zunehmend an die Verbraucherinnen und Verbraucher weitergegeben werden, wodurch die Inflationsrate steigt und die preisbereinigten Einkommen der privaten Haushalte nur leicht zunehmen. Dies dürfte den preisbereinigten privaten Konsum schwächen.

5. Die **deutsche Exportwirtschaft** hat in den vergangenen Jahren an **Wettbewerbsfähigkeit verloren**. Dies zeigt sich deutlich an den schwachen Warenexporten in Staaten, die nicht der Europäischen Union (EU) angehören. [↘ ZIFFER 56](#) So verteuerten sich zum einen deutsche Exporte infolge der US-Handelspolitik. Zum anderen hat der Euro gegenüber dem US-Dollar seit Beginn des Jahres 2025 spürbar aufgewertet. [↘ ZIFFER 29](#) Die deutschen Warenexporte in die USA gingen im Jahr 2025 nominal um 8,9 % gegenüber dem Vorjahr zurück. [↘ ZIFFER 56](#) Rückgänge verzeichneten vor allem die Exporte von Kraftfahrzeugen und Maschinen. Darüber hinaus stellen Industrieprodukte aus China aufgrund ihrer vergleichsweise niedrigen Preise auf den internationalen Märkten eine große Konkurrenz für deutsche Waren dar. [↘ ZIFFER 42](#) Die nominalen deutschen Warenexporte nach China sind seit dem Jahr 2023 rückläufig.
6. Die **staatlichen Mehrausgaben** im Rahmen des Finanzpakets dürften das **deutsche BIP-Wachstum** im Prognosezeitraum **entscheidend stützen**. [↘ ZIFFER 45](#) Diese umfassen vor allem die öffentlichen Investitionen in Verteidigung und Infrastruktur. Zudem dürfte der Staatskonsum kräftig expandieren. Aufgrund der hohen staatlichen Ausgaben dürften das Finanzierungsdefizit und die Schuldenstandsquote des Staates im Prognosezeitraum ansteigen. Nach 3,7 % des BIP im Jahr 2026 dürfte das Finanzierungsdefizit im Jahr 2027 4,3 % des BIP betragen. Die Schuldenstandsquote dürfte im Jahr 2026 auf 65,4 % des BIP und im Jahr 2027 auf 67,5 % des BIP ansteigen. Faktoren, die das Potenzialwachstum dämpfen, insbesondere das rückläufige Arbeitsvolumen, lassen sich durch öffentliche Mehrausgaben jedoch nicht kompensieren. [↘ ZIFFER 76](#)
7. In der vorliegenden Prognose wird unterstellt, dass sich der Rohölpreis im Prognosezeitraum entsprechend den zum Datenschluss am 1. Mai 2026 geltenden Terminpreisen entwickelt. [↘ KASTEN 4](#) Angesichts der Verwerfungen in der Golfregion könnte das Angebot von Rohöl und Flüssigerdgas jedoch über einen längeren Zeitraum spürbar eingeschränkt sein und der Rohölpreis länger über den derzeit notierten Terminpreisen liegen. Die **Prognose** ist daher mit **erheblichen Risiken behaftet**. Um dieser hohen Prognoseunsicherheit Rechnung zu tragen, wird ergänzend ein Szenario für das deutsche BIP-Wachstum und die Inflation betrachtet, das eine alternative Entwicklung des Rohölpreises abbildet. [↘ KASTEN 7](#) In diesem Risikoszenario wird angenommen, dass der Rohölpreis im Mai 2026 auf 120 US-Dollar je Barrel steigt und bis Oktober 2026 auf diesem Niveau verharrt. Zudem wird angenommen, dass der Rohölpreis ab November 2026 wieder zurückgeht und im 2. Quartal 2027 die Marke von 100 US-Dollar je Barrel unterschreitet. Der Sachverständigenrat schätzt, dass das BIP in diesem Szenario im Jahr 2026 um 0,2 % und im Jahr 2027 um 0,5 % wachsen dürfte. Die Verbraucherpreis-inflation dürfte dann im Jahr 2026 bei 3,5 % und im Jahr 2027 bei 3,2 % liegen.

II. INTERNATIONALE KONJUNKTUR

8. Die **Entwicklung der Weltwirtschaft erwies sich** im Jahr 2025 trotz der protektionistischen und sprunghaften US-Handelspolitik als **weitgehend stabil**. Das globale BIP wuchs im Vorjahresvergleich um 2,7 % und damit etwa so stark wie im Jahr 2024. Die globale Verbraucherpreisinflation betrug im Jahr 2025 3,0 %. Der globale Warenhandel expandierte mit 4,2 % deutlich stärker als in den vorangegangenen Jahren. Dieser Anstieg war vor allem auf Importe in die USA und die sonstigen fortgeschrittenen Volkswirtschaften [↪ GLOSSAR](#) aufgrund von Vorzieheffekten im 1. Quartal 2025 zurückzuführen. [↪ ZIFFER 12](#)

Der Iran-Krieg führt seit März 2026 **zu erheblichen Verwerfungen auf den globalen Energiemärkten**, die die Weltwirtschaft zunehmend belasten. [↪ ZIFFER 10](#) Die globale Verknappung des Angebots von fossilen Energieträgern aufgrund der faktischen Blockade der Straße von Hormus dürfte die Produktionskosten und die Verbraucherpreise erhöhen. [↪ PLUSTEXT 1](#) Die höheren Energiepreise haben sich bereits im März 2026 weltweit in höhere Verbraucherpreise übersetzt und dürften in den kommenden Monaten für weiteren Preisauftrieb sorgen. Im Prognosezeitraum dürfte dies vor allem die privaten Konsumausgaben und damit die gesamtwirtschaftliche Aktivität dämpfen. [↪ KASTEN 1](#) An den Finanzmärkten wird damit gerechnet, dass Zentralbanken, insbesondere die EZB, mit Leitzinserhöhungen reagieren werden. [↪ ZIFFER 28](#) Dadurch dürften sich die Finanzierungsbedingungen im Euro-Raum verschlechtern. Darüber hinaus dürften die US-Einfuhrzölle den globalen Warenhandel weiterhin dämpfen. Mit dem Urteil des Supreme Court ist zwar ein Großteil der von US-Präsident Donald Trump verhängten Einfuhrzölle für rechtswidrig erklärt worden. [↪ PLUSTEXT 2](#) Die durchschnittliche Zolllast auf US-Importe bleibt gegenüber dem Jahr 2024 jedoch weiterhin erhöht. Insgesamt dürften diese Faktoren den globalen Warenhandel sowie das Wachstum des globalen BIP abschwächen. Das globale BIP dürfte in den Jahren 2026 und 2027 jeweils um 2,3 % steigen. Die globale Verbraucherpreisinflation dürfte im Jahr 2026 3,5 % und im Jahr 2027 2,8 % betragen.

1. Gestiegene Energiepreise bremsen Weltwirtschaft

9. Die Weltwirtschaft wuchs im Jahr 2025 trotz der protektionistischen Ausrichtung der US-Handelspolitik robust. Nach dem schwachen Wachstum im 1. Quartal 2025 stieg das globale BIP im 2. und 3. Quartal 2025 jeweils um 0,8 % gegenüber dem Vorquartal an. Das Wachstum lag damit **geringfügig über dem Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2025 von 0,7 %**. [↪ ABBILDUNG 4 LINKS](#) Zu dieser Entwicklung trug insbesondere die US-Volkswirtschaft bei, die im 2. und 3. Quartal 2025 mit überdurchschnittlichen Zuwachsraten expandierte. Nach den dämpfenden Effekten der hohen handelspolitischen Unsicherheit im Frühjahr 2025 trug die Normalisierung der privaten Konsumausgaben in den USA zu dieser Entwicklung wesentlich bei. Die Abschwächung der Weltkonjunktur im 4. Quartal 2025

hängt unter anderem mit den negativen Auswirkungen der US-Haushaltssperre auf das US-BIP zusammen. [↘ KASTEN 2](#)

Das **Wachstum der Weltwirtschaft wurde auch vom BIP-Wachstum in China** und den sonstigen Schwellenländern [↘ GLOSSAR](#) **getragen**. [↘ ABBILDUNG 4 LINKS](#) Die Wachstumsbeiträge Chinas sind im Jahr 2025 insbesondere auf die Ausweitung der Konsumausgaben und den positiven Außenbeitrag zurückzuführen. Darüber hinaus kamen aus den sonstigen Schwellenländern, vor allem aus Indien, stützende Impulse für die Weltwirtschaft.



[↘ PLUSTEXT 1](#)

Die Bedeutung der Straße von Hormus für die Weltwirtschaft

Die Straße von Hormus ist einer der zentralen maritimen Engpässe für den Welt-handel. Für die Staaten der Golfregion stellt sie die wichtigste Exportroute für Ener-gieträger dar. Im Jahr 2024 passierten rund 20 % des globalen Öl- und Mineralöl-produktverbrauchs sowie etwa 20 % des global gehandelten Flüssigerdgases die Straße von Hormus (EIA, 2026). Der Großteil dieser Energietransporte geht nach Asien, insbesondere nach China, Indien und Republik Korea, während Europa und die USA nur geringe Mengen direkt beziehen (EIA, 2025; Grimm et al., 2026). Insbe-sondere Bangladesh, Indien und Pakistan sind aufgrund ihrer hohen Importquote von Flüssigerdgas aus der Golfregion anfällig für Störungen des Schiffsverkehrs in der Straße von Hormus (EIA, 2026). Die Möglichkeiten, die Straße von Hormus zu umgehen, sind begrenzt und bestehen in Form von Pipelines nur für Öl (EIA, 2026; Grimm et al., 2026). Neben Energieträgern wird etwa ein Drittel der weltweit ver-schifften Düngemittel, deren Produktion sehr viel Gas bedarf, durch die Straße von Hormus transportiert (Grimm et al., 2026; UNCTAD, 2026). Zudem passieren diese Route mehr als 70 % der exportierten Kohlenwasserstoffderivate, die oft als Vorpro-dukte der petrochemischen Industrie, sowie rund 30 % der gehandelten Edelgase (ohne Argon), die unter anderem in der Halbleiterfertigung und Lasertechnologie eingesetzt werden (IfW Kiel, 2026).

10. Der Ausbruch des Iran-Kriegs und die faktische Blockade der Straße von Hormus hatten einen kräftigen Anstieg der Energiepreise zur Folge. [↘ PLUSTEXT 1](#) Durch die Straße von Hormus werden rund 20 % des globalen Öl- und Mineralölverbrauchs sowie rund 20 % des weltweiten Angebots an Flüssigerdgas verschifft. Die in den Folgemonaten erwartete Verknappung von Rohöl und Erdgas dürfte die Weltkon-junktur insbesondere im Jahr 2026 dämpfen. Berechnungen des Sachverständi-genrates zeigen, dass ein negativer Ölangebotschock, der wie im März 2026 den Rohölpreis um 60 % erhöht, nach sechs Monaten zu einem Rückgang der globalen Industrieproduktion um rund 3 % und nach 24 Monaten zu einem Rückgang um rund 5 % führt. [↘ KASTEN 1](#) Darüber hinaus belastet eine unerwartete Verknappung des globalen Ölangebots den privaten Konsum, weil sie die Verbraucherpreise er-höhrt und somit die preisbereinigten verfügbaren Einkommen der privaten Haus-halte schmälert. Das Konsumentenvertrauen und die preisbereinigten Einzelhan-delsumsätze in den OECD-Staaten dürften nach Berechnungen des Sachverständi-genrates in Reaktion auf den Ölangebotsschock nach zwölf Monaten um rund 2 % sinken.

▸ KASTEN 1

SVR-Analyse: Transmission von Ölangebotsschocks in die Realwirtschaft

Eine unerwartete Verknappung der global gehandelten Rohölmengen sowie ein unmittelbarer Anstieg des Rohölpreises stellen einen Angebotsschock dar. Die faktische Blockade der Straße von Hormus seit März 2026 dürfte in den kommenden Monaten zu einer Verknappung des global verfügbaren Rohöls führen, die sich bereits Anfang März in einem Anstieg des Rohölpreises andeutete. Ein höherer Rohölpreis, bedingt durch eine geringere verfügbare Rohölmenge, führt zu einem Anstieg der Inflation und zu einer Dämpfung der gesamtwirtschaftlichen Aktivität.

Die empirische Literatur identifiziert mehrere zentrale Transmissionskanäle eines Ölangebotsschocks in die Realwirtschaft. Erstens wirkt ein direkter Kostenkanal. Der steigende Rohölpreis verteuert die Vorleistungen für die Produktion von Gütern und erhöht die Grenzkosten der Unternehmen, insbesondere in energieintensiven Branchen. Dies führt sowohl zu höheren Güterpreisen als auch zu einer Verringerung der Produktion (Hamilton, 1983; Kilian, 2009). Zweitens sind die privaten Haushalte über den Einkommenskanal betroffen. Höhere Energiepreise mindern die preisbereinigte Kaufkraft der privaten Haushalte, da ein größerer Anteil des verfügbaren Einkommens für Energieträger aufgewendet werden muss. Dies führt zu einer Abschwächung der Nachfrage nach anderen Gütern und belastet damit die binnenwirtschaftliche Dynamik. Drittens erhöht ein anhaltender Ölpreisanstieg die Inflationserwartungen (Anderl und Caporale, 2024) und verstärken die Unsicherheit über die zukünftige Kostenentwicklung. Dies wirkt sich dämpfend auf die Investitionen von Unternehmen aus (Elder und Serletis, 2010; Kilian und Vigfusson, 2011). Gleichzeitig reagieren Zentralbanken auf den erhöhten Inflationsdruck im Regelfall mit einer restriktiveren Geldpolitik, wodurch die negativen konjunkturellen Effekte zusätzlich verschärft werden (Blanchard und Galí, 2007; Kilian und Lewis, 2011).

Der Sachverständigenrat hat untersucht, wie wichtige globale makroökonomische Größen auf einen Ölangebotsschock reagieren, wie er in der aktuellen Situation auftritt. Dafür werden die Modelle von Känzig (2021) und Forni et al. (2025) genutzt. Känzig (2021) konstruiert ein ökonometrisches Instrument, das unerwartete Veränderungen in den Terminpreisen für Rohöl rund um OPEC-Ankündigungen [▸ GLOSSAR](#) erfasst. Dabei werden exogene Veränderungen in den Erwartungen über das künftige Ölangebot erfasst, die unmittelbar zu einer Reaktion des Rohölpreises führen. Anschließend werden mithilfe einer auf Instrumentenvariablen basierenden strukturellen Vektorautoregression (Proxy-SVAR) antizipierte Ölangebotsschocks („oil supply news shocks“) identifiziert. Diese strukturellen Schocks gehen nicht auf gegenwärtige Produktionsänderungen, sondern auf neue Informationen über die zukünftige Angebotsentwicklung zurück. Die Ergebnisse von Känzig (2021) zeigen, dass Nachrichten über eine zukünftige Verknappung des Ölangebots unmittelbar zu steigenden Ölpreisen führen, während die tatsächliche globale Ölproduktion erst verzögert zurückgeht und die Lagerbestände für Rohöl in OECD-Staaten aus Vorsichtsmotiven zunächst zunehmen. In den USA führen diese exogenen Veränderungen der Erwartungen zu stagflationären Effekten. So geht die US-Industrieproduktion erst mit Verzögerung zurück, während die Verbraucherpreise und Inflationserwartungen in den USA steigen.

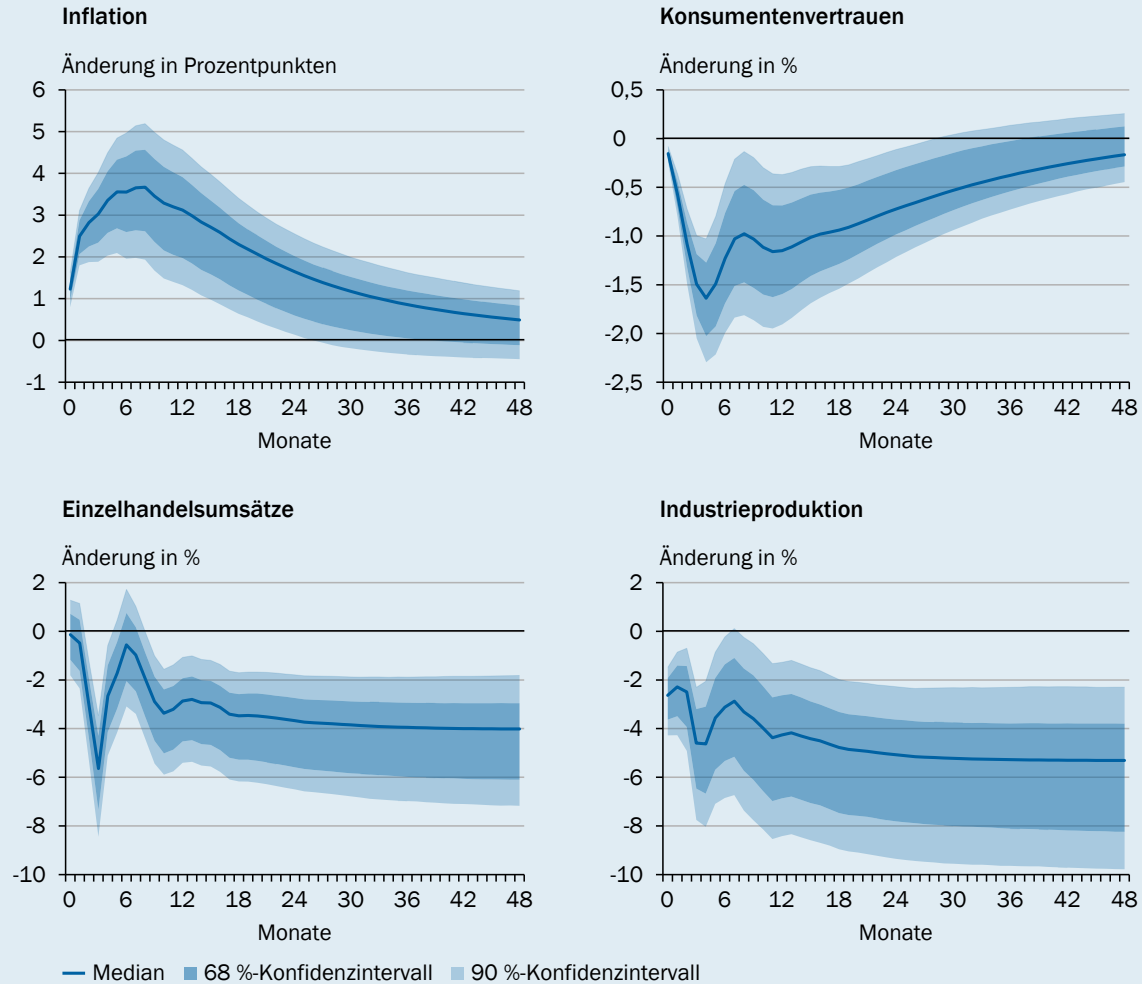
Basierend auf dem Instrument von Känzig (2021) analysiert der Sachverständigenrat, wie sich negative Ölangebotsschocks (wie in Forni et al., 2025) auf die Weltwirtschaft auswirken. Ein unerwarteter Ölangebotsschock, der den Rohölpreis wie im März 2026 um rund 60 % erhöht, führt zu einem unmittelbaren Rückgang der Weltindustrieproduktion um 3 % und um 5 % nach 18 Monaten. Die preisbereinigten Einzelhandelsumsätze und das Konsumentenvertrauen in den OECD-Staaten gehen nach zwölf Monaten um jeweils 3 % bzw. 1 % zurück. Die Verbraucherpreis-inflation in den OECD-Staaten steigt unmittelbar um rund 1 Prozentpunkt und die Impulsantwort erreicht nach zwölf Monaten im Median einen Anstieg von 3 Prozentpunkten. [▸ AB-BILDUNG 3](#) Der Anstieg der Verbraucherpreise ist vor allem auf den Anstieg des Energiepreis-

teilindex zurückzuführen.

↳ **ABBILDUNG 3**

Makroökonomische Effekte eines Ölangebotsschocks auf die Weltwirtschaft

Impuls-Antwort-Funktionen bei einem Anstieg des Rohölpreises um 60 % in Reaktion auf einen Ölangebotsschock¹



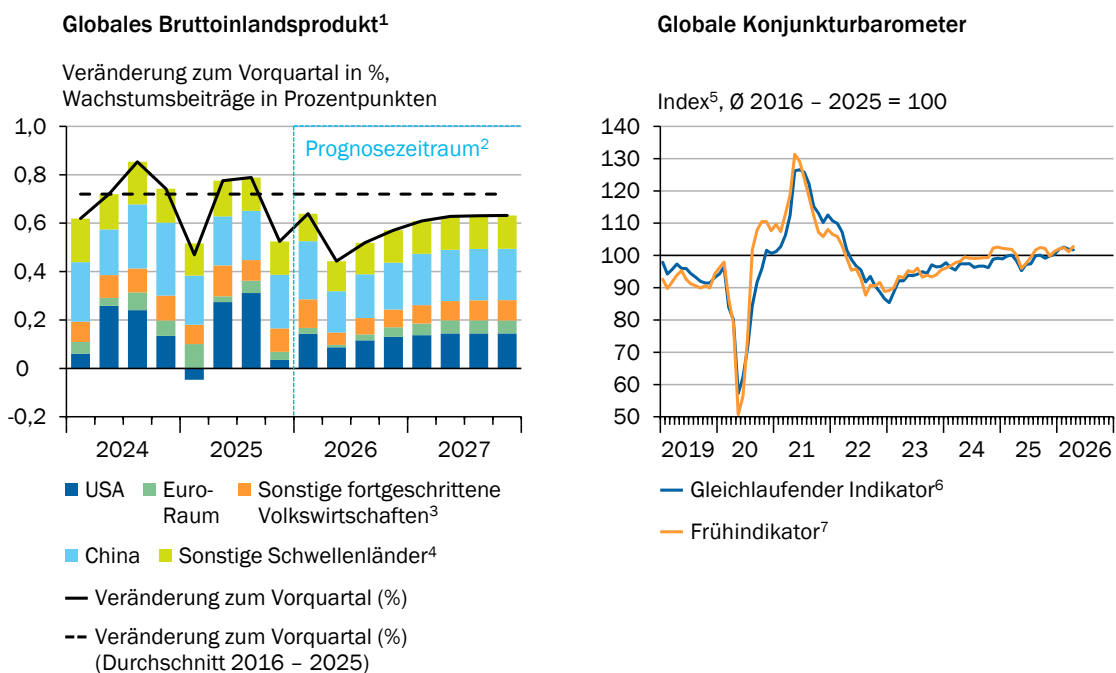
1 – Die Vektorautoregression wurde für den Zeitraum von Januar 1974 bis Juni 2025 mit zwölf Lags und mit folgenden Zeitreihen geschätzt: nominaler Rohölpreis (WTI-Spotpreis), globale Rohölproduktion, Lagerbestände für Rohöl in den OECD-Staaten, Weltindustrieproduktion, Konsumentenvertrauen in den OECD-Staaten, Einzelhandelsumsätze in den OECD-Staaten und Verbraucherpreisindex in den OECD-Staaten. Die Zeitreihe zur Weltindustrieproduktion umfasst die Industrieproduktion in den OECD-Staaten, Brasilien, China, Indien, Indonesien, Russland und Südafrika. Die Zeitreihe wurde ursprünglich in Baumeister und Hamilton (2019) verwendet und wird durchgehend aktualisiert. Alle Zeitreihen (bis auf die Inflationsrate) gehen in die Vektorautoregression als logarithmierte Niveaus ein. Die Inflationsrate geht in Prozent und im Vergleich zum Vorjahresmonat in die Vektorautoregression ein. Das ökonometrische Instrument, das für die Identifikation des strukturellen Schocks verwendet wird, stammt ursprünglich aus Känzig (2021) und wurde zuletzt für den Zeitraum von Juli 1983 bis Juni 2025 aktualisiert. Die Reaktion des nominalen Rohölpreises (WTI) auf den identifizierten Ölangebotsschock wird auf einen Anstieg von 60 % normiert. Die Ergebnisse der asymmetrischen Ölangebotsschocks, die nur Anstiege des Rohölpreises als Reaktion hervorrufen, basieren auf dem Ansatz von Forni et al. (2025).

Quellen: Baumeister und Hamilton (2019), EIA, Fed, Forni et al. (2025), IWF, Känzig (2021), LSEG Datastream, OECD, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-128-01

11. Zu Jahresbeginn 2026 zeichnete sich eine **leicht expansive Entwicklung der Weltkonjunktur ab**. Die globalen Konjunkturbarometer des KOF Instituts, ein aus aggregierten Zeitreihen bestehendes Indikatorensystem für die Weltwirtschaft, verzeichneten zwischen November 2025 und April 2026 eine leicht überdurchschnittliche Expansionsphase. [↘ ABBILDUNG 4 RECHTS](#) Seit März 2026 bewegen sich jedoch der gleichlaufende Indikator und der Frühindikator in unterschiedliche Richtungen. Der gleichlaufende Indikator ging zuletzt im April 2026 zum zweiten Mal in Folge zurück, während der Frühindikator nach einem leichten Rückgang im März 2026 wieder gestiegen ist (KOF, 2026). Somit deutet der gleichlaufende Indikator an, dass die im Zuge des Iran-Kriegs höhere geopolitische Unsicherheit das globale BIP im 2. Quartal 2026 dämpfen dürfte. Der Frühindikator, der eine Aussagekraft für die nächsten sechs Monate hat, signalisiert weiterhin eine leicht aufwärtsgerichtete Weltkonjunktur.
12. Der **globale Warenhandel wuchs im Jahr 2025 trotz höherer US-Einfuhrzölle weiterhin stark**. Insgesamt stieg der Welthandel im Jahr 2025 mit 4,2 % gegenüber dem Vorjahr deutlich an. Getragen wurde dieser Anstieg größtenteils durch höhere Importe in den USA und in den sonstigen fortgeschrittenen Volks-

↘ ABBILDUNG 4

Weltwirtschaftliche Aktivität



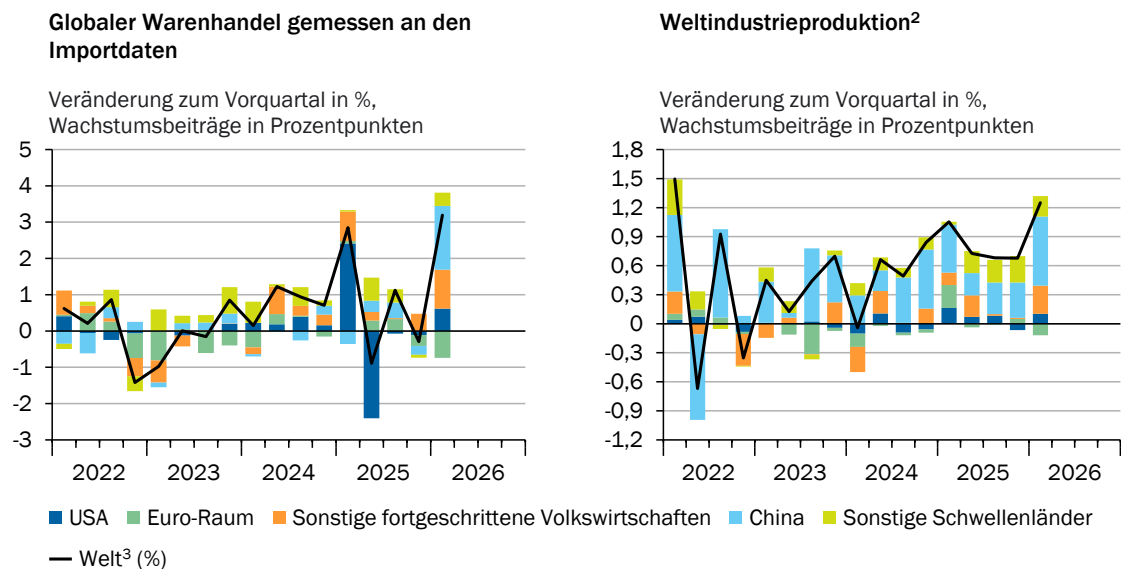
1 – Durchschnitte der saisonbereinigten Quartalswerte. Das globale BIP wird angenähert durch die Summe der aufgeführten Staaten. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Australien, EU ohne Euro-Raum, Hongkong, Japan, Kanada, Norwegen, Republik Korea, Schweiz, Singapur, Taiwan und Vereinigtes Königreich. 4 – Argentinien, Brasilien, Chile, Indien, Indonesien, Kolumbien, Malaysia, Mexiko, Philippinen, Russland, Thailand und Türkei. 5 – Langfristiger Mittelwert gleich dem Wert 100 und die langfristige Standardabweichung gleich dem Wert 10. 6 – Der gleichlaufende Indikator spiegelt die aktuelle konjunkturelle Lage der Weltwirtschaft wider und basiert auf der Korrelation und Synchronisierung von mehr als 1 000 Zeitreihen aus wirtschaftlichen Tendenzumfragen mit den jeweiligen BIP-Zeitreihen von über 50 Staaten. 7 – Der Frühindikator signalisiert die Entwicklung der Weltwirtschaft in rund sechs Monaten in der Zukunft und basiert auf den Vorlaufeigenschaften von mehr als 600 Zeitreihen mit den jeweiligen BIP-Zeitreihen von über 50 Staaten.

Quellen: Abberger et al. (2022), Eurostat, IWF, KOF Institut, nationale Statistikämter, OECD, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-017-01

wirtschaften im Frühjahr 2025. Im 4. Quartal 2025 zeichnete sich bereits eine Abschwächung des Welthandels ab. Im Durchschnitt der Monate Januar und Februar 2026 stieg jedoch der Welthandel, gemessen an der Entwicklung der globalen Importe, um 3,2 % gegenüber dem 4. Quartal 2025. [↘ ABBILDUNG 5 LINKS](#) Die **Weltindustrieproduktion stieg im Jahr 2025 um 3,2 % zum Vorjahr kräftig** an. Nach einer Abschwächung im 2. und 3. Quartal 2025 beschleunigte sich die Zuwachsrate der Industrieproduktion im 4. Quartal 2025 weltweit, insbesondere in China und in den sonstigen Schwellenländern. Im Durchschnitt von Januar und Februar 2026 stieg die globale Industrieproduktion um 1,3 % zum Vorquartalsdurchschnitt und wuchs somit noch stärker als in den vergangenen Quartalen. In Folge des Iran-Kriegs dürften die Weltindustrieproduktion sowie der Welthandel im weiteren Prognosezeitraum jedoch deutlich schwächer als zu Jahresbeginn 2026 expandieren. [↘ ABBILDUNG 5 RECHTS](#)

↘ ABBILDUNG 5

Globaler Warenhandel und Weltindustrieproduktion¹



1 – Daten und Länderabgrenzung des niederländischen Centraal Planbureau (CPB). Ländergewichtung auf Basis des Jahres 2021. Veränderung zum Vorquartal, preis- und saisonbereinigt. Basierend auf den Quartalsdurchschnitten der Monatswerte. Für 2026Q1: Durchschnitte der Monate Januar und Februar. 2 – Ohne Baugewerbe. Produktionsgewichtet. 3 – Umfasst das Warenhandelsvolumen in 81 Staaten und knapp 96 % des globalen Warenhandels bzw. die Industrieproduktion in 85 Staaten und etwa 96 % der globalen Industrieproduktion.

Quellen: CPB, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-024-01

➤ KASTEN 2

Fokus: Die großen Volkswirtschaften USA und China

Die US-Volkswirtschaft wuchs im Jahr 2025 preisbereinigt um 2,1 % im Vergleich zum Vorjahr. Somit stieg das US-BIP im Jahr 2025 schwächer an als in den Jahren 2023 (2,9 %) und 2024 (2,8 %). Nach den Vorzieh- und Rückpralleffekten aufgrund der US-Handelspolitik in der 1. Jahreshälfte 2025 trugen vor allem die privaten Konsumausgaben ab dem 2. Quartal 2025 zum Anstieg des BIP-Wachstums bei. Im 4. Quartal 2025 hat die Haushaltssperre zu einem starken Rückgang der staatlichen Konsumausgaben geführt. ➤ [ABBILDUNG 6 LINKS](#) Bei den Bruttoanlageinvestitionen leisteten Investitionen im Bereich der Künstlichen Intelligenz (KI), wie beispielsweise in Datenverarbeitungsgeräte, Software und Datenzentren, vom 1. bis zum 3. Quartal 2025 im Durchschnitt einen Wachstumsbeitrag in Höhe von 1 Prozentpunkt zum US-BIP (Rubinton und Patro, 2026). Auf der Verwendungsseite leisteten die privaten Konsumausgaben die größten Beiträge zum BIP-Wachstum. Hierfür ist maßgeblich die Entwicklung der verfügbaren Einkommen verantwortlich (FRED, 2026). Zudem dürften die Vermögenseffekte aus hohen Immobilien- und Aktienpreisen eine wichtige Rolle für die hohen Ausgaben der privaten Haushalte in den USA spielen (Oxford Economics, 2025). So sinkt seit dem Jahr 2024 die Sparquote der privaten Haushalte leicht. Auf der Entstehungsseite trugen im Jahr 2025 alle großen Bereiche des privaten Sektors, aber insbesondere die Dienstleistungen, zum BIP-Wachstum bei. ➤ [ABBILDUNG 6 RECHTS](#) Das Beschäftigungswachstum hat sich im Laufe des Jahres 2025 abgeschwächt. Dies dürfte zum Teil mit der geänderten Einwanderungspolitik der US-Regierung zusammenhängen (Mongey, 2025). Die Arbeitslosenquote betrug im März 2026 4,3 % und lag somit leicht höher als im Vorjahr.

Im 1. Quartal 2026 stieg das BIP-Wachstum in den USA laut der Schnellmeldung um 0,5 % im Vergleich zum Vorquartal. Dazu trugen insbesondere die privaten Konsumausgaben, die Bruttoanlageinvestitionen sowie der Staatskonsum bei. Im weiteren Prognosezeitraum dürfte sich die konjunkturelle Entwicklung der US-Volkswirtschaft abschwächen. Während die Bruttoanlageinvestitionen im Zusammenhang mit dem KI-Boom die US-Konjunktur weiterhin stützen dürften, wird der Ausblick inzwischen deutlich durch den Iran-Krieg geprägt. Höhere Energiepreise belasten die Kaufkraft der privaten Haushalte, erhöhen die Produktionskosten der Unternehmen und verstärken den Inflationsdruck. Somit dürften im Prognosezeitraum vor allem die privaten Konsumausgaben in den USA vom Ölangebotsschock betroffen sein. Die Abhängigkeit der US-Volkswirtschaft von ausländischen Rohöllieferungen ist seit dem Ende der 2010er-Jahre zwar gesunken. Die hohe Abhängigkeit von den Weltmarktpreisen bleibt jedoch bestehen, da Rohöl ein global gehandeltes Gut ist. Steigende Energiepreise dürften weitgehend an die Endverbraucherinnen und Endverbraucher weitergegeben werden. Insgesamt erwartet der Sachverständigenrat einen Anstieg des US-BIP im Jahr 2026 und 2027 um jeweils 1,9 %. Die Verbraucherpreis-inflation dürfte im Jahr 2026 3,6 % und im Jahr 2027 2,9 % betragen.

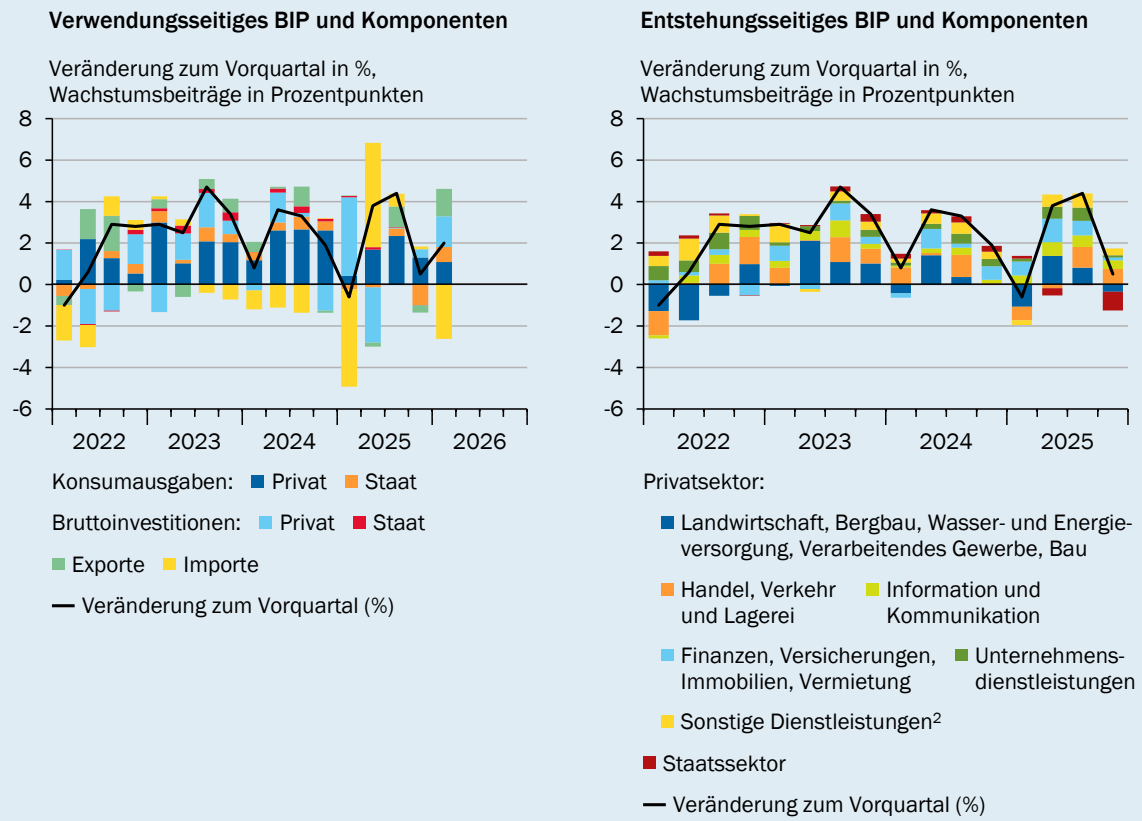
Die chinesische Volkswirtschaft wuchs laut offiziellen Angaben im Jahr 2025 um 5,0 % gegenüber dem Vorjahr. Auf der Verwendungsseite haben insbesondere die Konsumausgaben zum BIP-Wachstum beigetragen. Zusätzlich stützend wirkten der Außenbeitrag sowie die Bruttoanlageinvestitionen. Der Anstieg der Exporte geht vor allem auf weiterhin kräftig gestiegene Ausfuhren nach Asien und Europa zurück, während die Exporte in die USA stark gesunken sind. Auf der Entstehungsseite haben die Zuwachsraten der Industrieproduktion im Verlauf des Jahres 2025 nachgelassen.

Im 1. Quartal 2026 stieg das preis- und saisonbereinigte BIP in China um 1,3 % im Vergleich zum Vorquartal. Im weiteren Prognosezeitraum fallen die konjunkturellen Aussichten für die chinesische Volkswirtschaft etwas verhaltener aus als in den vergangenen Jahren. Während das gesamtwirtschaftliche Wachstum weiterhin durch Exporte und staatliche Stützungsmaßnahmen getragen wird, bleiben die Binnennachfrage und insbesondere der Immobiliensektor schwach. Der Iran-Krieg stellt einen negativen externen Angebotsschock dar. Als großer Netto-

importeure von Rohöl ist China von steigenden Energiepreisen betroffen, was die Produktionskosten erhöht und die gesamtwirtschaftliche Nachfrage leicht dämpfen dürfte. Zugleich dürfte sich die Abschwächung der Weltkonjunktur negativ auf die Auslandsnachfrage nach chinesischen Waren auswirken. Allerdings wird die Anfälligkeit durch eine vergleichsweise diversifizierte Energieversorgung, strategische Reserven sowie eine geringere Ölintensität der chinesischen Wirtschaft im Vergleich zu anderen Volkswirtschaften begrenzt. Insgesamt dürfte das chinesische BIP im Jahr 2026 und im Jahr 2027 jeweils um 4,5 % wachsen. Die Verbraucherpreis-inflation dürfte im Jahr 2026 0,7 % und im Jahr 2027 0,2 % betragen.

▸ **ABBILDUNG 6**

Zerlegung des US-BIP nach Verwendung und Entstehung¹



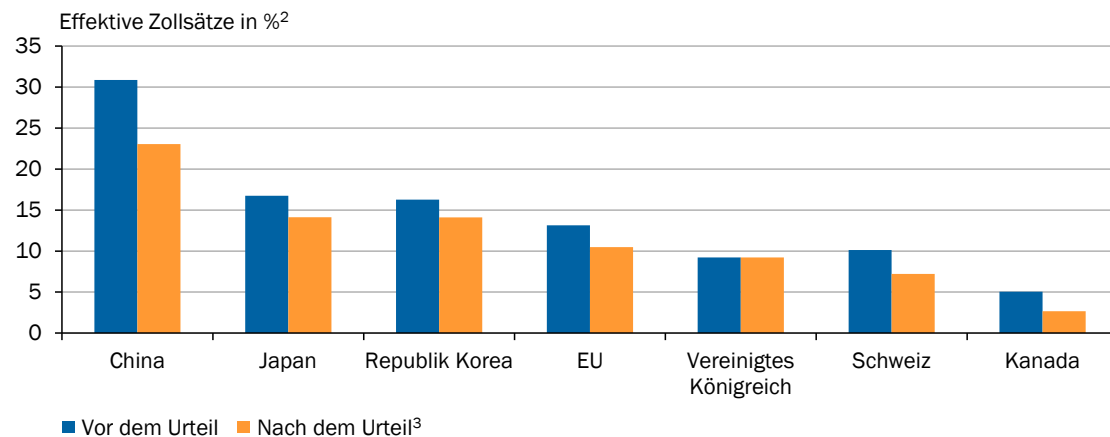
1 – Saisonbereinigte Werte. 2 – Einschließlich Erziehung, Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Kunst, Unterhaltung, Freizeit, Beherbergung und Gastronomie.

Quellen: BEA, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-085-01

13. Der **US-amerikanische Supreme Court** hat Ende Februar 2026 die von US-Präsident Trump im vergangenen Jahr auf Basis des International Emergency Economic Powers Act (IEEPA) verhängten **Zölle für rechtswidrig erklärt**. Produktspezifische Zölle wie jene auf Automobile oder Stahl und Aluminium bleiben jedoch bestehen. ▸ **PLUSTEXT 2** Als Reaktion auf das Gerichtsurteil hat die US-amerikanische Regierung einen einheitlichen Zollsatz in Höhe von 10 % auf Waren aller Handelspartner verhängt. Während der effektive Zollsatz für Importe aus der EU nur geringfügig zurückgeht, werden Einfuhren aus China, der Schweiz oder Kanada in die USA nun deutlich weniger stark belastet. ▸ **ABBILDUNG 7** Im Vergleich zum Herbst 2025 (JG 2025 Abbildung 6) fielen die Zölle auf Waren aus China und der Schweiz allerdings bereits zuvor geringer aus, da die USA nach

ABBILDUNG 7

Auswirkung des SCOTUS-Urteils¹ auf Zollsätze ausgewählter US-Handelspartner



1 – SCOTUS-Supreme Court of the United States. 2 – Stand 1. Mai 2026. Der durchschnittliche Effektivzollsatz berechnet sich aus der Summe der Zollsätze verschiedener Produktgruppen, gewichtet mit ihrem Anteil am gesamten Importvolumen im Jahr 2024. Da die Berechnung mit Importwerten aus dem Jahr 2024 erfolgt, werden keine durch die Zollveränderungen ausgelösten Substitutionseffekte berücksichtigt. 3 – Die Anfang April 2026 angepassten Zölle auf Stahl, Aluminium und Kupfer sind in den Berechnungen nicht berücksichtigt, da sie sich teilweise auf den Metallgehalt oder die geographische Herkunft der verarbeiteten Metalle beziehen und anhand der verwendeten Handelsdaten nicht abgeschätzt werden können. Zollankündigung vom 1. Mai nicht berücksichtigt.

Quellen: Fitch Ratings, Trade Map (International Trade Centre, www.trademap.org), United States International Trade Commission, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-135-01

Datenschluss des Jahresgutachtens 2025 Abkommen mit beiden Staaten ausgehandelt hatten (The White House, 2025a, 2025b).

Die Unsicherheit über die US-Handelspolitik dürfte dadurch erneut zugenommen haben, wenngleich ein auf Zeitungsberichten basierender Indikator für die handelspolitische Unsicherheit nicht ausgeschlagen hat (Caldara et al., 2020). Zum einen gilt der neue Zollsatz von 10 % zunächst nur für 150 Tage und wird ebenfalls juristisch angefochten (Clark, 2026). Zum anderen hat Trump bereits im Februar 2026 mit einem höheren Zollsatz gedroht. Ein Anstieg der handelspolitischen Unsicherheit hemmt die Investitionstätigkeit von Unternehmen, weil sie Investitionsentscheidungen in die Zukunft verschieben und sich die Finanzierungskosten aufgrund unklarer Geschäftsaussichten erhöhen (Caldara et al., 2020; Correa et al., 2023; FG 2025 Kasten 5)



PLUSTEXT 2

Aktueller Stand der US-Handelspolitik

Die meisten der im Jahr 2025 eingeführten US-Zölle wurden im Februar 2026 durch ein Urteil des Supreme Courts für rechtswidrig erklärt. Die US-Regierung hat seit Februar 2025 unter Berufung auf den International Emergency Economic Powers Act IEEPA diverse länderspezifische Zölle verhängt. Dieses Gesetz erlaubt es dem US-Präsidenten, den Warenhandel in Fällen eines „ungewöhnlichen und außergewöhnlichen nationalen Notstands“ (z. B. bei Bedrohungen aus dem Ausland) zu regulieren. Der Supreme Court entschied jedoch, dass diese Befugnis die Verhängung von Zöllen nicht umfasst. Zur Umgehung des Urteils hat US-Präsident Trump basierend auf Section 122 des Trade Act aus dem Jahr 1974 einen Basiszoll von 10 %

(verbunden mit der Drohung einer Erhöhung auf 15 %) auf fast alle Importe erlassen. Diese Rechtsgrundlage erlaubt Zölle zur Bekämpfung von Zahlungsbilanzdefiziten, deren Geltung jedoch auf 150 Tage (bis Juli 2026) befristet ist. Zudem hat die US-Regierung neue Untersuchungen eingeleitet, um länderspezifische Zölle (z. B. gegen die EU oder China) wegen unangemessener Handelspraktiken oder Überkapazitäten zu rechtfertigen. Langfristig sollen damit die weggefallenen IEEPA-Zölle ersetzt werden.

Nicht vom Urteil des Supreme Courts betroffen sind die Zölle für Stahl, Aluminium sowie bestimmte Technologiebereiche (wie Halbleiter). Deren Rechtsgrundlage ist Section 232 des Trade Expansion Act aus dem Jahr 1962, die explizit den Schutz der „nationalen Sicherheit“ als Begründung vorsieht.

- 14. Das BIP-Wachstum im Euro-Raum hat sich im vergangenen Jahr erhöht.** Im Jahr 2025 nahm das BIP um 1,5 % zu (2024: 0,9 %). Während die Investitionen kräftig zulegten, nachdem sie im Jahr 2024 noch geschrumpft waren, trug der Außenbeitrag negativ zum BIP-Wachstum bei. Im Einklang mit der stärkeren Investitionstätigkeit erholte sich die Industrieproduktion im vergangenen Jahr nach einer längeren Schwächeperiode. In den ersten beiden Monaten des laufenden Jahres verlor die Dynamik in diesem Wirtschaftsbereich jedoch trotz guter Stimmungsindikatoren allerdings an Schwung. Laut der Schnellmeldung von Eurostat nahm das BIP im Euro-Raum preis-, kalender- und saisonbereinigt im 1. Quartal 2026 um 0,1 % zu und damit etwas langsamer als noch im Schlussquartal des Jahres 2025. Die Entwicklung war dabei in den großen Volkswirtschaften des Euro-Raums sehr unterschiedlich. In Spanien dauerte die kräftige Expansion, wenngleich in verringertem Tempo, an, wohingegen die wirtschaftliche Dynamik in Frankreich und Italien verhalten blieb. [↘ KASTEN 3](#)

[↘ KASTEN 3](#)

Fokus: Konjunkturelle Entwicklung in Frankreich, Italien, Spanien und den Niederlanden

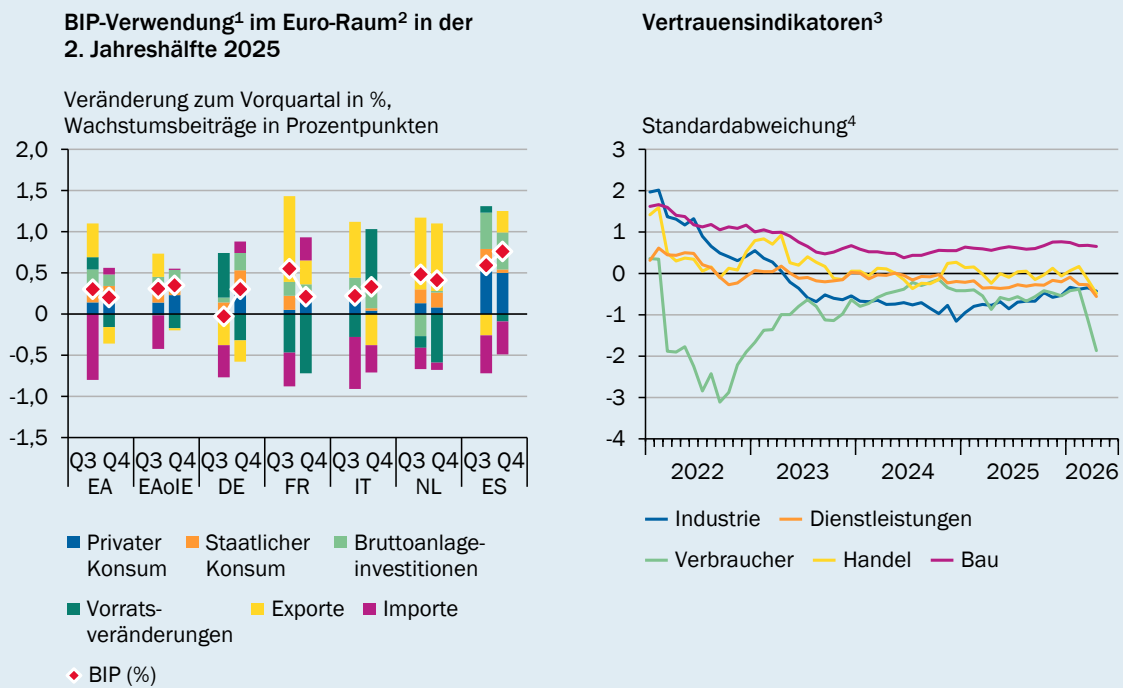
Die französische Wirtschaft ist zuletzt nur verhalten gewachsen. Im 4. Quartal 2025 nahm das BIP preis-, saison- und kalenderbereinigt um 0,2 % gegenüber dem Vorquartal zu. Im Jahresdurchschnitt 2025 lag das preisbereinigte Wachstum bei 0,9 %. Im Schlussquartal lieferte der Außenbeitrag einen positiven Wachstumsbeitrag, während die binnenwirtschaftliche Nachfrage nur verhalten expandierte und die Vorräte zurückgingen. [↘ ABBILDUNG 8 LINKS](#) Im 1. Quartal 2026 stagnierte die Wirtschaftsleistung, wobei sowohl der private Verbrauch als auch die Investitionen zurückgingen. Frühindikatoren deuten auch für das 2. Quartal 2026 auf eine nur schwache konjunkturelle Dynamik hin. Der Geschäftsklimaindikator des INSEE lag im April 2026 mit 94 Punkten unter seinem langfristigen Durchschnitt. Gestützt werden dürfte die Konjunktur im Prognosezeitraum hingegen von dem jüngst erzielten Haushaltskompromiss. Dieser sieht nur eine begrenzte Konsolidierung vor. Dementsprechend dürfte das öffentliche Defizit im laufenden Jahr rund 5 % des BIP betragen und damit nur geringfügig niedriger als im Vorjahr liegen. Das preisbereinigte BIP dürfte im laufenden und kommenden Jahr um 0,5 % bzw. 0,8 % zunehmen.

Die gesamtwirtschaftliche Dynamik in Italien bleibt gedämpft, zeigt zuletzt aber Anzeichen einer leichten Stabilisierung. Im Jahresdurchschnitt 2025 lag das BIP-Wachstum bei 0,7 % und damit etwas niedriger als im Jahr 2024. Im 4. Quartal 2025 nahm das preis-, saison- und kalenderbereinigte BIP um 0,3 % gegenüber dem Vorquartal zu. Die Expansion wird dabei vor allem von der Binnennachfrage getragen. [↘ ABBILDUNG 8 LINKS](#) Die Investitionstätigkeit entwickelte

sich nach wie vor dynamisch, nicht zuletzt durch den Einsatz von EU-Mitteln der Resilience und Recovery Facility (Europäische Kommission, 2025). Dagegen blieb der Außenbeitrag im schwachen internationalen Umfeld verhalten. Im weiteren Verlauf dürfte der private Konsum durch die im Zuge des Ölangebotsschocks gestiegenen Energiepreise gedämpft werden. Darauf deutet der starke Rückgang des Verbrauchervertrauens im März und April 2026 hin. Vor diesem Hintergrund erwartet der Sachverständigenrat einen Anstieg des preisbereinigten BIP in Höhe von jeweils 0,5 % in den Jahren 2026 und 2027.

▸ **ABBILDUNG 8**

Bruttoinlandsprodukt und Vorlaufindikatoren des Euro-Raums



1 – Preis-, saison- und kalenderbereinigt. 2 – EA-Euro-Raum mit 21 Mitgliedstaaten, EAoIE-Euro-Raum 21 ohne Irland, DE-Deutschland, FR-Frankreich, IT-Italien, NL-Niederlande, ES-Spanien. 3 – Sektorale Vertrauensindikatoren aus dem Business and Consumer Survey der Europäischen Kommission. 4 – Standardabweichung vom Durchschnitt des Zeitraums Januar 1999 bis April 2026.

Quellen: Europäische Kommission, Eurostat, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-086-01

Die spanische Wirtschaft expandiert weiterhin kräftig. Im Jahresdurchschnitt 2025 lag das preisbereinigte BIP-Wachstum bei 2,8 %. Zum Jahresende nahm das BIP preis-, saison- und kalenderbereinigt um 0,8 % gegenüber dem Vorquartal zu. Insbesondere der private Konsum entwickelt sich vor dem Hintergrund steigender Beschäftigung und kräftiger Zuwächse des preisbereinigten verfügbaren Einkommens dynamisch. ▸ **ABBILDUNG 8 LINKS** Einen wichtigen Beitrag hierzu leistete die in den vergangenen Jahren starke Zuwanderung. Schätzungen zufolge entfiel seit dem Jahr 2022 etwa die Hälfte des gesamtwirtschaftlichen Wachstums auf die Ausweitung der ausländischen Erwerbsbevölkerung (Carrasco und Torres, 2026). Dagegen dämpfte zuletzt der Außenbeitrag das BIP-Wachstum, da die Importe im Zuge der starken Binnennachfrage deutlich zulegten. Im 1. Quartal 2026 nahm das BIP laut Schnellmeldung um 0,6 % zu. Im weiteren Verlauf ist mit einer Verlangsamung der wirtschaftlichen Expansion zu rechnen, wenngleich das Verbrauchervertrauen in Spanien im Vergleich zu anderen Staaten des Euro-Raums trotz gestiegener Energiepreise bislang noch nicht so stark gesunken ist. Das preisbereinigte BIP dürfte in den Jahren 2026 und 2027 um 2,2 % bzw. 1,9 % zulegen und damit im Vergleich zu anderen großen Volkswirtschaften des Euro-Raums weiterhin ein über-

durchschnittliches Wachstum aufweisen.

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in den Niederlanden zeigte sich im vergangenen Jahr robust. Das preisbereinigte BIP wuchs im Jahresdurchschnitt 2025 um 1,8 %. Im 4. Quartal 2025 nahm das preis-, saison- und kalenderbereinigte BIP um 0,4 % gegenüber dem Vorquartal zu. Dabei wurde das Wachstum vor allem vom Außenbeitrag und dem Staatskonsum getragen.

↘ **ABBILDUNG 8 LINKS** Die Warenexporte stiegen erneut deutlich, während die Importe nur schwach zunahmen. Der kräftige Anstieg der Staatsausgaben dürfte auch auf deutliche Mehrausgaben im Verteidigungsbereich zurückzuführen sein. Dagegen entwickelte sich die private Binnen- nachfrage verhalten. Zwar stiegen die Realeinkommen wieder, der private Konsum expandierte jedoch nur moderat, nicht zuletzt aufgrund einer weiterhin erhöhten Sparneigung. Im 1. Quartal 2026 nahm die Wirtschaftsleistung nur geringfügig zu (0,1 %), was vor allem auf einen stagnierenden privaten Verbrauch zurückzuführen ist. Der starke Rückgang des Verbrauchervertrauens bis einschließlich April 2026 und die im Prognosezeitraum erwarteten energiepreisbedingten Kaufkraftverluste deuten auf einen weiterhin verhaltenen privaten Konsum hin. Insgesamt ist somit mit einer Abschwächung der wirtschaftlichen Dynamik zu rechnen. Der Sachverständigenrat erwartet im Jahr 2026 einen Zuwachs des preisbereinigten BIP in Höhe von 0,9 %. Im Jahr 2027 dürfte der BIP-Anstieg dann 1,2 % betragen.

15. **Die Europäische Kommission hat in den vergangenen Monaten Verhandlungen zu Handelsabkommen mit den Mercosur-Staaten, Indien und Australien abgeschlossen** (Europäische Kommission, 2026a, 2026b, 2026c). Während die Abkommen mit Indien und Australien noch von den Mitgliedstaaten und dem Europäischen Parlament ratifiziert werden müssen, wird das Abkommen mit den Mercosur-Staaten seit dem 1. Mai 2026 vorläufig angewendet. Der Ausgang weiterer noch ausstehender Zustimmungsprozesse ist jedoch mit Unsicherheit behaftet. Im Fall Indiens würde der Abbau von Zöllen und sonstigen Handelshemmnissen ohnehin schrittweise in einer über bis zu 15-jährigen Übergangszeit erfolgen (Europäische Kommission, 2026b). Im Prognosezeitraum sind daher kaum Effekte durch die Handelsabkommen mit Indien und den Mercosur-Staaten für das BIP-Wachstum oder den Außenhandel im Euro-Raum zu erwarten (Deutsche Bundesbank, 2026a). Ein Grund hierfür ist nicht zuletzt, dass der Handel zwischen der EU und den betroffenen Staaten bislang gering ist. So hatten beispielsweise die Ausfuhren nach Indien, in die Mercosur-Staaten und Australien im Jahr 2025 lediglich einen Anteil von knapp 3 % an den Gesamtausfuhren Deutschlands (Statistisches Bundesamt, 2026a).

16. **Die konjunkturelle Erholung im Euro-Raum wird durch den Energieangebotschock unterbrochen.** ↘ **ZIFFER 10** Nach dem umfragebasierten Indikator der Europäischen Kommission hat sich das Verbrauchervertrauen im März und April 2026 deutlich verschlechtert und lag so niedrig wie zuletzt im Dezember 2022. ↘ **ABBILDUNG 8 RECHTS** Zudem hat sich die Unternehmensstimmung in den Bereichen Handel und Dienstleistungen eingetrübt. Die im Zuge des Iran-Kriegs stark angestiegenen Energiepreise ↘ **ZIFFER 27** sowie die Unsicherheit über die US-Zollpolitik bremsen jedoch den privaten Konsum und die Investitionstätigkeit der Unternehmen. Stützen dürfte die Konjunktur hingegen die staatlichen Mehrausgaben, vor allem im Bereich Verteidigung in Mitgliedstaaten wie Deutschland und den Niederlanden. Insgesamt dürfte die Finanzpolitik im Prognosezeitraum leicht

TABELLE 1

Bruttoinlandsprodukt und Verbraucherpreise ausgewählter Länder

Land/Ländergruppe	Gewicht in % ¹	Bruttoinlandsprodukt ²			Verbraucherpreise		
		Veränderung zum Vorjahr in %					
		2025	2026 ³	2027 ³	2025	2026 ³	2027 ³
Europa	29,2	1,6	1,0	1,3	4,6	4,9	4,0
Euro-Raum ⁴	16,9	1,5	0,7	1,0	2,1	3,0	2,6
darunter: Deutschland	4,7	0,3	0,4	0,6	2,3	3,1	2,8
Frankreich	3,2	0,9	0,5	0,8	0,9	2,6	2,3
Italien	2,4	0,7	0,5	0,5	1,6	2,9	2,8
Spanien	1,8	2,8	2,2	1,9	2,7	3,1	2,5
Niederlande	1,3	1,8	0,9	1,2	3,0	2,7	2,6
Vereinigtes Königreich	3,8	1,4	0,9	1,1	3,4	3,1	2,6
Russland	2,4	0,9	1,2	1,0	8,7	6,5	6,0
Mittel- und Osteuropa ⁵	2,0	2,4	2,1	2,3	4,0	4,4	3,2
Türkei	1,5	3,6	2,9	3,2	34,9	35,2	26,1
Andere Länder ⁶	2,5	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7	1,7
Amerika	36,4	2,1	1,8	1,9	3,5	4,1	3,4
USA	28,9	2,1	1,9	1,9	2,7	3,6	2,9
Lateinamerika ⁷	3,1	2,0	1,3	2,1	11,8	10,0	7,7
Kanada	2,2	1,7	1,0	1,5	2,1	2,7	2,3
Brasilien	2,1	2,6	2,1	2,1	5,0	4,3	4,0
Asien	32,7	4,6	4,2	4,0	1,0	1,7	1,3
China	18,5	5,0	4,5	4,5	0,0	0,7	0,2
Japan	4,2	1,2	0,5	0,8	3,2	1,9	2,3
Indien	3,7	7,3	6,9	6,5	2,2	4,7	3,6
Asiatische Industrieländer ⁸	3,6	3,7	4,5	2,2	1,7	2,4	2,3
Südostasiatische Schwellenländer ⁹	2,8	4,5	4,0	4,4	1,4	2,8	2,5
Insgesamt	100	2,7	2,3	2,3	3,0	3,5	2,8
Fortgeschrittene Volkswirtschaften ¹⁰	65,8	1,9	1,5	1,5	2,5	3,1	2,6
Schwellenländer ¹¹	34,2	4,4	4,0	4,0	3,9	4,3	3,2
nachrichtlich:							
exportgewichtet ¹²	100	2,1	1,7	1,8	.	.	.
nach dem Messkonzept des IWF ¹³	100	3,3	3,1	2,8	.	.	.
Welthandel ¹⁴		4,2	2,3	1,6	.	.	.

1 – Anteil des BIP des Jahres 2024 in US-Dollar der aufgeführten Länder oder Ländergruppen am BIP aller aufgeführten Länder bzw. Ländergruppen, die US-Dollar-gewichtet 90 % und gewichtet nach Kaufkraftparitäten 85 % des IWF-Länderkreises entsprechen. 2 – Preisbereinigt. Werte basieren auf saison- und kalenderbereinigten Quartalswerten. 3 – Prognose des Sachverständigenrates. 4 – Verbraucherpreisinflation auf Basis des HVPI. 5 – Polen, Rumänien, Tschechien und Ungarn. 6 – Dänemark, Norwegen, Schweden und Schweiz. 7 – Argentinien, Chile, Kolumbien und Mexiko.

8 – Hongkong, Republik Korea, Singapur und Taiwan. 9 – Indonesien, Malaysia, Philippinen und Thailand. 10 – Asiatische Industrieländer, Euro-Raum, Mittel- und Osteuropa, Australien, Dänemark, Japan, Kanada, Norwegen, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich und USA. 11 – Lateinamerika, südostasiatische Schwellenländer, Brasilien, China, Indien, Russland und Türkei. 12 – Summe der aufgeführten Länder, gewichtet mit den Anteilen an der deutschen Ausfuhr im Jahr 2024. 13 – Gewichte nach Kaufkraftparitäten und hochgerechnet auf den Länderkreis des IWF. 14 – Nach dem Messkonzept des niederländischen Centraal Planbureau (CPB).

Quellen: CPB, Eurostat, IWF, nationale Statistikämter, OECD, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-068-01

expansiv ausgerichtet sein. Laut Prognose des IWF dürfte das strukturelle Budgetdefizit im Euro-Raum im laufenden und kommenden Jahr um jeweils 0,2 Prozentpunkte zunehmen. Der Sachverständigenrat rechnet für den Euro-Raum ohne Deutschland mit preis-, saison- und kalenderbereinigten Zuwachsraten des jahresdurchschnittlichen BIP in Höhe von 0,8 % und 1,2 % im laufenden bzw. im kommenden Jahr.

17. **Die Weltkonjunktur dürfte sich im Prognosezeitraum leicht abschwächen.** Diese Verlangsamung wird maßgeblich durch den Energieangebotsschock im Zuge des Iran-Kriegs verursacht. Die höheren Energiepreise wirken sich bereits seit März 2026 inflationstreibend aus und dürften im Prognosezeitraum insbesondere die privaten Konsumausgaben dämpfen. Darüber hinaus belasten die weiterhin hohen US-Einfuhrzölle den globalen Warenhandel. Dementsprechend dürfte das globale BIP im Prognosezeitraum unter seinem langjährigen Durchschnitt bleiben. In dieser Prognose wird unterstellt, dass die Preise für Rohöl und Erdgas im Prognosezeitraum entsprechend der jeweiligen Terminpreise leicht sinken, aber weiterhin auf erhöhtem Niveau bleiben. [↘ KASTEN 4](#) Für die US-Einfuhrzölle wird angenommen, dass es nicht zu einer erneuten Verschärfung der US-Handelspolitik kommt. Insgesamt erwartet der Sachverständigenrat in den Jahren 2026 und 2027 einen Anstieg des globalen BIP um jeweils 2,3 %. Der globale Warenhandel dürfte im Jahr 2026 lediglich um 2,3 % zulegen. Im Jahr 2027 dürfte er mit 1,6 % abermals schwächer expandieren. [↘ TABELLE 1](#)

2. Höhere Energiepreise treiben Verbraucherpreise weltweit

18. Die **globale Verbraucherpreisinflation** lag im Jahresdurchschnitt 2025 bei 3,0 % und **im 1. Quartal 2026 bei 3,0 %** im Vergleich zum Vorjahresquartal. Der Iran-Krieg sowie die faktische Blockade der Straße von Hormus [↘ PLUSTEXT 1](#) haben das Angebot von fossilen Energieträgern stark verknappt und führten zu erheblichen Preissteigerungen. [↘ ZIFFERN 19 F](#). In der Folge stieg die Verbraucherpreis-inflation in vielen Volkswirtschaften im März 2026 deutlich an und dürfte erhöht bleiben. [↘ ZIFFERN 24 UND 31](#) Zudem treiben in vielen fortgeschrittenen Volkswirtschaften weiterhin höhere Dienstleistungspreise die Inflation. Nach wie vor unterscheidet sich der geldpolitische Kurs der Zentralbanken der größten Volkswirtschaften voneinander. [↘ ZIFFER 28](#) Während die EZB den Leitzins seit Sommer 2025 unverändert belassen hat, haben die Bank of England im Dezember 2025 und die Federal Reserve im September, Oktober und Dezember 2025 ihre Leitzinsen gesenkt.
19. Der **Preis für Rohöl der Sorte Brent** ist im März 2026 auf durchschnittlich 99 US-Dollar je Barrel gestiegen und lag im April 2026 mit durchschnittlich 102 US-Dollar je Barrel knapp über der 100 US-Dollar-Marke. [↘ ABBILDUNG 9 OBEN](#) Diese Grenze hatte der Rohölpreis zuletzt nach Russlands Angriff auf die Ukraine überschritten. Im Vergleich zum Vormonat stieg der Rohölpreis im März 2026 um 43 %. Dieser starke Anstieg ist auf die faktische Blockade der Straße von Hormus zurückzuführen, durch die rund 20 % des globalen Öl- und Mineralölproduktverbrauchs verschifft werden. [↘ PLUSTEXT 1](#) Als Reaktion auf den Iran-Krieg

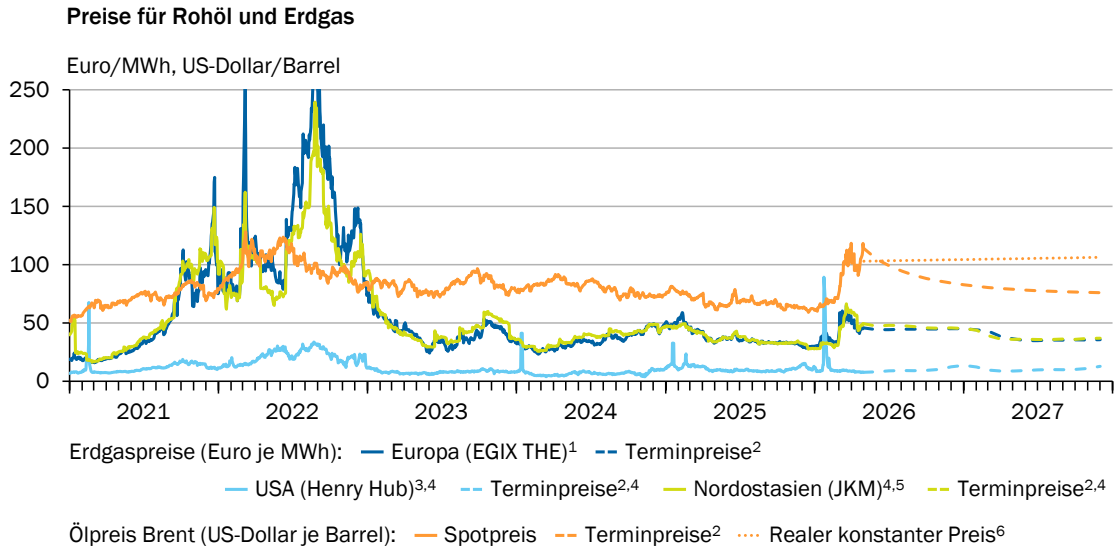
kündigten die 32 Mitgliedstaaten der Internationalen Energieagentur (IEA) am 11. März 2026 an, strategische Ölreserven in historischer Höhe von 400 Mio Barrel freizugeben (IEA, 2026). Dies entspricht dem Volumen an Rohöl und Ölprodukten, das vor dem Iran-Krieg typischerweise innerhalb von 20 Tagen durch die Straße von Hormus transportiert wurde (OECD, 2026). Nach Russlands Angriff auf die Ukraine wurden im März und April 2022 insgesamt 240 Mio Barrel von der IEA sowie den USA freigegeben (IEA, 2022). Der Preisanstieg im März 2026 übertrifft den Preisanstieg nach dem russischen Angriff deutlich. [↘ ABBILDUNG 9 UNTEN LINKS](#)

20. Die **Großhandelspreise für Erdgas** in Europa betragen im März 2026 durchschnittlich etwa 54 Euro je Megawattstunde (MWh) und waren damit rund 11 Euro höher als im Vorjahresmonat. [↘ ABBILDUNG 9 OBEN](#) In den ersten beiden Monaten des Jahres 2026 lag der europäische Erdgaspreis im Durchschnitt noch bei knapp 35 Euro je MWh. Der durchschnittliche Erdgaspreis in Nordostasien stieg im März 2026 ebenfalls auf etwa 54 Euro je MWh, nachdem dieser im Januar und Februar 2026 noch durchschnittlich bei knapp 31 Euro je MWh lag. Zum Anstieg der Erdgaspreise in Europa und Nordostasien seit Jahresbeginn 2026 trugen im Januar die extreme Kältewelle in der nördlichen Hemisphäre und anschließend die Verknappung des weltweiten Erdgasangebots aufgrund des Iran-Kriegs bei. Vor Kriegsbeginn wurden rund 20 % des global gehandelten Flüssigerdgases durch die inzwischen blockierte Straße von Hormus verschifft. Im April 2026 gingen die Preise für Erdgas in Europa leicht zurück und lagen bei durchschnittlich 46 Euro je MWh. In Nordostasien blieb der durchschnittliche Preis für Erdgas im April 2026 mit 52 Euro je MWh konstant.
21. Im Prognosezeitraum dürften die **Preise für Rohöl und Flüssigerdgas** in Europa und Nordostasien **deutlich erhöht** bleiben. Ein geringeres Angebot aufgrund von zerstörten Förderanlagen dürfte im Prognosezeitraum dazu beitragen (Dahan et al., 2026). Laut den Terminpreisen dürfte der Rohölpreis noch bis Juni 2026 über 100 US-Dollar je Barrel liegen und erst danach langsam abnehmen. [↘ ABBILDUNG 9 OBEN](#) Im April 2027 dürfte der Rohölpreis gemäß den Erwartungen an den Terminmärkten erstmals wieder unter 80 US-Dollar je Barrel fallen und bis zum Ende des Prognosezeitraums auf etwa 76 US-Dollar je Barrel zurückgehen. Für Erdgas in Europa deuten die Terminpreise darauf hin, dass der Erdgaspreis bis Februar 2027 bei über 44 Euro je MWh verbleiben und erst danach auf bis zu 35 Euro je MWh fallen dürfte. [↘ ABBILDUNG 9 OBEN](#)

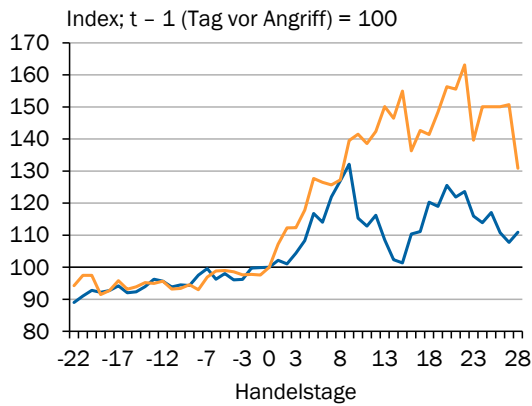
In den USA dürften die **Preise für Erdgas** im Prognosezeitraum zum Winter 2026/27 nur leicht steigen. [↘ ABBILDUNG 9 OBEN](#) Die Erdgaspreise in den USA sind stark von jenen in Europa und Nordostasien entkoppelt. Zum einen sind die USA Nettoexporteur von Erdgas. Zum anderen waren die Exportanlagen für Flüssigerdgas in den USA bereits vor dem Iran-Krieg stark ausgelastet, sodass die kurzfristige Ausfuhr von zusätzlichen Mengen begrenzt ist (EIA, 2026; Grimm et al., 2026).

22. **Verwerfungen an den Märkten für Rohöl und Flüssigerdgas** führen grundsätzlich zu **Preissteigerungen in allen Regionen**, da diese Waren global gehandelt werden. Kurzfristig könnten die wirtschaftlich dämpfenden Effekte

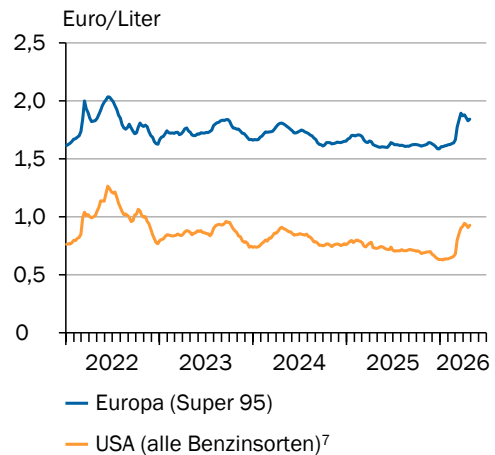
▾ **ABBILDUNG 9**
Energiepreise im Fokus



Anstieg des Rohölpreises im März 2026 stärker als nach dem Angriff Russlands auf die Ukraine



Benzinpreise in Europa und den USA



1 – Der European Gas Index (EGIX) basiert auf börslichen Handelsgeschäften mit den jeweils aktuellen Frontmonatskontrakten der Trading Hub Europe (THE). Ein Frontmonatskontrakt ist definiert als ein zum nächsten Monat fälliger Kontrakt, der an den Terminbörsen gehandelt wird. 2 – Durchschnittliche Terminpreise der vergangenen zehn Handelstage für den Juni 2026 und die folgenden Monate, abgerufen am 1. Mai 2026. 3 – Die Preise basieren auf der Lieferung am Henry Hub in Louisiana. Offizielle Tagesschlusspreise um 14:30 Uhr auf dem Parkett der New York Mercantile Exchange (NYMEX) für einen bestimmten Liefermonat. Aufgrund extremer Kälte in Kanada und den USA stieg die Nachfrage nach Erdgas zu Beginn der Jahre 2024 und 2026 vorübergehend stark an. 4 – Preis in US-Dollar/MMBtu (1 million British thermal units) umgerechnet in Euro/MWh. Für die Umrechnung der Terminpreise wird der letzte verfügbare Tageskurs verwendet. 5 – Japan Korea Marker (JKM) ist der nordostasiatische Spotpreisindex für Flüssigerdgas, das ab Schiff nach Japan und in die Republik Korea geliefert wird. 6 – Ölpreis fortgeschrieben mit einer jährlichen Inflationsrate von 2 %. 7 – Gewichteter Durchschnitt auf Basis einer Stichprobe von ca. 900 Tankstellen, Montag, 8:00 Uhr.

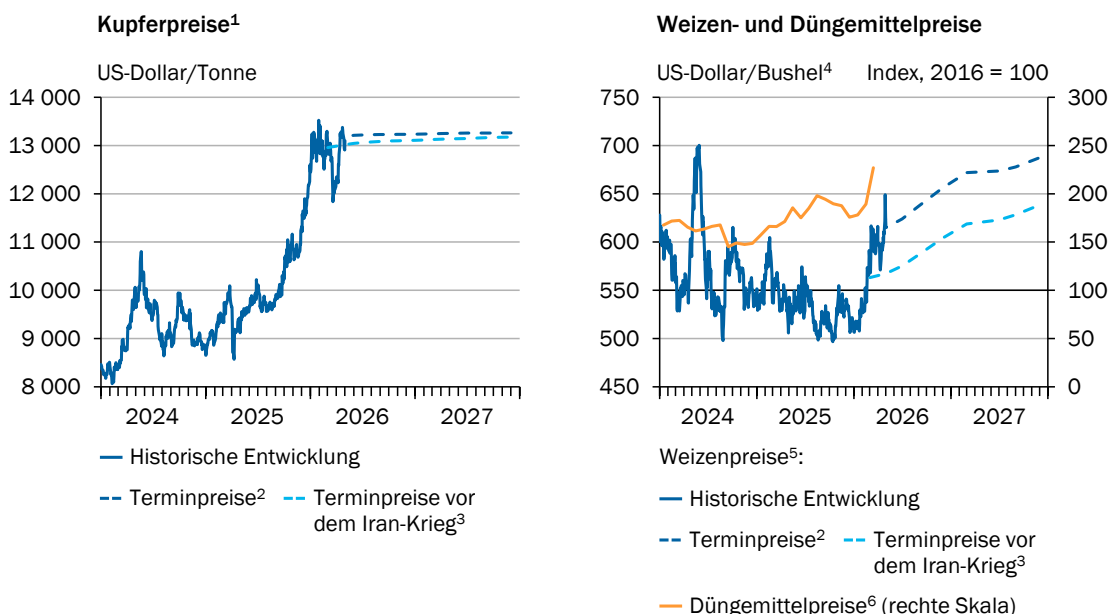
Quellen: EEX, EIA, Europäische Kommission, EZB, ICE, LSEG Datastream, NYMEX, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-022-03

jedoch regional unterschiedlich ausfallen. Insbesondere die asiatischen Industriestaaten und die südostasiatischen Schwellenländer sind teils in hohem Maß von Öl- und Gasimporten aus dem Nahen Osten abhängig (Adrian et al., 2026; Jones, 2026). Handelsströme und Bezugsquellen dürften sich erst mit Verzögerung anpassen. In diesem Anpassungsprozess dürften Volkswirtschaften mit höherer Zahlungsfähigkeit, wie die EU und die USA, tendenziell einen größeren Teil der weltweit verfügbaren Mengen absorbieren, sodass die Belastung in Asien stärker spürbar sein dürfte. [↪ PLUSTEXT 1](#)

23. Die **Preise für andere Rohstoffe** sind im Vergleich zum Januar 2026 **auf ähnlichem Niveau geblieben oder gestiegen**. Der Preis für **Kupfer** lag im April 2026 im Durchschnitt bei etwa 12 890 US-Dollar je Tonne, nachdem der Preis im März 2026 noch zurückgegangen war. Die Terminpreiskurve für die letzten zehn Handelstage hat sich gegenüber der Terminpreiskurve vor Beginn des Iran-Kriegs leicht nach oben verschoben. [↪ ABBILDUNG 10 LINKS](#) Bei Nahrungserzeugnissen deutet sich zudem Preisdruck an. Der durchschnittliche Preis für **Weizen** lag im April 2026 knapp 16 % über dem durchschnittlichen Preis im Januar 2026. [↪ ABBILDUNG 10 RECHTS](#) Höhere Preise für Energie und insbesondere Düngemittel dürften für diesen Anstieg verantwortlich sein (FAO, 2026). Die Preise für Düngemittel sind im März 2026 um knapp 20 % gegenüber dem Vormonat angestiegen. [↪ ABBILDUNG 10 RECHTS](#) Etwa ein Drittel der seegehandelten Düngemittelproduktion wurde vor dem Beginn des Iran-Kriegs durch die Straße von Hormus verschifft. Zudem ist der wichtigste Rohstoff für die Herstellung von Stickstoffdünger

[↪ ABBILDUNG 10](#)

Rohstoffpreise im Fokus



1 – Metalle gehandelt an der London Metal Exchange (LME). 2 – Durchschnittliche Terminpreise der vergangenen zehn Handelstage für den Mai 2026 und die folgenden Monate, abgerufen am 1. Mai 2026. 3 – Durchschnittliche Terminpreise der zehn Handelstage 16. bis 27. Februar 2026 für den März 2026 und die folgenden Monate. 4 – Amerikanisches Maß zur Bestimmung des Volumens einer Ware (z. B. Getreide), es entspricht 60 lbs (27,216 kg). 5 – Weizen gehandelt am Chicago Board of Trade (CBOT). 6 – Monatliche Werte, nicht saisonbereinigt.

Quellen: CBOT, IWF, LME, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-126-01

Erdgas. Die Terminpreise beispielsweise für Harnstoffdüngemittel sind bereits stark gestiegen. Dementsprechend hat sich die Terminpreiskurve für Weizen an den Finanzmärkten nach oben verschoben. [↘ ABBILDUNG 10 RECHTS](#)

24. Die **Verbraucherpreisinflation** ist **im März 2026 weltweit** in vielen Volkswirtschaften teils **stark gestiegen**. In den USA bzw. im Vereinigten Königreich lag sie im März 2026 jeweils bei 3,3 % gegenüber dem Vorjahresmonat. Im Euro-Raum stieg der harmonisierte Verbraucherpreisindex im März 2026 um 2,6 % gegenüber dem Vorjahresmonat. Höhere Preise für fossile Energieträger werden üblicherweise zügig auf Verbraucherinnen und Verbraucher überwältzt, beispielsweise bei den Kosten für Kraftstoffe. [↘ ABBILDUNG 9 UNTEN RECHTS](#) Weitere Preissteigerungen dürften folgen, wenn die Energieversorgungsverträge von privaten Haushalten erneuert werden (Konjunkturprognose 2022 Kasten 3) und Unternehmen die Preisanstiege für Vorleistungsgüter und Produktion an private Haushalte weitergeben. [↘ ZIFFER 31](#)

Vor Beginn des Iran-Kriegs war die **Entwicklung der Verbraucherpreis-inflation** in den großen fortgeschrittenen Volkswirtschaften **unterschiedlich**. Zwar hat die Inflation im Januar und Februar 2026 in den USA, im Vereinigten Königreich und im Euro-Raum gegenüber dem 4. Quartal 2025 abgenommen. Allerdings lag sie in den USA und dem Vereinigten Königreich im Februar 2026 mit 2,4 % bzw. 3,0 % gegenüber dem Vorjahresmonat noch deutlich über der Inflation von 1,9 % im Euro-Raum. [↘ ZIFFER 27](#) In den USA und dem Vereinigten Königreich wird die Inflation weiterhin wesentlich vom nominalen Lohnwachstum und einer dementsprechend anhaltend hohen Steigerung der Dienstleistungspreise getrieben (BoE, 2026; de Soyres et al., 2026).

25. **In den USA** dürfte die **Überwälzung der höheren US-Einfuhrzölle auf die Warenpreise noch nicht abgeschlossen** sein. Nach Schätzungen des Yale Budget Labs (2026) dürften bis einschließlich Januar 2026 die US-Zölle auf die Preise von importierten Konsumgütern zu 46 % bis 86 % bei Waren ohne Energie und Nahrungsmittel und zu 51 % bis 115 % bei langlebigen Gütern überwältzt worden sein. Die Preise für importierte Kernwaren sowie für langlebige Güter im Preisindex für persönliche Konsumausgaben (Personal Consumption Expenditures Index, PCE) sind im Jahr 2025 bis einschließlich Januar 2026 jeweils um 1,5 % gestiegen und liegen damit deutlich über den Vergleichswerten des Vorjahres. Die US-Regierung reduzierte im November 2025 aufgrund des anhaltenden Preisanstiegs die US-Einfuhrzölle auf einzelne Lebensmittel (Shalal und Lawder, 2025). Der weiterhin starke Anstieg bei den Lebensmittelpreisen bis einschließlich Februar 2026 deutet jedoch auf eine fortgesetzte Überwälzung hin (BLS, 2026).
26. **Chinas Inflationsrate** lag im März 2026 bei 1,0 % gegenüber dem Vorjahresmonat. Sie erreicht damit zwar **den zweithöchsten Wert seit drei Jahren**, der Preisanstieg ist jedoch geringer als in anderen Volkswirtschaften. Im Februar 2026 hatten die Verbraucherpreise aufgrund des Beginns des chinesischen Neujahrs und der damit verbundenen traditionellen Ferienzeiten noch um 1,3 % deutlich gegenüber dem Vorjahresmonat zugelegt. Die chinesischen Erzeugerpreise stiegen im März 2026 mit 0,5 % gegenüber dem Vorjahresmonat erstmals seit

drei Jahren wieder an. Maßgeblich wird dieser Anstieg durch höhere Energiepreise getrieben. Die Erzeugerpreise waren zuvor seit Oktober 2022 rückläufig und Ausdruck der verhaltenen Binnennachfrage sowie der stark ausgeweiteten Produktionskapazitäten in China (JG 2025 Ziffer 14).

27. Die **Inflation im Euro-Raum hat deutlich zugenommen**. Nachdem die Inflation in der 2. Jahreshälfte 2025 im Vorjahresvergleich um 2 % schwankte und im Januar 2026 sogar auf 1,7 % sank, hat die Teuerung am aktuellen Rand energiepreisbedingt spürbar angezogen. Im März 2026 lag die Verbraucherpreisinflation insgesamt bei 2,6 %. Während die Dienstleistungspreise weiterhin mit Raten von über 3 % zulegten, war der sprunghafte Anstieg vor allem auf die Energiepreise zurückzuführen. Diese nahmen um knapp 5 % gegenüber dem Vorjahr zu. Im Februar hatten sie noch um etwa 3 % unter ihrem Vorjahreswert gelegen. Laut Schnellmeldung setzte sich diese Entwicklung im April 2026 fort. Die Inflation stieg auf 3,0 % und die Preise für Energie stiegen um 10,9 % im Vergleich zum Vorjahr. Vor dem Hintergrund der Terminpreise für Rohöl und Erdgas dürfte der Preisauftrieb sich im Prognosezeitraum vorübergehend deutlich erhöhen. Die Preise für Rohöl werden sich gemäß den Erwartungen an den Terminmärkten im Prognosezeitraum allmählich zurückbilden. [↘ ZIFFER 21](#) In der Folge dürften sich Mineralölprodukte wie Kraftstoffe wieder langsam verbilligen. Preise für andere Energieträger wie Strom oder Erdgas, die typischerweise zu festen Tarifen über längere Laufzeiten bezogen werden, dürften erst verzögert in der Preisstatistik zu Buche schlagen (Grimm et al., 2023, 2026; Konjunkturprognose 2022 Kasten 3). Der Anstieg der Strompreise könnte jedoch in europäischen Mitgliedstaaten wie Frankreich oder Spanien, deren Stromproduktion weniger von Gas abhängt, geringer ausfallen (Grimm et al., 2026). Zunehmend dürfte teurere Energie im Prognosezeitraum auch auf nachgelagerte Produktionsstufen und andere Warengruppen ausstrahlen und die Kernrate, die aktuell noch bei 2,2 % liegt, erhöhen. Berechnungen der EZB legen nahe, dass eine Erhöhung der Preise für Vorleistungsgüter im Erzeugerpreisindex um 1 % die Preise für nicht-energetische Industriegüter im Verbraucherpreisindex über einen Zeitraum von zwölf Monaten um 0,3 % erhöht (Koester et al., 2021).

28. **Seit Jahresbeginn 2026** haben die Zentralbanken der USA, des Vereinigten Königreichs und des Euro-Raums den **Leitzins konstant** gehalten. [↘ ABBILDUNG 11 LINKS](#) In der 2. Jahreshälfte 2025 hatten einige Zentralbanken den Leitzins noch gesenkt. Während der Zinssatz der EZB seit Juni 2025 unverändert bei 2,0 % liegt, senkte die Federal Reserve im September, Oktober und Dezember 2025 den Leitzins dreimal in Folge. Am 1. Mai 2026 liegt die Federal Funds Rate zwischen 3,5 % und 3,75 %. Die Bank of England senkte ihren Leitzins zuletzt im Dezember 2025 auf 3,75 %. [↘ ABBILDUNG 11 LINKS](#)

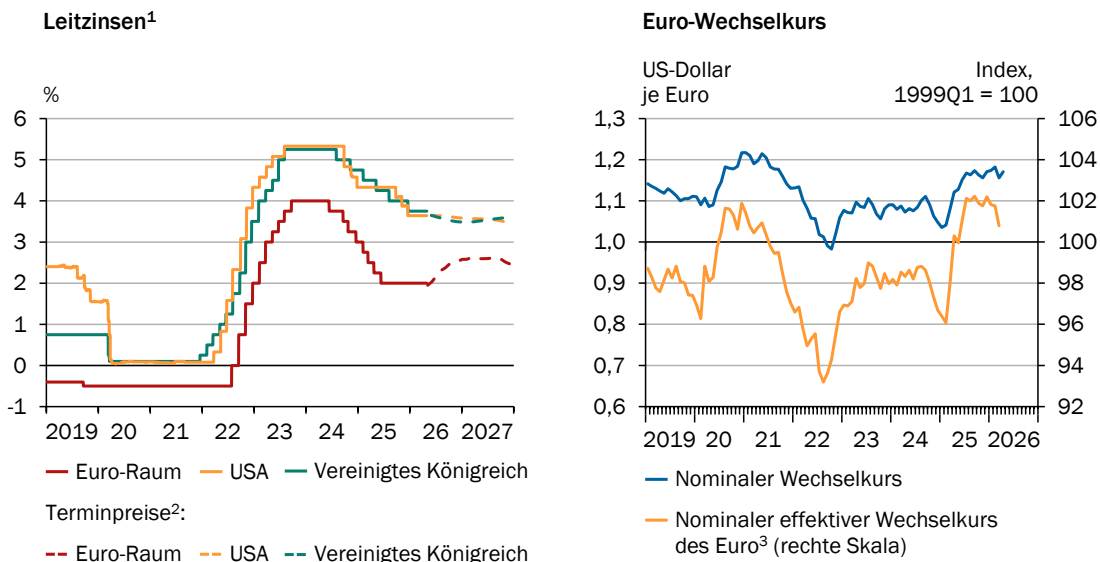
Infolge des Iran-Kriegs und der deutlich gestiegenen Preise für fossile Energieträger wurden die **Erwartungen zur Leitzinsentwicklung** an den Finanzmärkten **deutlich nach oben korrigiert**. Noch zu Jahresbeginn 2026 wurde an den Terminmärkten mit einer bis auf 3 % fallenden Federal Funds Rate im Jahr 2027 und einem konstanten EZB-Zinssatz von rund 2 % im gesamten Prognosezeitraum gerechnet. Im Durchschnitt der 2. Aprilhälfte 2026 wird an den Terminmärkten nun eine Anhebung des EZB-Zinssatzes um etwa 60 Basispunkte erwar-

tet. [↘ ABBILDUNG 11 LINKS](#) Der US-Leitzins dürfte nach Einschätzung an den Finanzmärkten im Jahr 2026 hingegen konstant bleiben und im Jahr 2027 geringfügig sinken. Dies spiegelt wider, dass mit höheren Verbraucherpreisen in beiden Volkswirtschaften gerechnet wird und erwartet wird, dass die Zentralbanken ihren Kurs anpassen. Sinkt das Zinsdifferential zwischen dem Euro-Raum und den USA wie an den Terminmärkten erwartet, stützt das den Euro. Die Nachfrage nach in Euro bewerteten Vermögenswerten, wie z. B. nach Staatsanleihen, würde steigen, da die relative Attraktivität von US-Anlagen sinkt.

29. Der **Euro wertete im Jahr 2025 deutlich** gegenüber dem US-Dollar um 11,7 % **auf**. [↘ ABBILDUNG 11 RECHTS](#) Gleichzeitig verlor der US-Dollar an Wert gegenüber den Währungen im Rest der Welt. Der nominale effektive Wechselkurs des Euro gegenüber einem gewichteten Durchschnitt von 17 wichtigsten Handelspartnern stieg im Jahr 2025 um 5,7 %. [↘ ABBILDUNG 11 RECHTS](#) Dieses Maß berücksichtigt im Gegensatz zu einem bilateralen Wechselkurs nicht nur die Veränderung gegenüber einer einzelnen Währung, sondern gegenüber verschiedenen Währungen gewichtet nach dem Handel mit den jeweiligen Staaten und ist damit repräsentativer (Deutsche Bundesbank, 2025a). Die Anstiege bei beiden Maßen zeigen eine Belastung der Exportwirtschaft im Euro-Raum an.

Ein Großteil der **Aufwertung des Euro im 2. Quartal 2025** lässt sich darauf zurückführen, dass die Risikobereitschaft gegenüber dem US-Dollar nachgelassen und sich die Stimmung gegenüber dem Euro verbessert hat (Lane, 2026). Eine Zerlegung der Seitwärtsbewegung des Euro-Dollar-Wechselkurses im

[↘ ABBILDUNG 11](#)
Geldpolitik und Wechselkurse



1 – Die betrachteten Leitzinsen sind der EZB-Zinssatz für die Einlagefazilität für den Euro-Raum, die Federal Funds Rate für die USA und die Bank Rate für das Vereinigte Königreich. 2 – Erwartungen der Marktteilnehmer/teilnehmer über die Zentralbankzinsen ermittelt aus den 30-tägigen Federal Funds Futures für die USA, Euro Short Term Rate (STR) Overnight Index Swaps implizierte Forward-Zinsen für den 1-Monats Euro STR für den Euro-Raum und den Overnight Index Swap Forwards für das Vereinigte Königreich. Durchschnittliche Terminpreise der vergangenen zehn Handelstage, abgerufen am 1. Mai 2026. 3 – Gegenüber den Währungen der 17 wichtigsten Handelspartner des Euro-Raums.

Quellen: BoE, CBOT, Deutsche Bundesbank, EZB, Fed, LIFFE, LSEG Workspace, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-051-01

4. Quartal 2025 durch die Deutsche Bundesbank (2026b) zeigt, dass eine bessere Einschätzung der Konjunktur sowie des Energieangebots im Euro-Raum den Euro gestützt haben. Für den Prognosezeitraum wird angenommen, dass der Wechselkurs des Euro gegenüber dem US-Dollar dem beobachteten Wechselkursniveau im April 2026 von 1,17 US-Dollar je Euro entspricht. [↪ KASTEN 4](#)

30. Trotz des konstanten Leitzinses der EZB **verschlechterten sich im Euro-Raum die Finanzierungsbedingungen** im 1. Quartal 2026 weiter. Dies betrifft insbesondere Kredite **an Unternehmen**: Nach der neuesten Bank Lending Survey der EZB (2026a) verschärften Banken ihre Kreditvergabestandards (d. h., ihre internen Richtlinien und Kreditvergabekriterien) deutlich, sowohl für große als auch für kleine und mittlere Unternehmen. Diese Verschärfung war stärker als noch zu Jahresbeginn erwartet und mehr als drei Mal so hoch wie im Durchschnitt seit dem Jahr 2014. Unter den vier großen Volkswirtschaften des Euro-Raums zeigte sich dies in ähnlichem Umfang in Deutschland, Frankreich und Spanien, während Banken in Italien ihre Kreditvergabestandards unverändert ließen. Als Haupttreiber dieser Entwicklung gelten laut den befragten Banken erhöhte Risiken hinsichtlich des konjunkturellen Ausblicks, gestiegene branchen- und unternehmensspezifische Risiken sowie eine niedrigere eigene Risikotoleranz. In diesem Zusammenhang verwiesen zahlreiche Banken auf die geopolitischen Spannungen und den Energiepreisanstieg.

Bei Krediten an private Haushalte zeigte sich hingegen ein differenziertes Bild: Während Banken die Vergabestandards für Wohnungsbaukredite nur leicht erhöhten, verschärften sie diese bei Konsumkrediten deutlich. Letztere ist vor allem auf eine erhöhte Risikoeinschätzung der Banken im Hinblick auf die Kreditwürdigkeit der Schuldnerinnen und Schuldner sowie ihre gesunkene Risikotoleranz zurückzuführen. Für das 2. Quartal 2026 erwarten die befragten Banken eine weitere teils markante Verschärfung ihrer Vergabestandards in allen drei Kreditkategorien. Zudem erwarten sie, dass regulatorische und aufsichtsrechtliche Maßnahmen, etwa höhere makroprudenzielle Eigenkapitalpuffer in einzelnen Mitgliedstaaten des Euro-Raums, auch im Jahr 2026 zu verschärften Kreditvergabestandards beitragen (EZB, 2026b).

31. Die **Verbraucherpreisinflation** dürfte weltweit **bis zum Frühjahr 2027 deutlich erhöht** bleiben, insbesondere in jenen Volkswirtschaften, die stark von Öl- und Gasimporten abhängig sind. Grund dafür ist die Überwälzung der im März 2026 stark gestiegenen Preise für fossile Energieträger. [↪ ZIFFERN 19 FF.](#) Kurzfristig erhöht der Anstieg der Energiekomponente die Verbraucherpreise. Zusätzlicher Preisdruck dürfte bei Lebensmitteln aufgrund des Preisanstiegs bei Düngemitteln entstehen. [↪ ZIFFER 23](#) Im weiteren Prognosezeitraum dürften sich zudem Waren, für deren Produktion Rohöl oder Erdgas benötigt wird, aufgrund höherer Produktionskosten verteuern. [↪ ZIFFER 24](#) Insgesamt prognostiziert der Sachverständigenrat für das Jahr 2026 eine globale Verbraucherpreisinflation in Höhe von 3,5 %. Im Jahr 2027 dürfte der Anstieg der Verbraucherpreise weltweit mit 2,8 % wieder geringer ausfallen, da sich die Preise für fossile Energieträger weiter normalisieren dürften. [↪ ZIFFER 21](#) Im Euro-Raum dürfte die Verbraucherpreisinflation im Jahr 2026 auf 3,0 % steigen und im Jahr 2027 bei 2,6 % liegen.

3. Risiken: Anhaltend hohe Energiepreise und Störung der Lieferketten

32. Im Zuge des Iran-Kriegs könnte die **Verfügbarkeit von Rohöl und Flüssigerdgas im Prognosezeitraum spürbar eingeschränkt** bleiben. So könnte der kumulierte Ausfall der Energieproduktion in den Golfstaaten im Prognosezeitraum das globale Energieangebot stärker als erwartet dämpfen. Es besteht somit das Risiko, dass die Preise für fossile Energieträger, insbesondere für Rohöl, im Prognosezeitraum im Gegensatz zur Erwartung an den Terminmärkten kaum zurückgehen. ↘ ZIFFER 21 Bei anhaltend erhöhten Preisen für Rohöl und Flüssigerdgas müssten private Haushalte einen noch größeren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für Energieträger aufwenden als im Basisszenario. Dies könnte den preisbereinigten privaten Konsum noch stärker dämpfen als bisher unterstellt. ↘ KASTEN 1 Gleichzeitig könnte sich der Druck bei Unternehmen verstärken, höhere Preise für Produktionsfaktoren und Energie an private Haushalte weiterzugeben. Beides könnte dazu führen, dass die Verbraucherpreise weltweit deutlich stärker steigen als prognostiziert und die gesamtwirtschaftliche Aktivität, insbesondere bei den privaten Konsumausgaben, stärker gedämpft wird als erwartet.
33. Bisher zeigen gängige Indikatoren zwar noch nicht, dass die Lieferketten unter Druck stehen (Caldara et al., 2025; New York Fed, 2026). In einzelnen Märkten, etwa für Weizen und Düngemittel, deuten stark gestiegene Preise jedoch auf potenzielle Engpässe hin. ↘ ZIFFER 23 Die Blockade der Straße von Hormus und steigende Sicherheitskosten im Seeverkehr haben bereits zu einer Verknappung des globalen Angebots an Rohöl und Flüssigerdgas geführt. ↘ ZIFFERN 19 F. Das könnte zu Verzögerungen und Verknappungen bei petrochemischen Vorprodukten, wie beispielsweise Düngemitteln ↘ ZIFFER 23 und Kunststoffen, sowie energieintensiven Grundstoffen, etwa Metallen und chemischen Erzeugnissen, führen. Eine **stärker eingeschränkte Verfügbarkeit von Düngemitteln** als in der Prognose angenommen könnte im Prognosezeitraum die landwirtschaftliche Produktion deutlich beeinträchtigen und dadurch die Lebensmittelpreise stärker erhöhen als erwartet. Zudem könnte es zu einer physischen Verknappung von Treibstoffen kommen. In der Folge könnten die Beschaffungskosten stärker als angenommen steigen. Das könnte sich **entlang der gesamten Wertschöpfungsketten in steigenden Produktionskosten niederschlagen** und zusätzlichen Aufwärtsdruck auf die Verbraucherpreisinflation ausüben.
34. Steigende Investitionen in Künstliche Intelligenz (KI) sowie positive Vermögens-effekte aus den hohen Aktienmarktpreisen auf private Konsumausgaben trugen im Jahr 2025 zum BIP-Wachstum in den USA bei ↘ KASTEN 2 und stützten zugleich die Weltkonjunktur. Eine mögliche **Überschätzung der Geschäftspotenziale von Technologieunternehmen** in den USA stellt jedoch ein Risiko für die Weltkonjunktur dar. Eine im Prognosezeitraum einsetzende Dämpfung der Erwartungen über die wirtschaftliche Nutzung von KI könnte eine abrupte Korrektur der Bewertungen von Technologieunternehmen verursachen und erhebliche Verwerfungen an den Finanzmärkten auslösen. Die Wahrscheinlichkeit einer solchen Korrektur steigt durch die aktuell hohen Energiepreise zusätzlich an, da die Nutzung von KI sehr energieintensiv ist. Daraus resultierende Finanzmarkturbu-

lenzen könnten nicht nur die Finanzmarktstabilität der Weltwirtschaft im Prognosezeitraum gefährden, sondern auch realwirtschaftliche Implikationen haben. Investitionen im Technologiesektor könnten spürbar zurückgehen und sich in einer schnellen und starken Kontraktion der Ausrüstungsinvestitionen in den USA und der Exporte von Ausrüstungsgütern aus den asiatischen Industrieländern ausdrücken. Da zudem viele private Haushalte, insbesondere in den USA, erheblich am Aktienmarkt partizipieren, könnten solche Kursverluste zu Vermögensverlusten und infolgedessen zu einem starken Rückgang der privaten Konsumausgaben führen.

▸ KASTEN 4

Prognoseannahmen

Die Preise für fossile Energieträger sind im März 2026 in Folge des Iran-Kriegs und der faktischen Blockade der Straße von Hormus deutlich angestiegen. [▸ ZIFFER 19](#) [▸ PLUSTEXT 1](#) Im gesamten 1. Quartal 2026 ist der Anstieg im Quartalsvergleich jedoch moderat, da die Preise im Januar und Februar 2026 im Vergleich zum Vorjahr tendenziell unterdurchschnittlich ausfielen. Im April 2026 lag der Rohölpreis bei 102 US-Dollar je Barrel. Zwar dürfte der Preis gemäß den Erwartungen an den Terminmärkten im weiteren Jahresverlauf sinken, jedoch dürfte Rohöl im 1. Quartal 2027 noch immer knapp 82 US-Dollar je Barrel kosten und bis zum Ende des Prognosezeitraums auf nur etwa 76 US-Dollar je Barrel fallen. [▸ TABELLE 2](#) Die Großhandelspreise für Gas in Europa lagen im April 2026 bei etwa 46 Euro je MWh. Bis einschließlich des 1. Quartals 2027 bleiben die Terminpreise mit Quartalsdurchschnitten von knapp über 44 Euro je MWh erhöht. [▸ TABELLE 2](#) Erst ab dem 2. Quartal 2027 wird an den Terminmärkten erwartet, dass sich die Preise an 35 Euro annähern. Der Großhandelspreis für Strom in Deutschland stieg im März 2026 ebenfalls an. Das liegt teilweise an höheren Kosten für die Stromproduktion durch Gaskraftwerke. Die Terminpreise für Strom normalisieren sich ab dem Jahr 2027 wieder. [▸ TABELLE 2](#)

Der Einlagezins der EZB ist seit Juni 2025, anders als jener der Federal Reserve in den USA, unverändert. [▸ ZIFFER 28](#) An den Terminmärkten wird damit gerechnet, dass der Leitzins bis zum 1. Quartal 2027 um etwa 60 Basispunkte steigt und im verbleibenden Prognosezeitraum auf diesem Niveau verharrt. [▸ TABELLE 2](#) Der Wechselkurs des Euro gegenüber dem US-Dollar liegt im 1. Quartal 2026 bei 1,17 US-Dollar je Euro und hat sich damit nach der starken Aufwertung im Sommer 2025 kaum verändert. [▸ ZIFFER 29](#) Für den Prognosezeitraum wird das zum Datenschluss beobachtete durchschnittliche Wechselkursniveau im April 2026 von 1,17 US-Dollar je Euro konstant fortgeschrieben.

In der Prognose wird entsprechend der Erwartungen an den Terminmärkten angenommen, dass die Verwerfungen an den globalen Energiemärkten im Jahresverlauf nachlassen. Zudem wird angenommen, dass es nicht zu einer weiteren Verschärfung der US-Handelspolitik kommt und die bisher abgeschlossenen Zollabkommen weltweit eingehalten werden.

▾ TABELLE 2

Prognoseannahmen¹

	2025				2026				2027			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Ölpreis (Brent) ²												
US-Dollar/Barrel	75,1	66,9	68,2	63,1	78,1	106,8	94,8	86,1	81,5	78,9	77,2	76,2
Gaspreis (EGIX THE) ²												
Euro/MWh	47,7	36,7	34,0	31,4	41,5	44,0	44,5	44,9	44,1	36,5	35,1	35,5
Strompreis (EEX Phelix) ²												
Euro/MWh	118,0	77,4	89,6	95,1	104,6	81,5	92,4	109,5	106,5	76,4	84,2	96,6
EZB-Einlagezins ^{2,3}												
% p. a.	2,8	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,5
Wechselkurs (EZB) ⁴												
US-Dollar je Euro	1,05	1,13	1,17	1,16	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17

1 – Bis 2026Q1 beobachtete Werte; ab 2026Q2 Annahmen. 2 – Annahmen entsprechen den durchschnittlichen Terminpreisen der vergangenen zehn Handelstage, abgerufen am 1. Mai 2026 3 – Zinssatz für die Einlagefazilität. 4 – Der Wechselkurs wird ab dem 2. Quartal 2026 mit dem Durchschnitt der Tageswerte im April 2026 fortgeschrieben.

Quellen: EEX, EZB, ICE, LSEG Workspace, NYMEX, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-048-02

III. DEUTSCHLAND

35. Die deutsche Wirtschaft ist nach den Rezessionsjahren 2023 und 2024 im vergangenen Jahr preisbereinigt um 0,2 % gegenüber dem Vorjahr gewachsen. Dieser Anstieg ging vor allem auf die privaten Konsumausgaben zurück. Die **deutschen Warenexporte** sind das dritte Jahr in Folge gesunken. Die **Investitionen** entwickelten sich weiterhin **schwach**, und die **Kapazitäten im Verarbeitenden Gewerbe** und im **Hochbau sind unterausgelastet** (ifo Institut, 2026b). Neben dem anhaltend turbulenten geopolitischen Umfeld und der US-Handelspolitik lastet die sinkende Wettbewerbsfähigkeit deutscher Industriegüter auf der Konjunktur. [↘ ZIFFER 42](#)
36. Die sich zu Jahresbeginn 2026 abzeichnende leichte Verbesserung der wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland wird nun durch einen erneuten Schock gedämpft. Die kriegsbedingte Blockade der Straße von Hormus beeinträchtigt die globalen Energiemärkte stark. Das deutsche BIP dürfte im Prognosezeitraum aufgrund der **gestiegenen Energiepreise** [↘ ZIFFERN 19 F.](#) erneut nur leicht wachsen. Zum einen dürften die privaten Investitionen gedämpft expandieren. [↘ ZIFFERN 53 F.](#) Zum anderen dürfte die Überwälzung der erhöhten Energiepreise auf die Verbraucherpreise zu Kaufkraftverlusten bei den privaten Haushalten und zu einer schwächeren Verbraucherstimmung führen. So dürfte der private Konsum im Prognosezeitraum deutlich schwächer expandieren als im vergangenen Jahr. [↘ ZIFFER 50](#) Darüber hinaus dürfte die sich abschwächende Weltkonjunktur [↘ ZIFFER 17](#) die Warenexporte im Prognosezeitraum weiter dämpfen.

Stützend wirken sich hingegen die **öffentlichen Ausgaben** im Rahmen des im März 2025 beschlossenen Finanzpakets aus. [↘ ZIFFER 45](#) Diese dürften im gesamten Prognosezeitraum zu spürbaren Zuwächsen bei den öffentlichen Tiefbau- und Ausrüstungsinvestitionen führen [↘ ZIFFERN 53 F.](#) und auch der Staatskonsum dürfte kräftig expandieren. Zudem sind auch die Frühindikatoren im privaten Wohnbau aufwärtsgerichtet. Der Sachverständigenrat erwartet, dass **das deutsche BIP im Jahr 2026 um 0,5 % und im Jahr 2027 um 0,8 % wächst**. Davon gehen im Jahr 2026 0,3 Prozentpunkte und im Jahr 2027 0,1 Prozentpunkte auf den Kalendereffekt zurück. **Die Verbraucherpreisinflation dürfte sich im Jahr 2026 auf 3,0 % und im Jahr 2027 auf 2,8 % belaufen**. Die Kerninflation dürfte im Jahr 2026 2,3 % und im Jahr 2027 2,9 % betragen.

37. In der vorliegenden Prognose wird unterstellt, dass sich der Rohölpreis im Prognosezeitraum entsprechend den zum Datenschluss am 1. Mai 2026 geltenden Terminpreisen entwickelt. [↘ KASTEN 4](#) Angesichts der Verwerfungen in der Golfregion könnte die Verfügbarkeit von Rohöl und Flüssigerdgas jedoch über einen längeren Zeitraum spürbar eingeschränkt sein und der Rohölpreis länger über den derzeitigen Erwartungen an den Terminmärkten liegen. Die **Prognose** ist daher mit **erheblichen Risiken behaftet**. Um dieser hohen Prognoseunsicherheit Rechnung zu tragen, wird ergänzend ein Szenario für das deutsche BIP-Wachstum und die Inflation betrachtet, das eine alternative Entwicklung des Rohölpreises abbildet. [↘ KASTEN 7](#) In diesem wird angenommen, dass der Rohölpreis im Mai 2026 auf 120 US-Dollar je Barrel steigt und bis Oktober 2026 auf diesem Niveau verharrt.

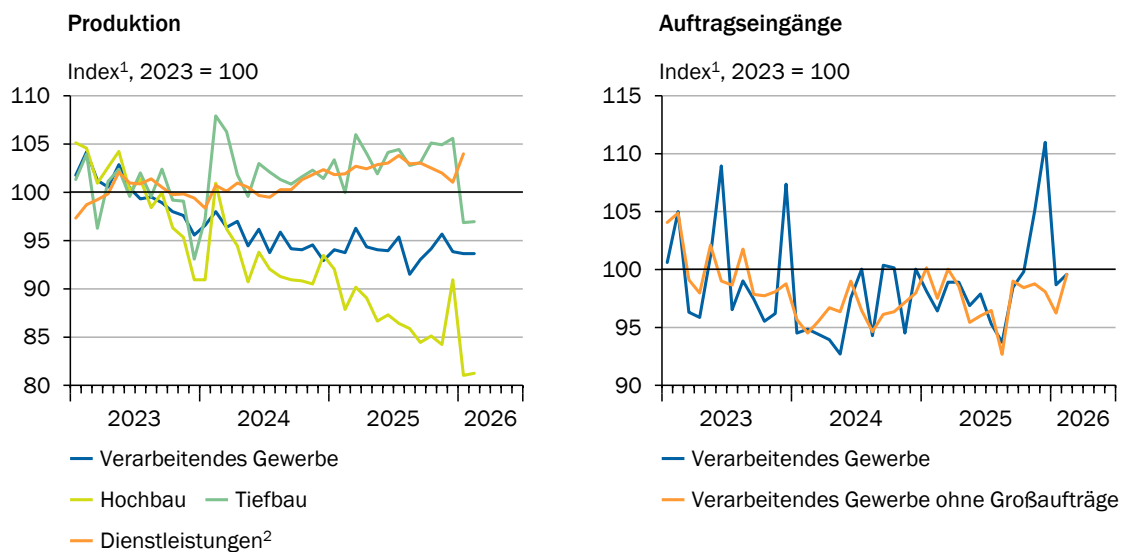
Zudem wird angenommen, dass der Rohölpreis ab November 2026 wieder zurückgeht und im 2. Quartal 2027 die Marke von 100 US-Dollar je Barrel unterschreitet. Der Sachverständigenrat schätzt, dass das BIP unter diesen Bedingungen im Jahr 2026 nur um 0,2 % und im Jahr 2027 um 0,5 % wachsen dürfte. Die Verbraucherpreisinflation dürfte dann im Jahr 2026 bei 3,5 % und im Jahr 2027 bei 3,2 % liegen.

1. Realwirtschaft: Konjunkturelle Erholung unter erschwerten Bedingungen

38. Die **konjunkturelle Lage in Deutschland** ist zu Jahresbeginn 2026 trotz leichter Verbesserungstendenzen **weiterhin schwach**. [ABBILDUNG 12 LINKS](#) Die Produktion im Verarbeitenden Gewerbe stagniert seit Mitte des Jahres 2024 weitgehend. Die schon seit Mitte des Jahres 2018 im Trend anhaltende Produktionschwäche zeigt sich in der Breite des Verarbeitenden Gewerbes (JG 2025 Ziffern 40 f.). Die Dienstleistungsproduktion war zwischen September und Dezember 2025 rückläufig. Die Erholung im Januar geht insbesondere auf die unternehmensnahen Dienstleistungen zurück. Hier legte vor allem die Produktion in den Wirtschaftszweigen Verkehr und Lagerei sowie Information und Kommunikation deutlich zu. Allerdings sind die Geschäftserwartungen im Dienstleistungssektor im März und April 2026 deutlich zurückgegangen und im April unter anderem in der Güterbeförderung im Straßenverkehr stark eingebrochen (ifo Institut, 2026b).

▸ ABBILDUNG 12

Konjunkturindikatoren



1 – Volumenindex; saison- und kalenderbereinigte Werte. 2 – Umfasst Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe, Information und Kommunikation, Grundstücks- und Wohnungswesen, Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-036-01

Die Lage im Baugewerbe hat sich zum Jahresende 2025 etwas verbessert. So ist die Produktion im Tiefbau seit Herbst 2024 im Trend gewachsen und auch in der Produktion im Hochbau sind im Dezember 2025 erste Aufwärtstendenzen sichtbar. Die positiven Entwicklungen im Bau wurden durch die niedrigen Temperaturen im Januar und Februar 2026 unterbrochen, dürften sich im weiteren Verlauf des Jahres 2026 aber in abgeschwächter Form fortsetzen. Die stark gestiegenen Energiepreise dürften die Bauproduktion deutlich dämpfen.

39. Die aufgrund des Iran-Kriegs **stark erhöhten Energiepreise** und deren Transmission in die Realwirtschaft [↪ KASTEN 1](#) dürften das deutsche BIP-Wachstum im Prognosezeitraum dämpfen. Die Geschäftserwartungen haben sich im März und im April erneut in allen Wirtschaftsbereichen deutlich gegenüber den Geschäftserwartungen im Februar 2026 verschlechtert. In energieintensiven Industriezweigen wie der Chemieindustrie sind die Geschäftserwartungen besonders stark gefallen (ifo Institut, 2026b). Hier ist die Produktion bereits im Zuge des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine deutlich geschrumpft und verharnt seither auf niedrigem Niveau. Der Sachverständigenrat hat mit einer strukturellen Vektorautoregression die Auswirkungen eines Ölangebotschocks auf die deutsche Wirtschaft untersucht, der dem Preisanstieg um rund 60 % im März 2026 entspricht. [↪ ABBILDUNG 13](#) Die Analyse zeigt, dass ein solcher struktureller Schock unmittelbar zu einer signifikant höheren Verbraucherpreis-inflation, einer sich verschlechternden Konsumentenstimmung und zu sinkenden Einzelhandelsumsätzen führt. Der Anstieg der Verbraucherpreis-inflation wird dabei kurzfristig vom Anstieg der Teilindizes für Energie und Nahrungsmittel getrieben. Dies dürfte den preisbereinigten privaten Konsum im Prognosezeitraum schwächen. Die Industrieproduktion sinkt in Reaktion auf den Ölangebotschock, weil die Preise importierter Rohstoffe ansteigen. [↪ ZIFFER 60](#)

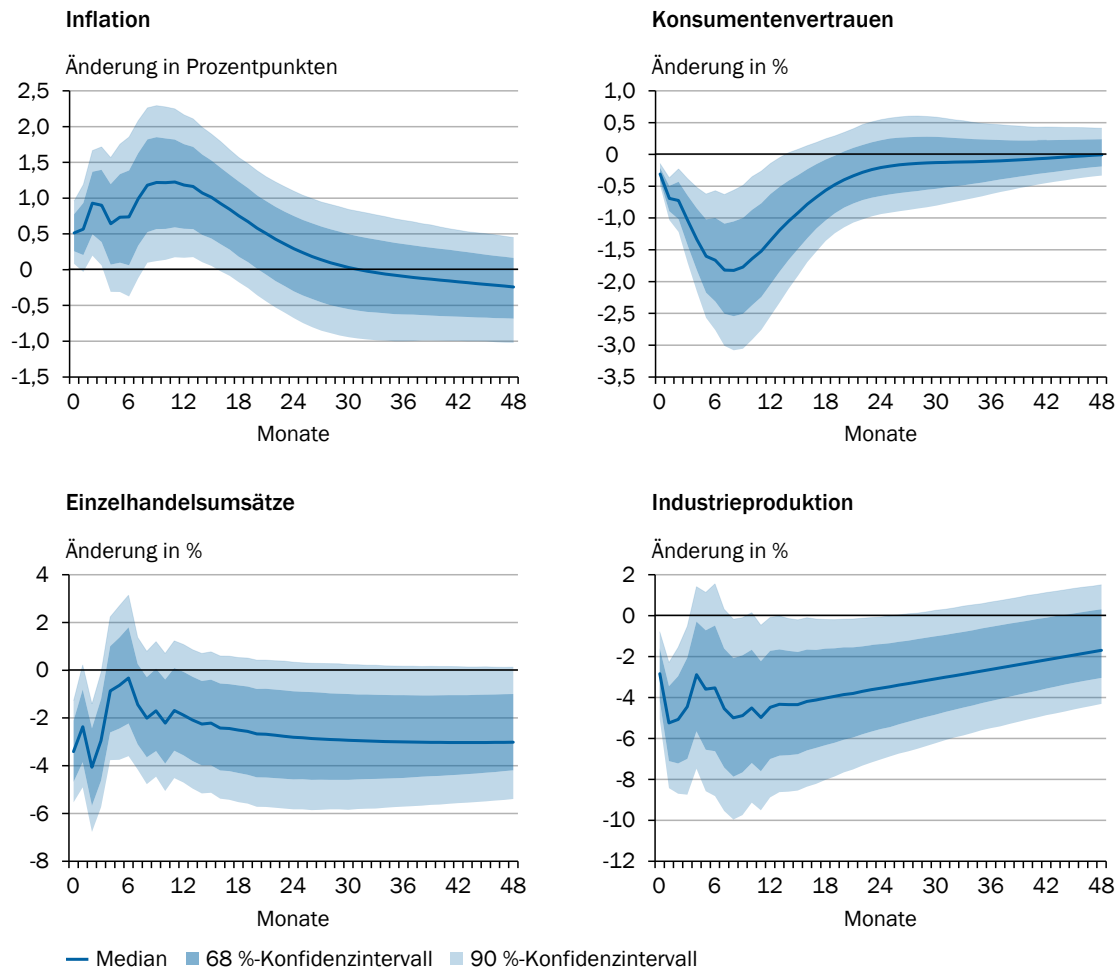
Im Vergleich zu anderen Engpässen auf Seewegen ist die direkte **Bedeutung der Straße von Hormus** [↪ PLUSTEXT 1](#) **für den deutschen Außenhandel relativ gering** (Bodenschatz et al., 2026). Weniger als 1 % der gesamten deutschen Importe und Exporte passieren diese Straße (Bodenschatz et al., 2026; Bodenschatz und Flach, 2026).

40. Das **Verarbeitende Gewerbe entwickelt sich weiterhin schwach**. Seit dem Jahr 2023 expandierte die preis-, saison- und kalenderbereinigte Bruttowertschöpfung in nur einem Quartal. Die Industrieproduktion ist im Dezember 2025 gesunken und stagniert seither. [↪ ABBILDUNG 12 LINKS](#) Die Auftragseingänge im Verarbeitenden Gewerbe waren nach einem starken Anstieg zum Jahresende 2025 im Januar 2026 deutlich rückläufig und erholten sich im Februar nur leicht. [↪ ABBILDUNG 12 RECHTS](#) Bereinigt um Großaufträge stagnieren die Auftragseingänge im Verarbeitenden Gewerbe seit Januar 2024 in der Tendenz. Im Februar 2026 nahmen sie leicht zu. Die starken Zuwächse bei den Auftragseingängen inklusive Großaufträge zum Jahresende 2025 kamen sowohl aus dem Inland als auch aus dem Ausland.
41. Seit dem Jahr 2025 belasten die protektionistische und unsichere Ausrichtung der US-Handelspolitik [↪ ZIFFER 13](#) sowie die Aufwertung des Euro die deutschen Warenexporte in die USA. [↪ ZIFFER 29](#) So sanken die Exporte in die USA im Jahr 2025 um 8,9 % gegenüber dem Vorjahr. [↪ ZIFFER 56](#) Besonders stark war der Rück-

gang bei den Kraftfahrzeugen und Landfahrzeugen. Mit dem Urteil des US-amerikanischen Supreme Court und dem derzeit geltenden Basiszoll [PLUSTEXT 2](#) dürften sich die Rahmenbedingungen für deutsche Exporte in die USA nur leicht geändert haben. Der erneute Anstieg der handelspolitischen Unsicherheit dürfte sich jedoch negativ auf die Investitionsentscheidungen der Unternehmen auswirken.

▸ **ABBILDUNG 13**

Makroökonomische Effekte eines Ölangebotsschocks auf die deutsche Wirtschaft
 Impuls-Antwort-Funktionen bei einem Anstieg des Rohölpreises um 60 % in Reaktion auf einen Ölangebotsschock¹



1 – Die Vektorautoregression wurde für den Zeitraum von Januar 1974 bis Juni 2025 mit zwölf Lags und mit folgenden Zeitreihen geschätzt: nominaler Rohölpreis (WTI-Spotpreis), globale Rohölproduktion, Lagerbestände für Rohöl in den OECD-Staaten, Weltindustrieproduktion, Industrieproduktion in Deutschland, Konsumentenvertrauen in Deutschland, Einzelhandelsumsätze in Deutschland und Verbraucherpreisinflation in Deutschland. Die Zeitreihe zur Weltindustrieproduktion umfasst die Industrieproduktion in den OECD-Staaten, Brasilien, China, Indien, Indonesien, Russland und Südafrika. Die Zeitreihe wurde ursprünglich in Baumeister und Hamilton (2019) verwendet und wird durchgehend aktualisiert. Alle Zeitreihen (bis auf die Inflationsrate) gehen in die Vektorautoregression als logarithmierte Niveaus ein. Die Inflationsrate geht in Prozent und im Vergleich zum Vorjahresmonat in die Vektorautoregression ein. Das ökonomische Instrument, das für die Identifikation des strukturellen Schocks verwendet wird, stammt ursprünglich aus Känzig (2021) und wurde zuletzt für den Zeitraum von Juli 1983 bis Juni 2025 aktualisiert. Die Reaktion des nominalen Rohölpreises (WTI) auf den identifizierten Ölangebotsschock wird auf einen Anstieg von 60 % normiert. Die Ergebnisse der asymmetrischen Ölangebotsschocks, die nur Anstiege des Rohölpreises als Reaktion hervorrufen, basieren auf dem Ansatz von Forni et al. (2025).

Quellen: Baumeister und Hamilton (2019), EIA, Fed, Forni et al. (2025), IWF, Känzig (2021), LSEG Datastream, OECD, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-127-01

42. Die **Schwäche der deutschen Warenexporte** in Staaten außerhalb der EU belastet das inländische Verarbeitende Gewerbe. Während die Warenexporte in Staaten der EU im Jahr 2025 um 4,2 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind, sind sie in Staaten außerhalb der EU um 2,7 % gesunken. Dabei dürfte die Konkurrenz durch chinesische Industrieunternehmen sowohl die deutschen Ausfuhren nach China als auch in andere Staaten dämpfen. [↘ KASTEN 5](#) Im Jahr 2025 gingen nur noch etwa 5,2 % der deutschen Ausfuhren nach China. Im Jahr 2019 lag der Anteil noch bei 7,2 %. Die **Exportstruktur Chinas gleicht sich zunehmend an jene in Deutschland an**. So konkurrieren Unternehmen der beiden Länder vermehrt um den Absatz von Waren im Bereich des Maschinenbaus und des Fahrzeugbaus. Gleichzeitig sinken die **Exportpreise chinesischer Waren in US-Dollar seit dem Jahr 2022 deutlich**. Im Jahr 2025 lagen sie um 16,5 % niedriger als im Jahr 2022, während die deutschen Warenexportpreise in US-Dollar um 10,6 % gestiegen sind.

[↘ KASTEN 5](#)

SVR-Analyse: Deutsche und chinesische Warenexporte

Die exportorientierte deutsche Industrie verliert zunehmend den Anschluss an die Weltwirtschaft. Der Anteil der deutschen Exporte am weltweiten Warenhandel ist von 8,3 % im Jahr 2016 auf 6,7 % im Jahr 2025 gesunken. Zudem zeigen Daten der deutschen Außenhandelsstatistik, dass die preisbereinigten Warenexporte des Verarbeitenden Gewerbes gegenüber dem Jahr 2019 in fast allen Bereichen gesunken sind. [↘ ABBILDUNG 14 OBEN LINKS](#)

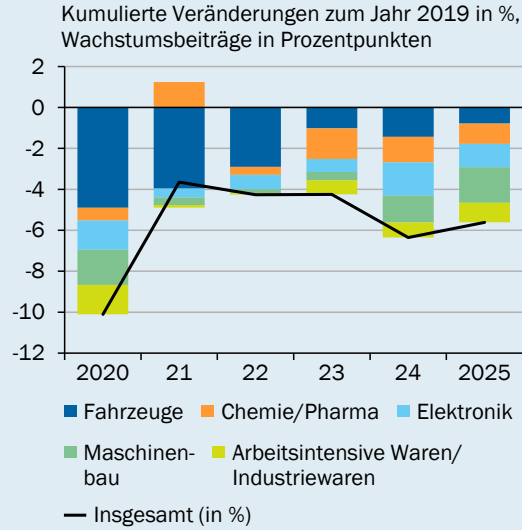
Ein Grund für die Schwäche der deutschen Warenexporte dürfte die starke Konkurrenz durch chinesische Industrieunternehmen sein. China gleicht seine Exportstruktur an jene großer Industrieländer an. Dies lässt sich anhand der Entwicklung des Exportähnlichkeitsindex zeigen. [↘ ABBILDUNG 14 OBEN RECHTS](#) Der Exportähnlichkeitsindex misst den Grad der Überlappung zwischen den Exportstrukturen zweier Länder nach Warengruppen. Er nimmt Werte zwischen 0 (vollständig unterschiedliche Exportprofile) und 100 (identische Exportprofile) an (Finger und Kreinin, 1979). Die Annäherung der deutschen und chinesischen Exportstrukturen ist vor allem auf den Maschinenbau und die Automobilindustrie zurückzuführen. In beiden Bereichen weist Deutschland weiterhin eine stärkere Spezialisierung auf als China, d. h. ihr Anteil an den deutschen Gesamtexporten ist höher als der entsprechende Anteil an den chinesischen Exporten. Allerdings ist der Unterschied in der Spezialisierung im Zeitverlauf kleiner geworden und hat sich seit dem Jahr 2016 insbesondere im Fahrzeugbau spürbar verringert. [↘ ABBILDUNG 14 UNTEN LINKS](#)

Dabei hat sich vor allem Chinas Exportstruktur in den vergangenen 15 Jahren verändert, [↘ ABBILDUNG 14 UNTEN RECHTS](#) während die Exportstruktur Deutschlands deutlich weniger Dynamik zeigte. In China sank beispielsweise der Anteil von arbeitsintensiven Fertigwaren wie Kleidung oder Textilien gegenüber dem Jahr 2014 deutlich. Gleichzeitig ist der Anteil von Produkten aus der Chemieindustrie, dem Maschinenbau und dem Fahrzeugbau gegenüber dem Jahr 2019 gestiegen. Zudem zeichnen sich auch innerhalb der Sektoren Verschiebungen ab. Im Elektroniksektor zeigt sich beispielsweise eine Verschiebung von der Endmontage von Elektronikprodukten (z. B. Telekommunikationsgeräte, darunter Smartphones) zu technologieintensiven Elektronikkomponenten wie Halbleitern. [↘ ABBILDUNG 14 UNTEN RECHTS](#)

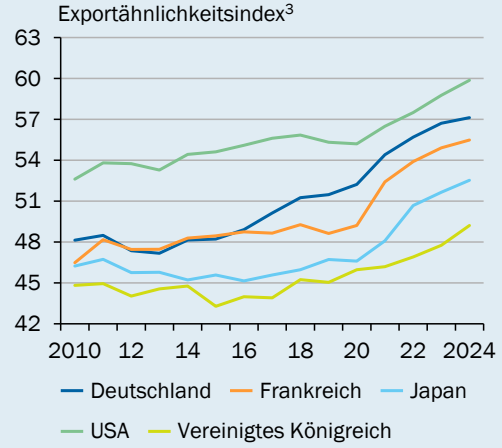
▸ **ABBILDUNG 14**

Deutsche und chinesische Warenexporte des Verarbeitenden Gewerbes¹

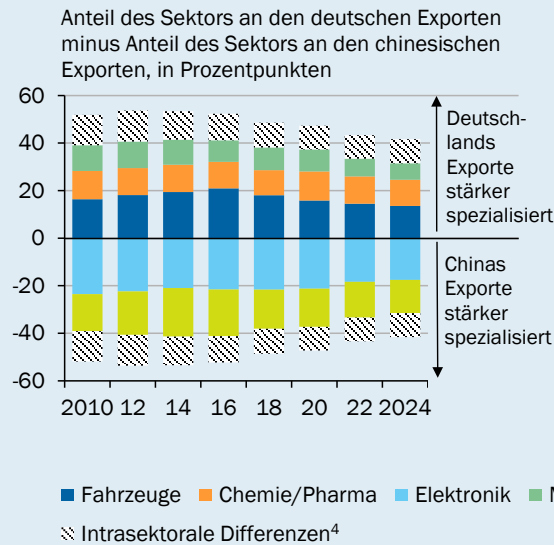
Deutsche Warenexporte des Verarbeitenden Gewerbes²



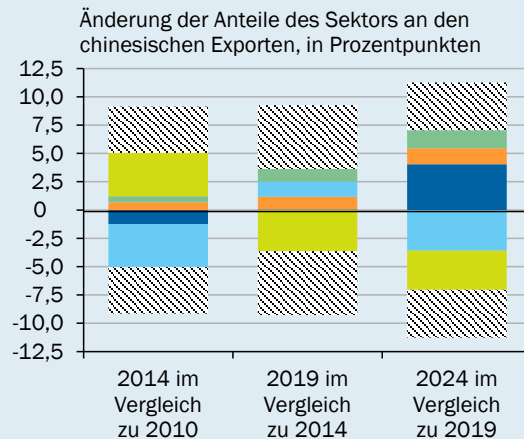
Exportähnlichkeiten zwischen China und anderen Staaten



Unterschiede in der Spezialisierung der deutschen und der chinesischen Exporte



Veränderung der chinesischen Exportstruktur über die Zeit



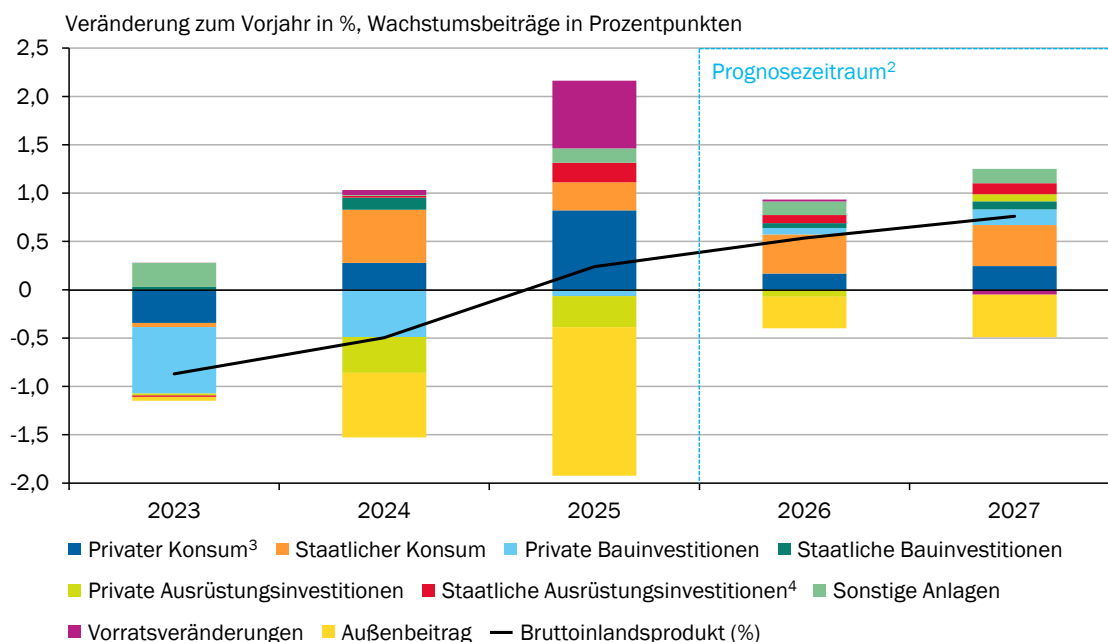
1 – Ohne Lebensmittelindustrie. 2 – Abgrenzung nach der Außenhandelsstatistik, Ausfuhr in 1 000 Euro Volumen, Basisjahr 2021. 3 – Der Exportähnlichkeitsindex misst die Deckung der Exportprofile zweier Länder nach Produktgruppen, hier auf Ebene der SITC 3-Steller. 4 – Die Produktgruppen auf Ebene der SITC 3-Steller sind farblich Sektoren zugeordnet. Voll eingefärbte Säulen zeigen die Nettodifferenz auf Sektorebene. Der schraffierte Bereich erfasst intrasektorale Unterschiede, bei denen höhere Anteile einzelner Produktgruppen (z. B. Straßenfahrzeuge) niedrigeren Anteilen anderer Produktgruppen (z. B. Schiffe) innerhalb desselben Sektors (Fahrzeuge) gegenüberstehen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, UN Comtrade, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-120-03

43. Die **Lage im Bauhauptgewerbe** unterscheidet sich zwischen Hoch- und Tiefbau. Während die Produktion aufgrund steigender staatlicher Aufträge im Tiefbau expandiert, ist sie im Hochbau und insbesondere im Wohnungsbau deutlich schwächer. [↘ ABBILDUNG 12 LINKS](#) Die kräftige Ausweitung im Tiefbau ist zu großen Teilen auf den Ausbau von Schieneninfrastruktur sowie von Stromleitungen, Kabeltrassen und Glasfaserinfrastruktur zurückzuführen. Im Hochbau ist vor allem der Wohnungsbau rückläufig. Mit der Ausweitung der öffentlichen Infrastrukturausgaben durch das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) dürften die Investitionen im Tiefbau im Prognosezeitraum weiter zunehmen. Im Tiefbau lag die Kapazitätsauslastung im April 2026 bei 72,8 % und damit um 3,3 Prozentpunkte niedriger als im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2025 (ifo Institut, 2026b).
44. Die Kapazitäten in den beiden Sparten des Bauhauptgewerbes sind derzeit unterschiedlich stark ausgelastet. Während die Auslastung im Tiefbau nur leicht unter dem langjährigen Durchschnitt liegt, ist sie im Hochbau deutlich darunter (ifo Institut, 2026b). Um zu untersuchen, inwiefern **Bauunternehmen spartenübergreifend tätig** sind, hat der Sachverständigenrat Mikrodaten des Monatsberichts im Baugewerbe ausgewertet. Im Jahr 2025 waren rund 12 % aller Betriebe des Bauhauptgewerbes sowohl im Tiefbau als auch im Hochbau tätig. Dieser Anteil ist gegenüber dem Jahr 2016 leicht gesunken, als er noch bei etwa 15 % lag. Seit dem Jahr 2018 ist in diesen Unternehmen der Anteil der Arbeitsstunden im Tiefbau leicht gestiegen, von 50 % im Jahr 2018 auf 55 % im Jahr 2025. Darüber hinaus zeigt die Analyse, dass Kapazitätsverlagerungen von Hochbauunternehmen hin zu Tätigkeiten im Tiefbau nur in sehr geringem Umfang vorkommen. Im Jahr 2025 haben knapp 4 % der Unternehmen, die im Jahr 2016 ausschließlich im Hochbau tätig waren, auch Arbeitsstunden im Tiefbau geleistet. Entsprechend ist nicht damit zu rechnen, dass freie Kapazitäten im Hochbau im relevanten Umfang für die Produktion im Tiefbau genutzt werden und dadurch dem erwarteten Anstieg der Preise im öffentlichen Bau spürbar entgegenwirken können.
45. Von großer Bedeutung **für die deutsche Konjunktur** dürften im Prognosezeitraum die **staatlichen Ausgaben im Rahmen des im März 2025 verabschiedeten Finanzpakets** sein. Im Prognosezeitraum dürften die Ausgaben aus dem Finanzpaket ansteigen und dadurch die inländische Nachfrage stützen. Der Sachverständigenrat schätzt, dass die im Prognosezeitraum verausgabten Mittel des Finanzpakets in den Jahren 2026 und 2027 mit jeweils etwa 0,3 Prozentpunkten zum BIP-Wachstum beitragen dürften. [↘ ZIFFER 69](#) [↘ KASTEN 6](#)
46. Die Entwicklung am Arbeitsmarkt ist von der konjunkturellen Schwächephase geprägt. Eine rasche Erholung der Arbeitsnachfrage ist aktuell noch nicht absehbar. Die Abgangschancen aus der Arbeitslosigkeit sind aufgrund der Zurückhaltung bei Neueinstellungen, vor allem bei kleineren Betrieben, derzeit schwach. Im Verarbeitenden Gewerbe erfolgt ein Beschäftigungsabbau, der überwiegend über natürliche Fluktuation und Verrentungen vonstattengeht. So werden altersbedingte Abgänge derzeit nicht vollständig ersetzt. Aufgrund der weiterhin schwachen Arbeitsnachfrage und des demografisch bedingten Rückgangs der Erwerbspersonen dürfte die Zahl der Erwerbstätigen in den beiden Prognosejahren leicht zurück-

▸ **ABBILDUNG 15**

Wachstumsbeiträge zum deutschen Bruttoinlandsprodukt¹



1 – Wachstumsbeiträge zum preisbereinigten BIP. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 4 – Einschließlich militärischer Waffensysteme.

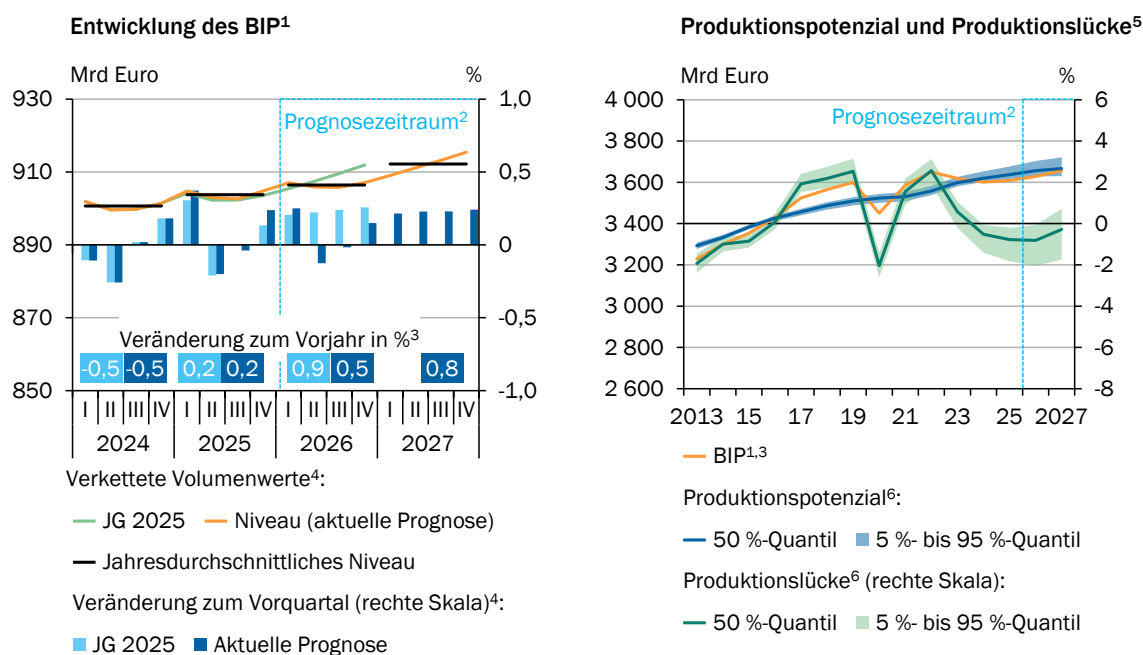
Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-071-01

gehen. Die Arbeitslosenquote dürfte sich erst im Jahr 2027 leicht verringern. [ZIF-FER 67](#)

- 47. Im Jahr **2026** dürfte das **deutsche BIP** preisbereinigt um **0,5 %** und im Jahr **2027 um 0,8 %** wachsen. [ABBILDUNG 15](#) UND [TABELLE 3](#) Im 1. Quartal 2026 ist das preis-, saison- und kalenderbereinigte BIP laut der Schnellmeldung des Statistischen Bundesamts vom 30. April 2026 um 0,3 % gegenüber dem Vorquartal gewachsen. [ABBILDUNG 16 LINKS](#) Dabei dürften die privaten und die staatlichen Konsumausgaben sowie die Exporte gestützt haben. Die Zerlegung des prognostizierten BIP-Wachstums nach den zugrunde liegenden Verwendungsaggregaten zeigt, dass die größten Wachstumsbeiträge im Prognosezeitraum aus dem staatlichen Konsum kommen. Die im Vergleich zu den Jahren 2023 und 2024 deutlich steigenden staatlichen Ausrüstungsinvestitionen leisten ebenfalls einen positiven Wachstumsbeitrag. [ABBILDUNG 15](#)
- 48. Die **Produktionslücke** dürfte im Jahr 2026 **-0,8 %** und im Jahr 2027 **-0,3 %** betragen. [ABBILDUNG 16 RECHTS](#) Die Schätzung des Produktionspotenzials ist jedoch mit Unsicherheit behaftet. Der Bereich des 5. bis 95. Quantils umschließt im Jahr 2027 **-1,7 %** und **0 %**, sodass die Möglichkeit besteht, dass die Produktionslücke betragsmäßig deutlich größer ist oder sich im Prognosezeitraum schließt.

➤ **ABBILDUNG 16**

Voraussichtliche Entwicklung der deutschen Wirtschaft



1 – Verkettete Volumenwerte, preisbereinigt, Referenzjahr 2020. 2 – Prognose des Sachverständigenrates.
3 – Ursprungswerte. 4 – Saison- und kalenderbereinigt. 5 – Eigene Berechnungen. 6 – Quantile der Stichprobe.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-037-01

Konsumausgaben

49. Die **privaten Konsumausgaben** expandierten **im vergangenen Jahr kräftig** und legten preisbereinigt um 1,6 % gegenüber dem Jahr 2024 zu. Dieser starke Anstieg ging mit einem Rückgang der Sparquote von 11,3 % im 4. Quartal 2024 auf 10,3 % im 4. Quartal 2025 einher. Die preisbereinigten verfügbaren Einkommen nahmen indes lediglich um 0,5 % zu, nachdem sie im Jahr 2024 um 1,6 % deutlich stärker expandierten. ➤ [ABBILDUNG 17 LINKS](#) Die preisbereinigten Masseneinkommen stiegen im Jahr 2025 hingegen um 1,4 % zum Vorjahr an. Dazu trug der deutliche Anstieg der Nettolöhne und -gehälter sowie der monetären Sozialleistungen bei. Im Vergleich zu den Masseneinkommen entwickelten sich die verfügbaren Einkommen schwächer insbesondere aufgrund eines starken Rückgangs der Betriebsüberschüsse im 1. Quartal 2025. Trotz eines weiterhin gedämpften Konsumklimas ➤ [ABBILDUNG 17 RECHTS](#) der privaten Haushalte stiegen die privaten Konsumausgaben im 4. Quartal 2025 preis-, saison- und kalenderbereinigt um 0,5 % gegenüber dem Vorquartal an. Dabei dürften insbesondere höhere Ausgaben für Wohnen, Wasser, Strom und Brennstoffe sowie für Versicherungen und Finanzdienstleistungen zu dieser Entwicklung beigetragen haben.
50. Die preisbereinigten Einzelhandelsumsätze sind im 1. Quartal 2026 saison- und kalenderbereinigt um 1,1 % im Vergleich zum Vorquartalsdurchschnitt gesunken. ➤ [ABBILDUNG 17 LINKS](#) Zudem sind die preisbereinigten Gastgewerbeumsätze im Durchschnitt von Januar und Februar 2026 um 3,6 % zum Vorquartalsdurchschnitt zurückgegangen. Ebenfalls rückläufig waren im 1. Quartal 2026 die priva-

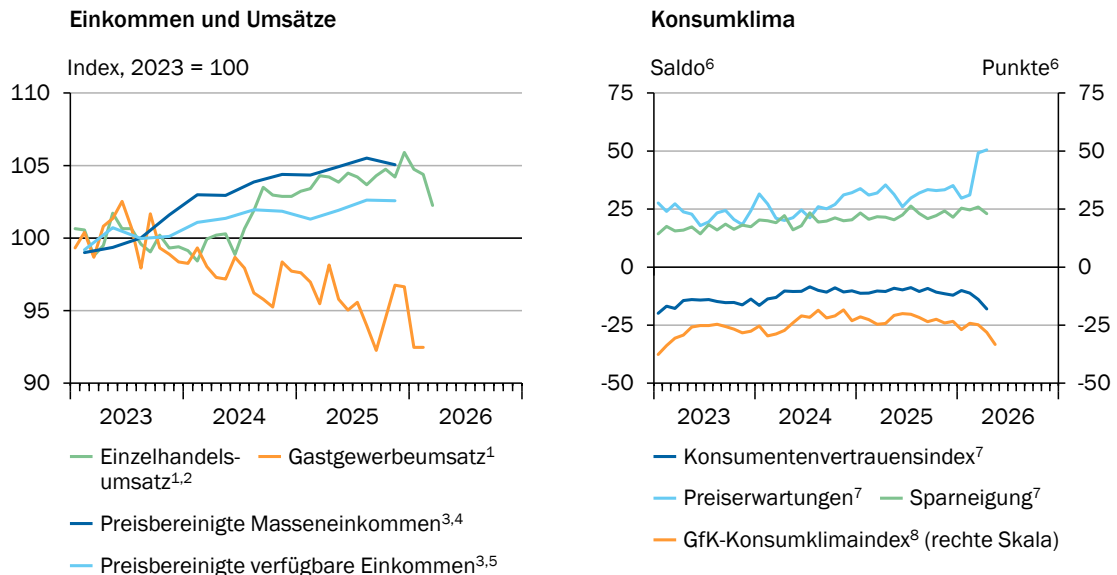
ten Kfz-Neuzulassungen. Laut Schnellmeldung des Statistischen Bundesamtes dürften die privaten Konsumausgaben dennoch das BIP-Wachstum im 1. Quartal 2026 gestützt haben.

Im weiteren Prognosezeitraum dürften die nominal verfügbaren Einkommen nur moderat steigen. Die im Zuge der erhöhten Energiepreise stark steigenden Verbraucherpreise dürften die Kaufkraft der privaten Haushalte deutlich schmälern und somit die preisbereinigten Einkommenszuwächse verringern. Die Verbraucherpreisinflation lag im März und April 2026 bei 2,7 % bzw. 2,9 %, nachdem sie im Februar 2026 noch 1,9 % betrug. [↘ ZIFFER 62](#) Zudem stiegen im März 2026 die Preiserwartungen der privaten Haushalte deutlich. [↘ ABBILDUNG 17 RECHTS](#) Die erhöhte Inflation dürfte im Jahr 2026 anhalten und im Jahr 2027 leicht nachlassen. Vor diesem Hintergrund erwartet der Sachverständigenrat preisbereinigte Einkommenszuwächse für das laufende und das kommende Jahr von lediglich 0,1 % bzw. 0,5 %. Insgesamt dürften die preisbereinigten **privaten Konsumausgaben im Prognosezeitraum deutlich weniger zulegen als im Jahr 2025**. Für das **Jahr 2026** erwartet der Sachverständigenrat einen Anstieg um **0,3 %** und im **Jahr 2027** einen Anstieg um **0,5 %** zum Vorjahr.

51. **Die Konsumausgaben des Staates sind im Jahr 2025 um 1,3 % im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.** Ursächlich für die steigenden Konsumausgaben des Staates im Jahr 2025 waren vor allem die steigenden sozialen Sachleis-

[↘ ABBILDUNG 17](#)

Konsumindikatoren in Deutschland



1 – Volumenindex, saison- und kalenderbereinigte Werte. 2 – Ohne Handel mit Kraftfahrzeugen. 3 – Saisonbereinigte, vierteljährliche Werte. Die Deflationierung erfolgt jeweils über den Deflator der privaten Konsumausgaben. 4 – Nettolöhne und -gehälter inklusive monetäre Sozialleistungen abzüglich der Abgaben auf soziale Leistungen und verbrauchsnahe Steuern. 5 – Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte. 6 – Saisonbereinigte Werte. 7 – Der Konsumentenvertrauensindex und die Indikatoren zu den Preiserwartungen und zur Sparneigung basieren auf ausgewählten Fragen, die an die Verbraucherinnen und Verbraucher gemäß dem Gemeinsamen Harmonisierten EU-Programm für Konjunkturumfragen bei Unternehmerinnen und Unternehmern sowie Verbraucherinnen und Verbrauchern gestellt werden. Sie beziehen sich jeweils auf die kommenden 12 Monate. 8 – Basierend auf monatlich rund 2 000 Verbraucherinterviews.

Quellen: Europäische Kommission, GfK, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-032-01

tungen, insbesondere die Gesundheits- und Pflegeausgaben sowie die Krankenhausleistungen. Insgesamt sind die nominalen sozialen Sachleistungen um 7,3 % deutlich gestiegen. Die Arbeitnehmerentgelte im öffentlichen Sektor sind im Vergleich zum Vorjahr um 7,5 % ebenfalls kräftig gestiegen.

Im **Prognosezeitraum** dürften die **Konsumausgaben des Staates** weiter **steigen**, wenngleich die Expansion im 1. Quartal 2026 aufgrund der starken Zuwächse im Vorquartal beschränkt bleiben dürfte. Der Staatskonsum dürfte vor allem aufgrund höherer Vorleistungen, die die Ausrüstungsinvestitionen in Verteidigung flankieren, sowie aufgrund höherer Ausgaben im Gesundheitsbereich steigen. Die Arbeitnehmerentgelte dürften im Prognosezeitraum zwar wachsen. Die Tarifabschlüsse fallen im Jahr 2026 mit einem Anstieg um 2,8 % jedoch deutlich geringer aus als im Vorjahr. Für die Arbeitnehmerentgelte dürfte der Personal- aufbau insbesondere im Verteidigungsbereich sowie im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen. Im Jahresdurchschnitt dürfte der preisbereinigte **Staatskonsum** in den Jahren **2026** und **2027** jeweils um **1,8 %** steigen.

Investitionen

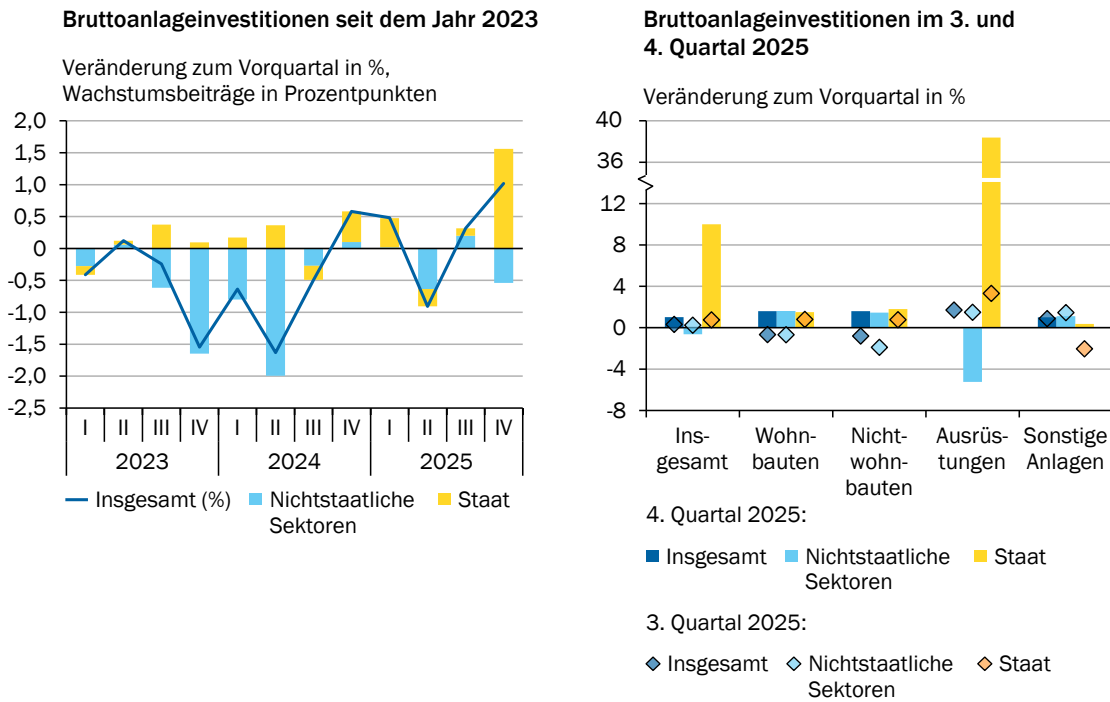
52. Die **Bruttoanlageinvestitionen** sind im Jahr 2025 gegenüber dem Vorjahr **preisbereinigt um 0,2 %** und damit das vierte Jahr in Folge **gesunken**, wobei sich vor allem die privaten Investitionen schwach entwickelten. [↘ ABBILDUNG 18 LINKS](#) Die öffentlichen Investitionen sind im Jahr 2025 hingegen kräftig expandiert. Ausschlaggebend waren hierbei sprunghafte Zuwächse bei den Ausrüstungsinvestitionen, die größtenteils im Verteidigungsbereich angefallen sein dürften und auf das Sondervermögen Bundeswehr zurückgehen. [↘ ABBILDUNG 18 RECHTS](#) So wurden beispielsweise eine dreistellige Anzahl neuer Schützenpanzer des Typs Puma und mindestens zwei Kampfflugzeuge des Typs P-8A Poseidon an die Bundeswehr ausgeliefert (Bundeswehr, 2025). Die staatlichen Ausrüstungsinvestitionen im Jahr 2025 machten jedoch nur rund 13 % der gesamten Ausrüstungsinvestitionen aus und konnten den Rückgang der privaten Ausrüstungsinvestitionen nicht vollständig kompensieren. Unter den Bauinvestitionen expandierten im Jahr 2025 die preisbereinigten Nichtwohnbauinvestitionen aufgrund privater Impulse. Die öffentlichen Nichtwohnbauinvestitionen stagnierten gegenüber dem Vorjahr.

Die preis-, saison- und kalenderbereinigten Bruttoanlageinvestitionen sind im **4. Quartal 2025** um 1,0 % gegenüber dem Vorquartal angestiegen. [↘ ABBILDUNG 18 RECHTS](#) Die starken Zuwächse bei den Bauinvestitionen von 1,6 % kamen sowohl aus dem privaten als auch aus dem öffentlichen Bereich. Die **Ausrüstungsinvestitionen** expandierten trotz einer hohen Zuwachsrate bei den öffentlichen Ausrüstungsinvestitionen insgesamt nur geringfügig.

53. Die **Bauinvestitionen dürften im 1. Quartal 2026** aufgrund der außergewöhnlich niedrigen Temperaturen im Januar und Februar **gesunken sein**. Darauf deutet die niedrige Kapazitätsauslastung im Januar und Februar (ifo Institut, 2026b) und die rückläufige Produktion im Baugewerbe im Januar und Februar 2026 gegenüber dem 4. Quartal 2025 hin. [↘ ABBILDUNG 12 LINKS](#)

ABBILDUNG 18

Private und öffentliche Bruttoanlageinvestitionen¹



1 – Saison-, kalender- und preisbereinigt.

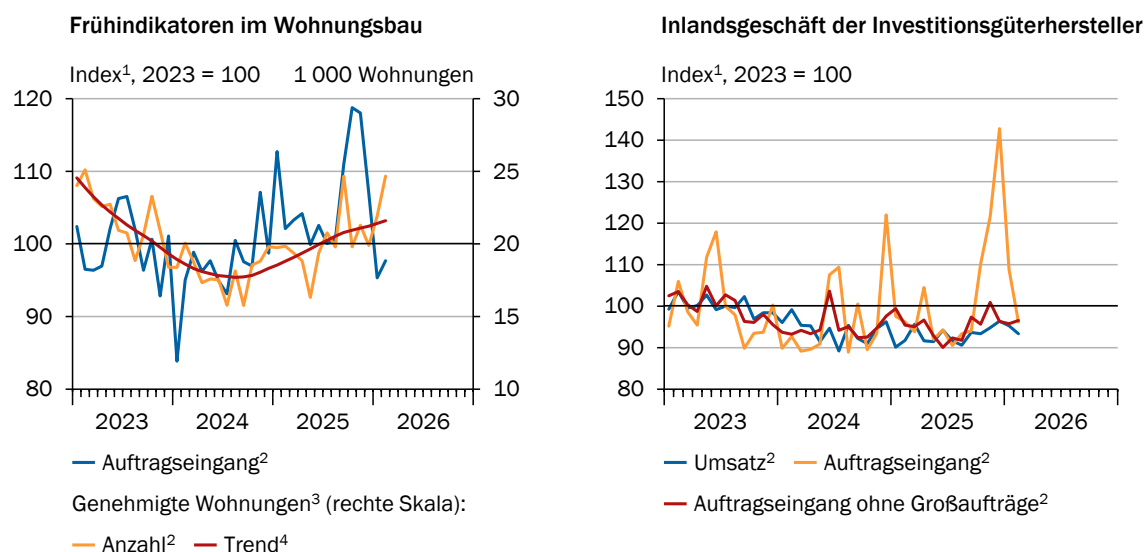
Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-010-01

Im weiteren Prognosezeitraum dürften sich die steigenden öffentlichen Infrastrukturausgaben in höheren Investitionen im Tiefbau niederschlagen. Darüber hinaus dürfte auch der private Wohnungsbau expandieren. Die Baugenehmigungen für Wohnungen nehmen seit Mitte des Jahres 2024 im Trend zu [ABBILDUNG 19 LINKS](#) und der Auftragsbestand im Wohnungsbau steigt seit Beginn des Jahres 2025 im Trend an. Im Januar 2026 sind die Auftragseingänge allerdings deutlich zurückgegangen und erholten sich im Februar nur leicht. Zudem haben sich die Geschäftserwartungen im Bauhauptgewerbe im April 2026 in Folge des Iran-Kriegs deutlich verschlechtert (ifo Institut, 2026b). Der effektive Zinssatz für Wohnungsbaukredite an private Haushalte lag im Februar 2026 bei 3,9 % und damit etwas höher als im Vorjahresdurchschnitt. Die Zinsen für Wohnungsbaukredite dürften bei einer Leitzinserhöhung [ZIFFER 28](#) ebenfalls ansteigen und die Finanzierungsbedingungen sich dadurch verschlechtern. Außerdem verteuert der Energieangebotsschock wichtige Baustoffe wie Bitumen. Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass die **preisbereinigten Bauinvestitionen im Jahr 2026 um 1,1 %** und im **Jahr 2027 um 2,3 %** gegenüber dem Vorjahr expandieren.

- 54. Die privaten und öffentlichen Ausrüstungsinvestitionen dürften sich im 1. Quartal 2026 wie im Vorquartal gegenläufig entwickelt haben. Die öffentlichen Ausrüstungsinvestitionen dürften nach dem sprunghaften Anstieg im 4. Quartal 2025 deutlich zurückgegangen sein. Darauf deutet etwa der im Vergleich zum Vorquartal deutlich niedrigere Mittelabfluss aus dem Sondervermögen Bundeswehr hin. Bei den privaten Ausrüstungsinvestitionen ist nach dem schwachen Vorquartal

▸ **ABBILDUNG 19**

Indikatoren für die Bruttoanlageinvestitionen



1 – Volumenindex. 2 – Saison- und kalenderbereinigte Werte. 3 – Erteilte Baugenehmigungen für Wohnungen (Neubau sowie Baumaßnahmen an bestehenden Gebäuden) in Wohn- und Nichtwohngebäuden. 4 – Saisonbereinigte Werte.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-053-01

hingegen mit einer positiven Gegenbewegung zu rechnen. Insgesamt dürften die **Ausrüstungsinvestitionen im 1. Quartal 2026 jedoch gesunken sein**. Die Produktion und die Inlandsumsätze der Investitionsgüterhersteller sind im Durchschnitt der Monate Januar und Februar jeweils gegenüber dem Durchschnitt des 4. Quartal 2025 zurückgegangen. Die stark gestiegenen Energiepreise in Folge des Iran-Kriegs dürften sich seit März 2026 negativ auf die Industrieproduktion auswirken [▸ ABBILDUNG 13 UNTEN RECHTS](#) und dadurch die privaten Ausrüstungsinvestitionen gedämpft haben.

55. Im weiteren Prognosezeitraum dürften die öffentlichen Ausrüstungsinvestitionen aufgrund der steigenden Investitionen in militärische Waffensysteme stark expandieren. Darauf deuten bereits die zum Jahresende 2025 eingegangenen Großaufträge bei den Investitionsgüterherstellern hin. [▸ ABBILDUNG 19 RECHTS](#) Die **privaten Ausrüstungsinvestitionen** dürften hingegen nur verhalten zulegen. Die um Großaufträge bereinigten inländischen Auftragseingänge bei den Investitionsgüterherstellern stagnieren seit Beginn des Jahres 2024 im Trend und nahmen zuletzt nur leicht zu. Zudem dürften die gestiegenen Energiekosten dämpfen. Berechnungen des Sachverständigenrates zeigen, dass ein Ölangebotsschock, der mit einem Anstieg des Ölpreises um rund 60 % einhergeht, wie er im März 2026 beobachtet wurde, die deutsche Industrieproduktion unmittelbar um etwa 2,8 % und nach ca. zwei Jahren um rund 3,5 % reduziert. [▸ ABBILDUNG 13 UNTEN RECHTS](#) Dies dürfte sich vor allem im Jahr 2026 negativ auf die privaten Ausrüstungsinvestitionen auswirken. So haben sich die Geschäftserwartungen der Investitionsgüterhersteller im März und April deutlich verschlechtert (ifo Institut, 2026b). Eine anhaltende Belebung der privaten Ausrüstungsinvestitionen ist erst im späteren Prognosezeitraum zu erwarten. Für das Jahr 2026 ist mit einem preisbereinigten Anstieg der Ausrüstungsinvestitionen um 0,2 % zu rechnen. Im Jahr 2027 erwar-

tet der Sachverständigenrat ein preisbereinigtes Wachstum der Ausrüstungsinvestitionen von 3,1 %.

Außenhandel

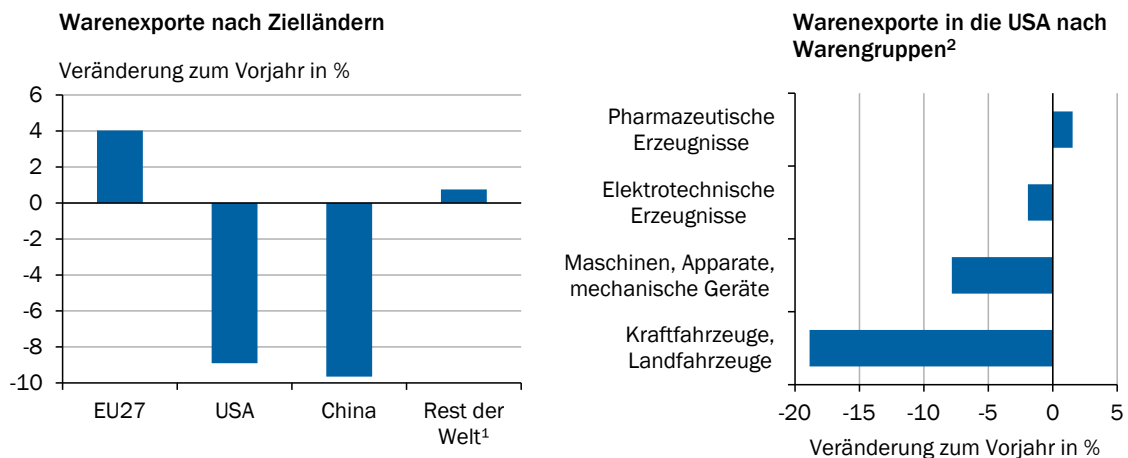
56. Die preisbereinigten **Exporte gingen im Jahr 2025 um 0,4 % gegenüber dem Vorjahr zurück**. Während die Exporte von Waren um 1,0 % sanken, nahmen die Exporte von Dienstleistungen mit 1,2 % deutlich zu. Im Jahresverlauf war die Dynamik der Warenausfuhren dabei stark von der US-Zollpolitik geprägt.

Laut der Zahlen der monatlichen Außenhandelsstatistik, die eine Disaggregation der nominalen Ausfuhren nach Absatzmärkten und Warengruppen ermöglicht, stützen im Wesentlichen die Warenexporte in die EU, wohingegen die Warenexporte in die USA und nach China deutlich zurückgingen und jene in den Rest der Welt sich weiterhin schwach entwickelt haben. [↪ ABBILDUNG 20 LINKS](#) Eine Betrachtung der vier wichtigsten Warengruppen zeigt, dass der Export von Kraftfahrzeugen im Jahr 2025 von den US-Einfuhrzöllen besonders stark getroffen wurde. [↪ ABBILDUNG 20 RECHTS](#) Im Jahr 2025 war er 18,9 % niedriger als im Vorjahr.

57. **Die Exporte dürften im 1. Quartal 2026 gestiegen sein**. Hierauf deuten die preis-, saison- und kalenderbereinigten Warenexportdaten der Deutschen Bundesbank hin. Diese nahmen im Januar und Februar 2026 um 0,9 % im Vergleich zum Vorquartalsdurchschnitt zu. Im 2. Quartal 2026 dürften die Exporte infolge der Auswirkungen des Iran-Kriegs gegenüber dem Vorquartal zurückgehen. [↪ ZIFFER 10](#) So dürften die deutschen Exporte insbesondere durch die negativen Auswirkungen auf die globale Industrieproduktion und das deutlich schwächere Konsumentenvertrauen gedämpft werden. [↪ KASTEN 1](#) Die Stimmung in der deutschen Exportwirtschaft hat sich im April 2026 zwar leicht aufgehellt, der

[↪ ABBILDUNG 20](#)

Entwicklung der deutschen Warenexporte im Jahr 2025



1 – Berechnet als Differenz zwischen den Gesamtausfuhren und den Ausfuhren in die EU27, die USA und China.

2 – Dargestellt werden die im Jahr 2024 vier wertmäßig größten Warengruppen nach dem Warenverzeichnis der Außenhandelsstatistik (2-Steller).

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-031-02

Ausblick auf die kommenden Monate bleibt aber weiterhin verhalten (ifo Institut, 2026c).

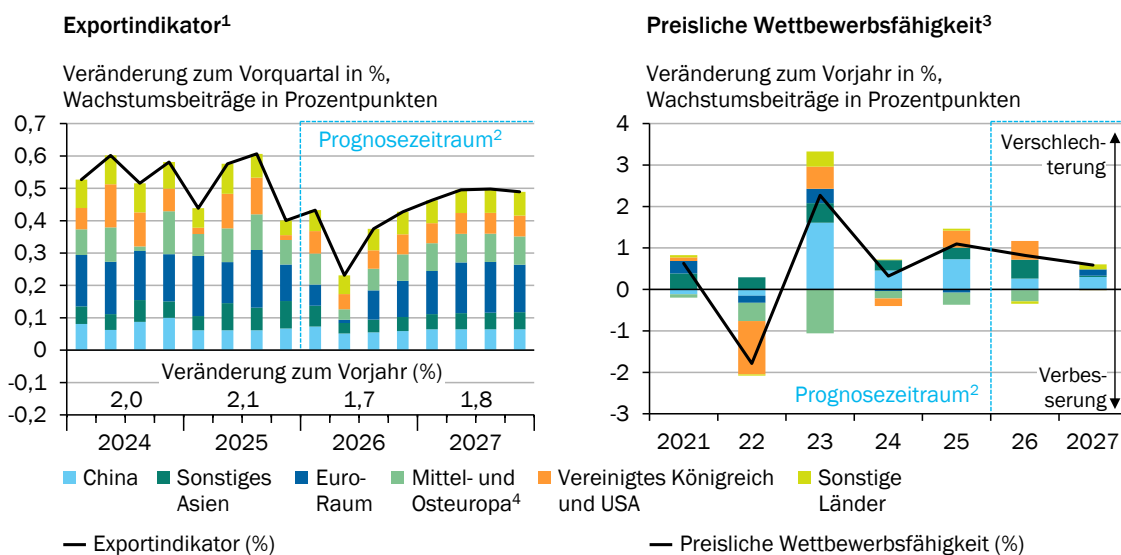
Im weiteren Prognosezeitraum dürften die deutschen Exporte trotz weiterhin expandierender Absatzmärkte nur verhalten zunehmen.

↘ **ABBILDUNG 21 LINKS** Stützend könnten sich die verbesserten ausländischen Auftragseingänge im Verarbeitenden Gewerbe auswirken. Diese sind im November und Dezember 2025 aufgrund von Großaufträgen stark gestiegen. ↘ **ZIFFER 40** Nach einer Gegenbewegung im Januar nahmen sie im Februar 2026 erneut zu und lagen letztlich 4,4 % über dem Niveau des Vorjahresmonats. Die weitere Entwicklung der Warenexporte in die USA, als wichtigster Handelspartner unter den Drittstaaten, könnte hingegen durch die weiterhin hohen US-Einfuhrzölle gedämpft bleiben. ↘ **ZIFFER 13** Außerdem dürfte die starke Konkurrenz durch chinesische Industrieunternehmen auf den internationalen Absatzmärkten anhalten, ↘ **KASTEN 5** und die Aufwertung des Euro dürfte die preisliche Wettbewerbsfähigkeit weiterhin belasten. ↘ **ABBILDUNG 21 RECHTS** ↘ **ZIFFER 29** Aufgrund des negativen statistischen Überhangs aus dem Jahr 2025 in Höhe von 0,9 % und der leichten Zunahme der Exporte in Höhe von 0,3 % im Jahresverlauf 2026 dürften die Exporte im Jahresdurchschnitt 2026 stagnieren und im Jahr 2027 um 0,9 % gegenüber dem Vorjahr zunehmen.

- 58. Die preisbereinigten **Importe stiegen im Jahr 2025 mit 3,6 % kräftig** gegenüber dem Vorjahr an. Die Warenimporte legten mit 4,8 % deutlich stärker zu

↘ **ABBILDUNG 21**

Voraussichtliche Entwicklung des außenwirtschaftlichen Umfelds



1 – Der Indikator basiert auf der Entwicklung des BIP von 50 Handelspartnern und entspricht der Summe der Beiträge. Die Gewichtung eines Landes ergibt sich aus dem jeweiligen Anteil am deutschen Export. Länderabgrenzung gemäß Tabelle 1. Saison- und kalenderbereinigt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates für den Exportindikator und die preisliche Wettbewerbsfähigkeit. 3 – Der Indikator basiert auf den Inflationsraten Deutschlands relativ zu denen von 37 Handelspartnern sowie Wechselkursen und entspricht der Summe der Wachstumsbeiträge; eine positive Veränderung zeigt eine verringerte preisliche Wettbewerbsfähigkeit deutscher Produkte an. Methode und Länderabgrenzung der Deutschen Bundesbank. Prognose des Sachverständigenrates. 4 – Polen, Rumänien, Tschechien, Ungarn.

Quellen: Deutsche Bundesbank, nationale Statistikämter, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-106-01

als die Dienstleistungsimporte mit 0,9 %. Wie auch bei den Exporten war die unterjährige Dynamik der Importe stark von der US-Handelspolitik geprägt. Nach der monatlichen Außenhandelsstatistik entfiel auf China unter den für Deutschland bedeutendsten Importländern die stärkste Nachfrage. Die Importe aus China nahmen gegenüber dem Vorjahr um 9,3 % zu. Unter den wichtigsten Importwaren wiesen Spielzeugwaren, Bekleidung und Kraftfahrzeuge die höchsten Zuwächse auf.

59. **Die Importe dürften im 1. Quartal 2026 zurückgegangen sein.** Dies implizieren die von der Deutschen Bundesbank veröffentlichten preis-, saison- und kalenderbereinigten Warenimportdaten, die im Januar und Februar 2026 einen Rückgang der Warenimporte um 2,6 % zum Vorquartalsdurchschnitt ausweisen. Im 2. Quartal 2026 dürften die stark gestiegenen Energiepreise infolge des Iran-Kriegs die Importe gegenüber dem Vorquartal weiter dämpfen. [↘ ZIFFER 10](#)

Im weiteren **Prognosezeitraum dürften die Importe zunehmen.** Hierzu tragen die stark steigenden öffentlichen Ausrüstungsinvestitionen bei, die die Nachfrage nach ausländischen Verteidigungsgütern anregen. Der weiterhin starke Euro dürfte die Entwicklung der Importe stützen. Von den sich schwach entwickelnden privaten Ausrüstungsinvestitionen dürften hingegen kaum Impulse ausgehen. [↘ ZIFFER 55](#) Aus dem Vorjahr ergibt sich bei den Importen ein positiver statistischer Überhang in Höhe von 0,6 %. Im Jahresverlauf dürften die Importe um 0,1 % ansteigen, woraus sich ein durchschnittliches Wachstum für das Jahr 2026 von 0,8 % ergibt. Im Jahr 2027 dürften die Importe um 2,0 % gegenüber dem Vorjahr zunehmen.

60. Die gestiegenen Energiepreise infolge des Iran-Kriegs dürften zu einem deutlichen Anstieg der **Importpreise** führen. [↘ ZIFFER 10](#) Diese sind im März 2026 um 3,6 % gegenüber dem Vormonat gestiegen. Im Jahresdurchschnitt dürften die Importpreise im Jahr 2026 um 5,4 % und im Jahr 2027 um 2,2 % zunehmen. Die dadurch steigenden inländischen Produktionskosten werden von den Unternehmen voraussichtlich zumindest teilweise über höhere Preise an ihre Kundinnen und Kunden weitergegeben. Dadurch dürften sich auch die **Exportpreise** merklich erhöhen. Diese dürften im Jahr 2026 um 3,1 % und im Jahr 2027 um 1,8 % zunehmen.
61. **Der derzeit zu erwartende stärkere Anstieg der Importpreise gegenüber den Exportpreisen stellt eine Verschlechterung der Terms of Trade dar.** Damit sinkt die Kaufkraft des inländischen Produktionsergebnisses, da mit einer gegebenen Exportmenge weniger Importe erworben werden können. Dies bedeutet einen Verlust an Realeinkommen. Im Gegensatz zum preisbereinigten BIP nach Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) bildet das Realwert-BIP diesen Realeinkommensverlust ab, [↘ PLUSTEXT 3](#) denn es berücksichtigt die Kaufkraft des im Inland erzeugten Einkommens. Dementsprechend fällt das prognostizierte Wachstum des Realwert-BIP im Jahr 2026 mit -0,3 % und im Jahr 2027 mit 0,6 % in beiden Jahren niedriger aus als das preisbereinigte BIP-Wachstum nach der VGR-Abgrenzung.

TABELLE 3

Wirtschaftliche Eckdaten

	Einheit	2024	2025	2026 ¹	2027 ¹
Bruttoinlandsprodukt^{2,3}	Wachstum in %	- 0,5	0,2	0,5	0,8
Konsumausgaben	Wachstum in %	1,1	1,5	0,8	0,9
Private Konsumausgaben ⁴	Wachstum in %	0,5	1,6	0,3	0,5
Konsumausgaben des Staates	Wachstum in %	2,6	1,3	1,8	1,8
Bruttoanlageinvestitionen	Wachstum in %	- 3,3	- 0,2	1,3	2,8
Ausrüstungsinvestitionen ⁵	Wachstum in %	- 5,4	- 1,9	0,2	3,1
Bauinvestitionen	Wachstum in %	- 3,4	- 0,6	1,1	2,3
Sonstige Anlagen	Wachstum in %	0,2	3,8	3,5	3,6
Inländische Verwendung ³	Wachstum in %	0,2	1,8	0,9	1,2
Außenbeitrag	Wachstumsbeitrag in Prozentpunkten	- 0,7	- 1,5	- 0,3	- 0,4
Exporte	Wachstum in %	- 2,1	- 0,4	- 0,0	0,9
Importe	Wachstum in %	- 0,6	3,6	0,8	2,0
Leistungsbilanzsaldo⁶	%	5,9	4,5	3,4	3,0
Erwerbstätige	Tausend	45 987	45 982	45 905	45 875
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Tausend	34 934	34 963	34 982	35 002
Registriert Arbeitslose	Tausend	2 787	2 948	2 997	2 936
Arbeitslosenquote⁷	%	6,0	6,3	6,4	6,2
Verbraucherpreise⁸	Wachstum in %	2,2	2,2	3,0	2,8
Finanzierungssaldo des Staates⁹	%	- 2,7	- 2,7	- 3,7	- 4,3
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf^{10,11}	Wachstum in %	- 0,8	0,2	0,7	0,9
Bruttoinlandsprodukt, kalenderbereinigt¹¹	Wachstum in %	- 0,5	0,3	0,3	0,6

1 – Prognose des Sachverständigenrates. 2 – Preisbereinigt. Veränderung zum Vorjahr. Gilt zudem für alle angegebenen Bestandteile des BIP. 3 – Da die verwendungsseitige Zusammensetzung der Revisionen des BIP im Jahr 2025 noch aussteht, wird unterstellt, dass es sich um eine Anpassung der Vorratsveränderungen handelt. 4 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 5 – Einschließlich militärischer Waffensysteme. 6 – In Relation zum BIP. 7 – Registriert Arbeitslose in Relation zu allen zivilen Erwerbspersonen. 8 – Veränderung zum Vorjahr. 9 – Gebietskörperschaften und Sozialversicherung in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen; in Relation zum BIP. 10 – Bevölkerungsentwicklung gemäß Mittelfristprojektion des Sachverständigenrates. 11 – Preisbereinigt. Veränderung zum Vorjahr.

Quellen: BA, Deutsche Bundesbank, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-075-01



PLUSTEXT 3

Das Realwert-BIP

Das Realwert-BIP (Englisch: command-basis real GDP) ist ein Maß für die Wirtschaftsleistung eines Landes, das zusätzlich zu den produzierten Mengen auch Veränderungen der Terms of Trade (also dem Austauschverhältnis von Export- zu Importpreisen) berücksichtigt. Während das preisbereinigte BIP nur die mengenmäßige Produktion im Inland misst, zeigt das Realwert-BIP, wie sich die Kaufkraft der produzierten Güter verändert, wenn sich die Außenhandelspreise verschieben. Steigen beispielsweise die Importpreise relativ zu den Exportpreisen, kann ein Land mit derselben Produktionsmenge weniger Güter aus dem Ausland kaufen. Somit sinkt das Realwert-BIP dann stärker als das reale BIP. Das Realwert-BIP dient daher dazu,

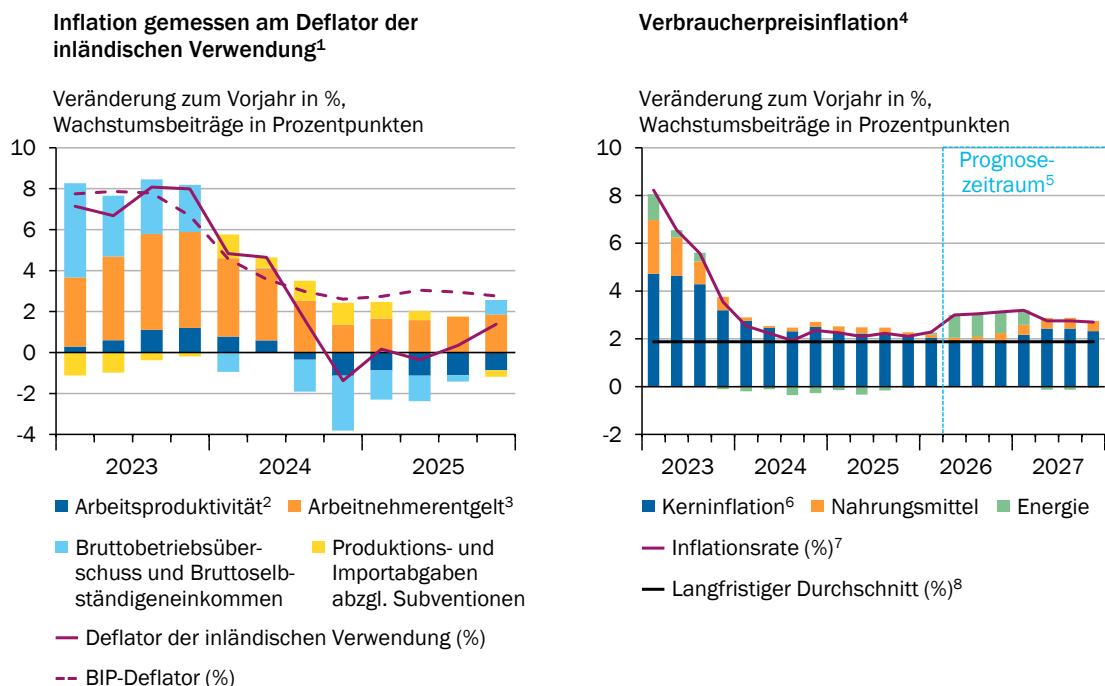
den tatsächlichen Effekt von Außenhandelsentwicklungen auf die Kaufkraft besser abzubilden, und ist in Zeiten hoher Außenhandelspreisschwankungen relevant für offene Volkswirtschaften wie Deutschland. Die Berechnung des Realwert-BIP basiert auf der Preisbereinigung des nominalen BIP durch den Deflator der inländischen Verwendung, weil dieser die Preisentwicklung der Güter erfasst, die mit dem im Inland erzielten Einkommen konsumiert wurden.

2. Inflation nimmt energiepreisbedingt zu

62. Die **Inflation in Deutschland hat durch den Energiepreisschock in Folge des Iran-Kriegs sprunghaft zugenommen**. Nachdem die Inflation zu Jahresbeginn noch um die 2-Prozent-Marke geschwankt hatte, ist sie zuletzt stark gestiegen. Im März lagen die Verbraucherpreise um 2,7 % über ihrem Vorjahreswert. [↘ ABBILDUNG 22 RECHTS](#) Ursächlich für diese Entwicklung waren die Energiepreise, die um 7,2 % zunahmen. Im Februar hatten sie noch um 2 % unter ihrem Vorjahreswert gelegen. Besonders Heizöl und Treibstoffe verteuerten sich deutlich gegenüber Februar (40 % bzw. 15 %), wohingegen die Preise für andere Energieträger wie Erdgas und Strom bislang noch nicht auf den Energiepreisschock reagiert haben. Laut Schnellmeldung nahm die Inflation im April weiter zu: Im Vorjahresvergleich lagen die Energiepreise um 10,1 % über ihrem Vorjahreswert, die Verbraucherpreise insgesamt um 2,9 %. Der Anstieg des Verbraucherpreisindeflex ohne Nahrungsmittel und Energie („Kerninflationsrate“) gegenüber dem Vorjahr bildete sich unterdessen leicht zurück. Ursächlich hierfür waren die Dienstleistungspreise, die nur noch um 2,8 % zulegten, und damit so gering wie seit vier Jahren nicht mehr.
63. Die **Verbraucherpreisinflation steigt im Prognosezeitraum deutlich an**. Gemäß den aktuellen Terminpreisen erreichen die Weltmarktpreise für Rohöl und Erdgas im Sommer ihren Höhepunkt und bilden sich dann allmählich zurück. Sie liegen aber auch zum Ende des Prognosezeitraums noch über dem Niveau, das vor Ausbruch des Iran-Kriegs erwartet worden war. [↘ ZIFFER 21](#) Während die Preise für bestimmte Energieträger wie z. B. Kraftstoffe bereits deutlich angezogen haben, dürften sich Erdgas und Strom erst mit einer gewissen Verzögerung verteuern, wenn bestehende Verträge auslaufen oder angepasst werden (Konjunkturprognose 2022 Kasten 3). Zunehmend werden teurere Energie und Vorleistungsgüter auch zu stärkeren Preisanstiegen bei anderen Konsumgütern führen und die Kernrate spürbar erhöhen. Hinzu kommen steigende Nahrungsmittelpreise. Durch die faktische Blockade der Straße von Hormus ist auch der weltweite Handel mit Düngemitteln unterbrochen worden und hat zu einem starken Preisanstieg geführt, [↘ ZIFFER 23](#) der im Prognosezeitraum andauern dürfte. Darauf deuten derzeit beispielsweise stark gestiegene Terminpreise für Harnstoffdünger hin. Preisdämpfend wirkt hingegen die Aufwertung des Euro im vergangenen Jahr, [↘ ZIFFER 29](#) wodurch die Preise für importierte industrielle Waren ohne Energie wohl weniger stark zulegen als im vergangenen Jahr. Berechnungen der Deutschen Bundesbank legen nahe, dass eine einprozentige Erhöhung des effektiven Wechselkurses die Verbraucherpreisinflation um 0,1 % verringert (Deutsche Bundesbank, 2025b). Der Sachverständigenrat erwartet für das laufende Jahr einen Anstieg der Verbraucherpreise in Höhe von 3,0 %. Im Jahr 2027 dürfte sich die

ABBILDUNG 22

Inflation in Deutschland



1 – Stand Februar 2026. 2 – Die Arbeitsproduktivität geht mit negativem Vorzeichen in den Deflator der inländischen Verwendung ein. 3 – Gemäß Inlandskonzept. 4 – Basierend auf saison- und kalenderbereinigten Daten. 5 – Prognose des Sachverständigenrates. 6 – Gesamtindex ohne Nahrungsmittel und Energie. 7 – Veränderung zum Vorjahresquartal des Verbraucherpreisindex. 8 – Durchschnitt über den Zeitraum der Jahre 1999 bis 2025.

Quellen: Deutsche Bundesbank, Eurostat, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-035-01

Inflation leicht auf 2,8 % abschwächen. Die Kernrate dürfte im laufenden Jahr 2,3 % betragen und sich im kommenden Jahr auf 2,9 % erhöhen.

64. Die seit März 2026 deutlich gestiegenen Importpreise wirken sich unterschiedlich auf verschiedene Maße der Preisentwicklung in Deutschland aus. [ABBILDUNG 22](#) Während der Verbraucherpreisindex und der Deflator der inländischen Verwendung die Preisentwicklung von im Inland verwendeten Gütern erfassen, misst der BIP-Deflator die Preisentwicklung der im Inland produzierten Güter. Ein Preisanstieg von importierten Gütern wie zum Beispiel Energie erhöht sowohl den Verbraucherpreisindex als auch den Deflator der inländischen Verwendung. Auf den BIP-Deflator wirkt sich ein solcher Preisanstieg hingegen nicht erhöhend aus.

3. Demografischer Wandel prägt den Arbeitsmarkt

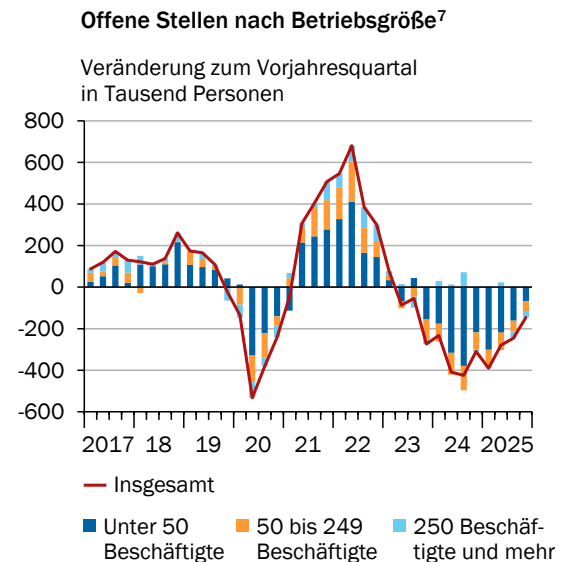
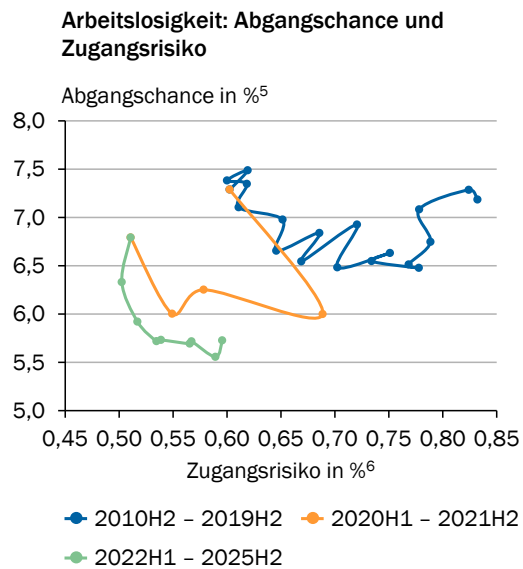
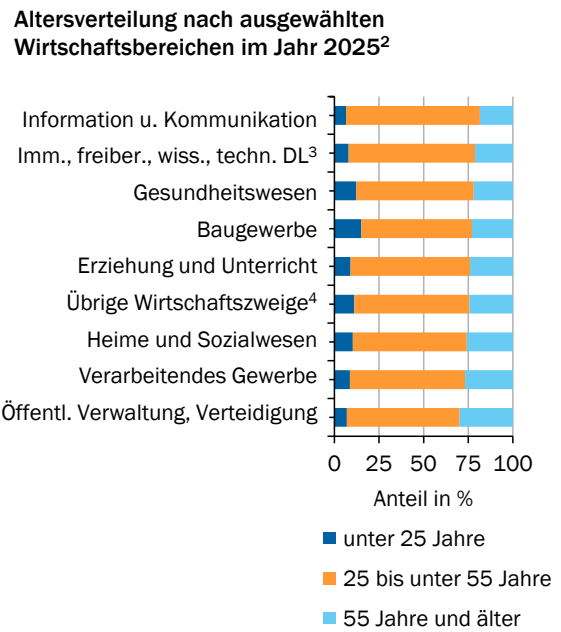
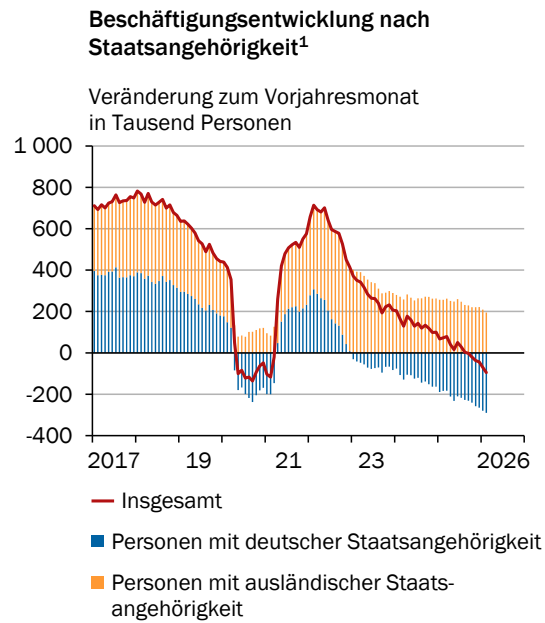
65. Die Entwicklung am Arbeitsmarkt ist weiterhin von der **konjunkturellen Schwächephase und zunehmend auch vom demografischen Wandel geprägt**. Im 1. Quartal 2026 ist die Zahl der Erwerbstätigen gegenüber dem Vorquartal saisonbereinigt um 0,1 % zurückgegangen. Die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ging saisonbereinigt im Februar 2026 leicht gegenüber dem Vormonat zurück. Bereits seit längerer Zeit wird die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ausschließlich von Personen ohne deutsche

Staatsbürgerschaft getragen, während die Zahl der Beschäftigten mit deutscher Staatsbürgerschaft kontinuierlich sinkt. [↘ ABBILDUNG 23 OBEN LINKS](#) Besonders stark vom demografischen Wandel betroffen sind die Öffentliche Verwaltung, das Verarbeitende Gewerbe und das Sozialwesen. [↘ ABBILDUNG 23 OBEN RECHTS](#) Im Verarbeitenden Gewerbe kommt es aufgrund der wirtschaftlichen Schwächephase zu einem umfangreichen Stellenabbau, allerdings überwiegend nicht durch Entlassungen, sondern dadurch, dass frei werdende Stellen bei natürlicher Fluktuation und Verrentungen nicht nachbesetzt werden. Die saisonbereinigte Arbeitslosenquote hat sich zuletzt leicht erhöht und lag im April 2026 bei 6,4 %.

66. Bei den Zu- und Abgängen aus Arbeitslosigkeit zeigt sich, dass das **Zugangsrisiko in Arbeitslosigkeit eher gering** ist. [↘ ABBILDUNG 23 UNTEN LINKS](#) Die mangelnde Einstellungsbereitschaft der Unternehmen sorgt jedoch dafür, dass die Abgangschancen aus Arbeitslosigkeit ebenfalls gering sind. Ein Blick auf die Betriebsgrößenklassen zeigt, dass vor allem bei kleineren Betrieben ein Rückgang offener Stellen zu beobachten ist. [↘ ABBILDUNG 23 UNTEN RECHTS](#)
67. Beschäftigungsindikatoren wie das ifo Beschäftigungsbarometer oder das IAB Arbeitsmarktbarometer deuten darauf hin, dass eine **rasche Erholung der Arbeitsnachfrage aktuell nicht absehbar** ist. Zudem wird die Zahl der Erwerbspersonen insgesamt demografisch bedingt zurückgehen. Hierzu trägt vor allem eine geringe Nettozuwanderung im Prognosezeitraum bei. [↘ ZIFFER 77](#) Die Zahl der Erwerbstätigen dürfte daher sowohl im Jahr 2026 als auch im Jahr 2027 leicht zurückgehen. [↘ TABELLE 4](#) Die Arbeitslosenquote dürfte in diesem Jahr leicht auf 6,4 % steigen und sich im Jahr 2027 auf 6,2 % verringern. [↘ TABELLE 4](#)
68. Durch einen Anstieg um 1,9 % im Jahr 2025 haben die Reallöhne Ende des Jahres 2025 wieder fast das Niveau des Jahres 2019 vor Beginn der Corona-Pandemie erreicht (Statistisches Bundesamt, 2026b). Die **Lohndynamik wird sich im Prognosezeitraum jedoch abschwächen**. Die Tariflöhne dürften in diesem Jahr um 2,8 % und im Jahr 2027 um 2,9 % steigen. [↘ TABELLE 4](#) Die Effektivverdienste dürften im Jahr 2026 um 3,5 % und im Jahr 2027 um 3,4 % steigen. Damit geht der hohe Lohndrift aus dem Jahr 2025 im Prognosezeitraum zurück. Aufgrund der anziehenden Inflation dürfte es im Prognosezeitraum lediglich zu leichten Reallohnsteigerungen kommen.

ABBILDUNG 23

Entwicklungen am Arbeitsmarkt



1 – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte; saisonbereinigte Werte. 2 – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zum Stichtag 30. September 2025; Wirtschaftsbereiche gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). 3 – Immobilien, freiberufl., wissenschaftl. und techn. Dienstleistungen. 4 – Land- und Forstwirtschaft, Fischerei; Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden; Energieversorgung; Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung; Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz; Verkehr und Lagerei; Gastgewerbe; Finanz- und Versicherungsdienstleistungen; Sonstige (wirtschaftliche) Dienstleistungen; Kunst, Unterhaltung und Erholung. 5 – Abgangschance beschreibt die Chance, Arbeitslosigkeit zu beenden: sie bezieht die Abgänge aus Arbeitslosigkeit aufgrund einer Beschäftigungsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt (einschließlich in betriebliche bzw. außerbetriebliche Ausbildung) auf den Bestand an Arbeitslosen des jeweiligen Vormonats. 6 – Zugangsrisiko beschreibt das Risiko, aus Beschäftigung heraus im nächsten Monat arbeitslos zu werden; es bezieht die Arbeitslosmeldungen von zuvor sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am ersten Arbeitsmarkt (einschließlich Auszubildender) auf den Beschäftigungsbestand des jeweiligen Vormonats. 7 – Nach Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Betrieb.

Quellen: BA, IAB, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-026-01

▾ TABELLE 4

Arbeitsmarkt in Deutschland

	2024	2025	2026 ¹	2027 ¹	2026 ¹	2027 ¹
	Jahreswert				Veränderung zum Vorjahr	
	Tausend Personen				%	
Erwerbspersonen ²	47 320	47 482	47 425	47 306	- 0,1	- 0,3
Erwerbslose ³	1 490	1 652	1 674	1 585	1,4	- 5,3
Erwerbstätige ⁴	45 987	45 982	45 905	45 875	- 0,2	- 0,1
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	34 934	34 963	34 982	35 002	0,1	0,1
Ausschließlich geringfügig entlohnt Beschäftigte ⁵	4 180	4 121	4 048	4 015	- 1,8	- 0,8
Registriert Arbeitslose	2 787	2 948	2 997	2 936	1,6	- 2,0
Unterbeschäftigung (ohne Kurzarbeit) ⁶	3 577	3 627	3 662	3 583	0,9	- 2,1
Kurzarbeit (Beschäftigungsäquivalent) ⁷	87	90	71	54	- 21,5	- 24,2
	Jahresdurchschnitte in %				Prozentpunkte	
Arbeitslosenquote ⁸	6,0	6,3	6,4	6,2	0,1	- 0,1
ILO-Erwerbslosenquote ⁹	3,4	3,8	3,8	3,6	0,0	- 0,2
	Veränderung zum Vorjahr in %					
Tariflöhne (Stundenkonzept)	4,8	2,7	2,8	2,9	.	.
Effektivlöhne ¹⁰	5,3	4,5	3,5	3,4	.	.

1 – Prognose des Sachverständigenrates. 2 – Erwerbslose und Erwerbstätige im erwerbsfähigen Alter mit Wohnort in Deutschland (Inländerkonzept); in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. 3 – Nach dem Messkonzept der International Labour Organization (ILO). 4 – Erwerbstätige mit einem Arbeitsplatz in Deutschland unabhängig von ihrem Wohnort (Inlandskonzept). 5 – Beschäftigte mit einem monatlichen Arbeitsentgelt nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB IV. 6 – Gemäß Unterbeschäftigungskonzept der BA. 7 – Ab dem Jahr 2025 Prognose des Sachverständigenrates. 8 – Registriert Arbeitslose in Relation zu allen zivilen Erwerbspersonen. 9 – Erwerbslose in Relation zu den zivilen Erwerbspersonen, jeweils Personen in Privathaushalten im Alter von 15 bis 74 Jahren. 10 – Bruttolöhne und -gehälter (Inlandskonzept) je Arbeitnehmerstunde.

Quellen: BA, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-073-01

4. Expansiver Kurs der Fiskalpolitik

69. Der expansive Kurs, der mit der Verausgabung der Mittel aus dem SVIK und der Bereichsausnahme für Verteidigung im 2. Halbjahr 2025 begonnen hat, dürfte im Jahr 2026 zunehmen und weiterhin maßgeblich von diesen Maßnahmen geprägt sein. Steuerliche Entlastungen, v. a. aus dem Steueränderungsgesetz 2025 und dem steuerlichen Investitionsfortprogramm, und Subventionen aus dem Klima- und Transformationsfonds (KTF) verstärken diesen Impuls. Restriktive Impulse, vor allem durch steigende Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und steigende Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), fallen relativ hierzu schwächer aus. Im Jahr 2027 dürfte sich der expansive Kurs fortsetzen. Dies spiegelt sich im Prognosezeitraum in einem wachsenden strukturellen Finanzierungsdefizit wider. ▾ KASTEN 6

▷ KASTEN 6

Hintergrund: Realwirtschaftliche Effekte des Finanzpakets in den Jahren 2026 und 2027

Der Sachverständigenrat hat im Jahresgutachten 2025 eine ausführliche Einordnung der makroökonomischen Effekte möglicher Ausgabenpfade für das SVIK sowie für die Bereichsausnahme für Verteidigung vorgelegt (JG 2025 Ziffern 109 ff.). Die Simulationen zeigen, dass die gesamtwirtschaftlichen Effekte maßgeblich von zwei Faktoren abhängen: vom Grad der Zusätzlichkeit gegenüber bereits geplanten Ausgaben und von der Verwendung der Mittel für investive Zwecke. Um eine möglichst hohe Wachstumswirkung zu erzielen, bedarf es der Nutzung der Mittel für zusätzliche Investitionen.

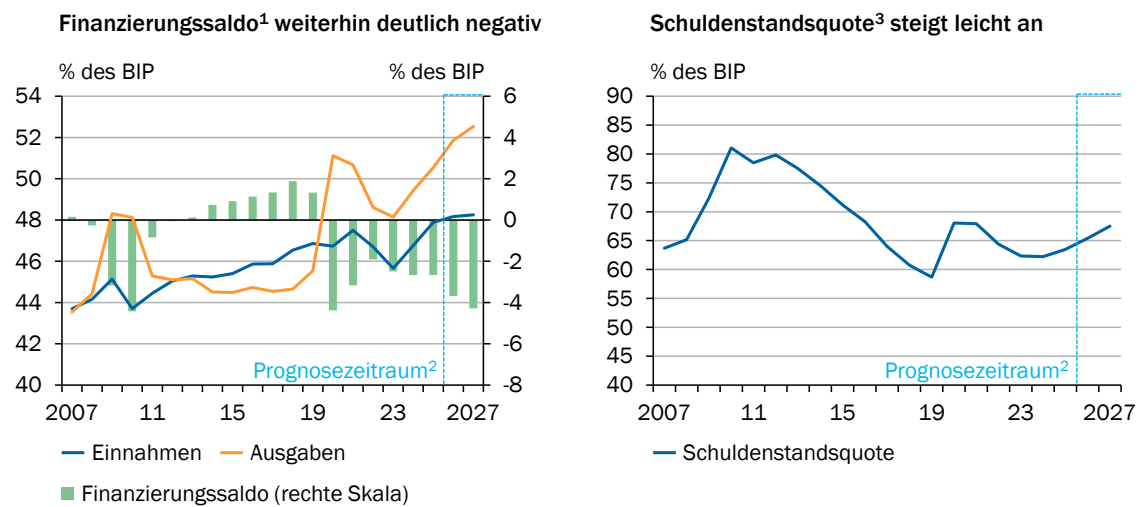
Vor dem Hintergrund der jüngsten Entwicklungen des Mittelabflusses können die Projektionen für die Jahre 2026 und 2027 aktualisiert werden. Gegenüber den Annahmen im Jahresgutachten 2025 ergeben sich dabei zwei wesentliche Änderungen. Zum einen dürfte der Mittelabfluss im Rahmen der Bereichsausnahme höher ausfallen als bislang unterstellt, insbesondere für die Ausrüstungsinvestitionen. Zum anderen kam es bis einschließlich des 1. Quartals 2026 zu keinem Abfluss bei den Zuweisungen an die Länder.

Dadurch verschieben sich die kurzfristigen Wachstumswirkungen des Finanzpakets gegenüber der bisherigen Einschätzung. Der stärkere Mittelabfluss bei der Bereichsausnahme erhöht kurzfristig den gesamtwirtschaftlichen Impuls, während die bislang ausgebliebenen Mittelabflüsse an die Länder ihn dämpfen. Insgesamt dürfte der Wachstumsbeitrag des Finanzpakets im Jahr 2026 gegenüber der Prognose im Jahresgutachten 2025 unverändert bleiben und 0,3 % des BIP betragen. Für das Jahr 2027 ist mit einem Wachstumsbeitrag von 0,3 % des BIP zu rechnen.

70. Die **Staatseinnahmen** dürften im Jahr 2026 nominal um 3,5 % zunehmen und damit um 0,6 Prozentpunkte stärker ansteigen als das nominale BIP. [▷ TABELLE 9](#) Im Jahr 2027 dürften die Staatseinnahmen nominal um etwa 3,6 % zunehmen und damit um 0,2 Prozentpunkte stärker wachsen als das nominale BIP. Diese Anstiege werden durch eine kräftige Entwicklung der Lohnsteuer und die Erhöhung der Beiträge in der GKV und SPV getragen. Gleichzeitig greifen steuerliche Entlastungsmaßnahmen unter anderem aus dem Steuerfortentwicklungsgesetz, dem Investitionssofortprogramm und die Umsatzsteuersenkung in der Gastronomie, die den expansiven fiskalischen Kurs im Prognosezeitraum stützen.
71. Insgesamt werden die **Ausgaben des Staates** in den Jahren 2026 und 2027 nominal um 5,5 % bzw. 4,8 % zunehmen. Der Staatskonsum steigt vor allem durch höhere Vorleistungen, die die Ausrüstungsinvestitionen in Verteidigung flankieren, und aufgrund des hohen Anstiegs der sozialen Sachleistungen im Gesundheits- und Pflegebereich. Daneben steigen die Staatsausgaben durch höhere Bruttoinvestitionen, vor allem im Verteidigungsbereich, durch zusätzliche Investitionszuschüsse aus dem SVIK sowie durch höhere Subventionen aus dem mit Mitteln des SVIK aufgestockten KTF, etwa zur Stabilisierung der Netzentgelte ab dem Jahr 2026.
72. **Das Finanzierungsdefizit des Staates dürfte im Prognosezeitraum aufgrund der expansiven Fiskalpolitik ansteigen.** [▷ ABBILDUNG 24 LINKS](#) Nach 3,7 % im Jahr 2026 wird es im Jahr 2027 4,3 % des BIP betragen. Infolgedessen dürfte sich der strukturelle Finanzierungssaldo im Jahr 2026 um 1,0 Prozentpunkte auf –3,3 % und im Jahr 2027 um 0,8 Prozentpunkte auf –4,1 % ver-

▸ ABBILDUNG 24

Entwicklung der öffentlichen Finanzen



schlechtern. Die Schuldenstandsquote dürfte im Jahr 2026 auf 65,4 % des BIP und im Jahr 2027 auf 67,5 % des BIP ansteigen. ▸ ABBILDUNG 24 RECHTS

5. Risiken: Anhaltend erhöhte Energiepreise und protektionistische US-Handelspolitik

73. Die **Ungewissheit über die Dauer und die Auswirkungen des Iran-Kriegs** auf die deutsche Volkswirtschaft stellen ein erhebliches Risiko für diese Prognose dar. So besteht das Risiko, dass die Weltmarktpreise für Rohöl und Erdgas im Prognosezeitraum anhaltend höher liegen als zum Datenschluss gemäß den Terminpreisen unterstellt. ▸ KASTEN 4 Um dieser hohen Prognoseunsicherheit Rechnung zu tragen, wird ergänzend ein Szenario für das deutsche BIP-Wachstum und die Inflation betrachtet, das eine alternative Entwicklung des Rohölpreises abbildet. ▸ KASTEN 7 In diesem Szenario wird angenommen, dass der Rohölpreis im Mai 2026 auf 120 US-Dollar je Barrel steigt und bis Oktober 2026 auf diesem Niveau verharrt. Zudem wird angenommen, dass der Rohölpreis ab November 2026 wieder zurückgeht und im 2. Quartal 2027 die Marke von 100 US-Dollar je Barrel unterschreitet. Der Sachverständigenrat schätzt, dass das BIP unter diesen ungünstigeren Bedingungen im Jahr 2026 lediglich um 0,2 % und im Jahr 2027 um 0,5 % wachsen könnte. Die Verbraucherpreisinflation könnte dann im Jahr 2026 bei 3,5 % und im Jahr 2027 bei 3,2 % liegen.

➤ KASTEN 7

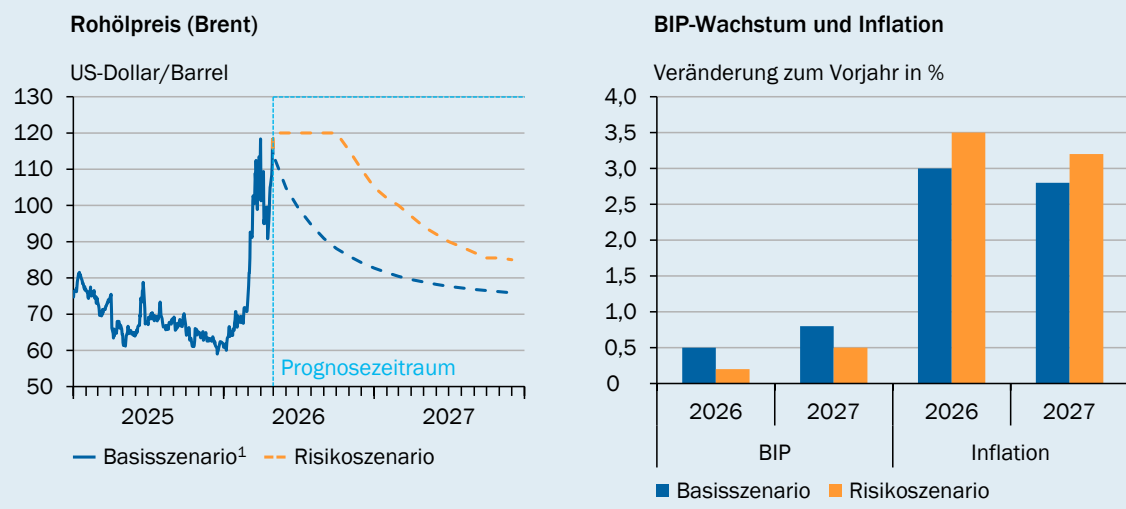
SVR-Szenarioanalyse: Die deutsche Volkswirtschaft im Prognosezeitraum

In der vorliegenden Prognose wird unterstellt, dass sich der Rohölpreis im Prognosezeitraum entsprechend der zum Datenschluss am 1. Mai 2026 geltenden Terminpreisen entwickelt. ➤ KASTEN 4 Dieses Szenario wird im Folgenden als Basisszenario bezeichnet. ➤ ABBILDUNG 25 LINKS Die Verfügbarkeit von Rohöl und Flüssigerdgas könnte jedoch über einen längeren Zeitraum spürbar eingeschränkt sein und der Rohölpreis könnte länger über den aktuellen Erwartungen an den Terminmärkten liegen. ➤ ZIFFER 32 Die Prognose ist daher mit erheblichen Risiken behaftet. Deshalb wird ergänzend ein Risikoszenario betrachtet, in dem ein höherer Rohölpreis unterstellt wird. Es wird angenommen, dass der Rohölpreis im Mai 2026 auf 120 US-Dollar je Barrel steigt und bis Oktober 2026 auf diesem Niveau verharrt. Zudem wird angenommen, dass der Rohölpreis ab November 2026 wieder zurückgeht und im 2. Quartal 2027 die Marke von 100 US-Dollar je Barrel unterschreitet. ➤ ABBILDUNG 25 LINKS

In einem solchen Risikoszenario ist mit einer deutlich stärkeren Dämpfung des privaten Konsums zu rechnen als im Basisszenario unterstellt. Berechnungen des Sachverständigenrates zeigen, dass das Konsumentenvertrauen und die Einzelhandelsumsätze in Deutschland infolge eines Ölpreisschocks unmittelbar und spürbar zurückgehen. ➤ ABBILDUNG 13 OBEN RECHTS UND UNTEN LINKS Sollte es im Zuge des Iran-Kriegs im 2. und 3. Quartal 2026 erneut zu negativen Ölangebotschocks kommen, dürfte sich dies rasch und anhaltend belastend auf den privaten Konsum auswirken. Zudem würden höhere Energiepreise die Verbraucherpreisinflation ab dem 3. Quartal 2026 gegenüber dem Basisszenario deutlich erhöhen. Insgesamt könnte das BIP in diesem Szenario im Jahr 2026 um 0,2 % und im Jahr 2027 um 0,5 % wachsen. Die Verbraucherpreisinflation könnte im Jahr 2026 bei 3,5 % und im Jahr 2027 bei 3,2 % liegen.

➤ ABBILDUNG 25

Szenariorechnung für die deutsche Volkswirtschaft im Prognosezeitraum



1 – Bis April 2026 beobachtete Werte, ab Mai 2026 durchschnittliche Terminpreise der vergangenen zehn Handelstage, abgerufen am 1. Mai 2026.

Quellen: LSEG Workspace, NYMEX, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-129-02

74. Es besteht das Risiko, dass sich die **handelspolitischen Rahmenbedingungen** für deutsche Warenexporte in die USA im Prognosezeitraum erneut verschlechtern oder die handelspolitische Unsicherheit zunimmt. So könnten höhere US-Einfuhrzölle verstärkt zur Durchsetzung außen- und geopolitischer Ziele ein-

gesetzt werden. Hinweise darauf lieferten etwa die im Januar 2026 im Zusammenhang mit dem Grönlandkonflikt geäußerten Androhungen von Strafzöllen gegenüber Deutschland und anderen Mitgliedstaaten der EU. Deutlich höhere Zölle könnten die deutschen Exporte in die USA dämpfen. Zudem könnten erneute sprunghafte Zollankündigungen mit unklarer Umsetzung und rechtlicher Durchsetzbarkeit die handelspolitische Unsicherheit weiter erhöhen und die privaten Ausrüstungsinvestitionen belasten.

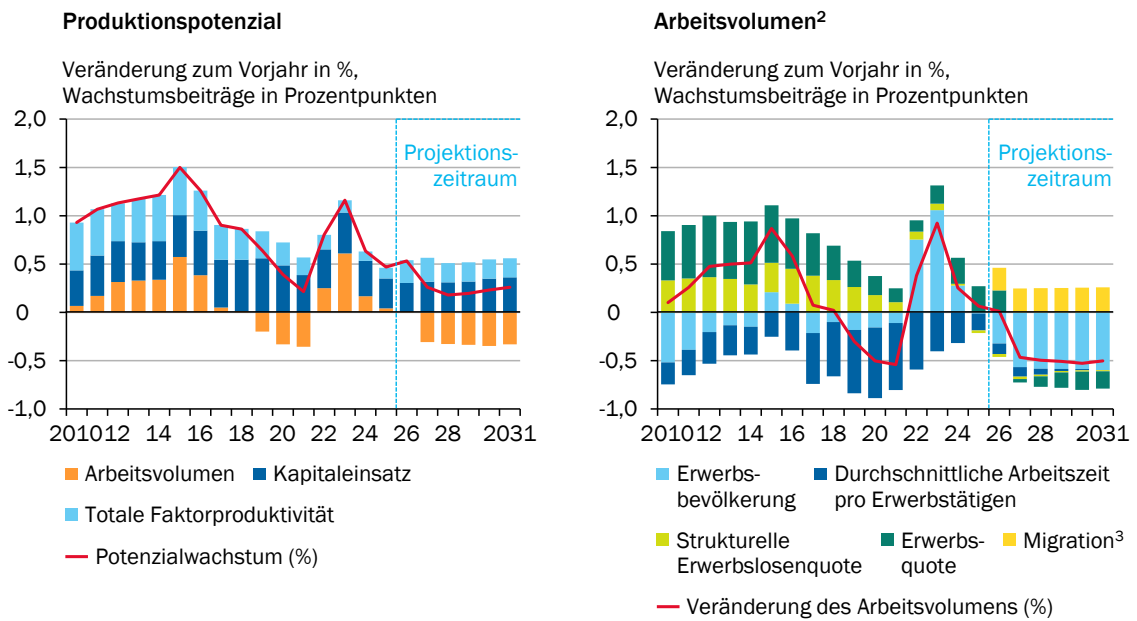
75. Im Zuge der Verausgabung der Mittel aus dem SVIK könnte die Nachfrage nach Bauleistungen die bestehenden Produktionskapazitäten im Tiefbau stärker auslasten als in der Prognose unterstellt und damit zusätzlichen Preisdruck erzeugen. Zudem besteht das Risiko, dass die gestiegenen Energiepreise schneller und in größerem Umfang auf die Baupreise durchschlagen als angenommen. Dies könnte insbesondere energieintensive Vorleistungen wie Stahl sowie Erdölprodukte wie Bitumen betreffen. In beiden Fällen könnten die **preisbereinigten öffentlichen Tiefbauinvestitionen geringer ausfallen** als prognostiziert.

6. Produktionspotenzial: Investitionen als Stütze, Demografie als Belastung

76. **Der Sachverständigenrat schätzt das Wachstum des Produktionspotenzials in den Jahren 2026 und 2027 auf 0,5 % bzw. 0,3 %.** In den darauffolgenden Jahren bis 2031 schwächt sich das Wachstum deutlich ab und dürfte nur noch bei rund 0,2 % bis 0,3 % jährlich liegen. [↘ ABBILDUNG 26 LINKS](#) Die jährlichen Wachstumsbeiträge des Kapitaleinsatzes dürften im Projektionszeitraum leicht von 0,3 auf 0,4 Prozentpunkte ansteigen. Von der Totalen Faktorproduktivität (TFP) werden im Projektionszeitraum jährliche Wachstumsbeiträge von rund 0,2 Prozentpunkten erwartet. Im gesamten Projektionszeitraum dürfte der Faktor Arbeit das Wachstum des Produktionspotenzials dämpfen. [↘ ABBILDUNG 26 RECHTS](#) Für das Jahr 2026 wird kein Beitrag des Arbeitsvolumens und für das Jahr 2027 ein negativer Beitrag von 0,3 Prozentpunkten erwartet. Im weiteren Projektionszeitraum bis zum Jahr 2031 dürfte sich der Rückgang auf jährlich rund 0,3 Prozentpunkte belaufen.
77. **Der Sachverständigenrat nutzt für das aktuelle Gutachten erstmals die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,** [↘ PLUSTEXT 5](#) um die mittelfristige Wachstumsprojektion zu erstellen. Im vergangenen Jahresgutachten unterstellte der Sachverständigenrat für das Jahr 2025 einen Wanderungssaldo von 210 000 Personen, der bis zum Jahr 2032 linear auf 150 000 Personen pro Jahr zurückgeht und anschließend auf diesem Niveau konstant bleibt. Im aktuellen Gutachten wird dagegen ab dem Jahr 2026 ein konstanter Wanderungssaldo von 200 000 Personen pro Jahr angenommen. Damit entspricht die Annahme einem mittleren Szenario zwischen den Varianten W1 und W2 der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Für die Geburtenhäufigkeit und die Lebenserwartung werden jeweils die mittleren („moderaten“) Varianten G2 und L2 dieser Vorausberechnung zugrunde gelegt.

ABBILDUNG 26

Wachstumsbeiträge der Komponenten des Produktionspotenzials und des Arbeitsvolumens¹



1 – Berechnungen des Sachverständigenrates. 2 – Die Produktionselastizität des Faktors Arbeit beträgt 0,66. 3 – Ab dem Jahr 2026 explizit modelliert; bis zum Jahr 2025 in Erwerbsbevölkerung inbegriffen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-107-01

ANHANG

▾ TABELLE 5

Bruttoinlandsprodukt und Verbraucherpreise im Euro-Raum

Land/Ländergruppe	Gewicht in % ¹	Bruttoinlandsprodukt (kalenderbereinigt) ²			Verbraucherpreise (HVPI) ³		
		Veränderung zum Vorjahr in %					
		2025	2026 ⁴	2027 ⁴	2025	2026 ⁴	2027 ⁴
Euro-Raum⁵	100	1,5	0,7	1,0	2,1	3,0	2,6
darunter:							
Deutschland	28,0	0,3	0,4	0,6	2,3	3,1	2,8
Frankreich	18,7	0,9	0,5	0,8	0,9	2,6	2,3
Italien	14,2	0,7	0,5	0,5	1,6	2,9	2,8
Spanien	10,6	2,8	2,2	1,9	2,7	3,1	2,5
Niederlande	7,4	1,8	0,9	1,2	3,0	2,7	2,6
Belgien	4,0	1,0	0,5	1,1	3,0	3,5	2,8
Irland	4,0	12,4	- 2,5	1,9	2,1	3,1	2,0
Österreich	3,2	0,7	0,5	1,1	3,6	2,7	2,2
Portugal	1,9	1,9	1,2	1,6	2,2	3,0	2,2
Finnland	1,8	0,2	1,3	1,3	1,8	2,3	2,0
Griechenland	1,6	2,2	1,9	1,7	2,9	3,8	2,2
nachrichtlich:							
Euro-Raum ohne Deutschland	72,0	2,0	0,8	1,2	2,1	2,9	2,5

1 – Anteil des BIP des Jahres 2024 am BIP des Euro-Raums. 2 – Preisbereinigt. Werte basieren auf saison- und kalenderbereinigten Quartalswerten. 3 – Harmonisierter Verbraucherpreisindex. 4 – Prognose des Sachverständigenrates. 5 – Gewichteter Durchschnitt der 21 Mitgliedstaaten des Euro-Raums.

Quellen: Eurostat, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-069-01

▾ TABELLE 6

Komponenten der Wachstumsprognose des Bruttoinlandsprodukts¹ (in %)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026 ²	2027 ²
Statistischer Überhang am Ende des Vorjahres ³	2,5	1,0	- 0,1	- 0,2	0,1	0,1	0,1
Jahresverlaufsrate ⁴	2,4	0,8	- 0,8	- 0,2	0,4	0,3	0,9
Jahresdurchschnittliche Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts, kalenderbereinigt	3,9	1,9	- 0,7	- 0,5	0,3	0,3	0,6
Kalendereffekt (in % des Bruttoinlandsprodukts)	0,0	- 0,1	- 0,2	0,0	- 0,1	0,3	0,1
Jahresdurchschnittliche Rate des Bruttoinlandsprodukts ⁵	3,9	1,8	- 0,9	- 0,5	0,2	0,5	0,8

1 – Preisbereinigt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Prozentuale Differenz zwischen dem absoluten Niveau des BIP im letzten Quartal des Jahres und dem durchschnittlichen Niveau der Quartale desselben Jahres, saison- und kalenderbereinigt. 4 – Veränderung des 4. Quartals zum 4. Quartal des Vorjahres, saison- und kalenderbereinigt. 5 – Abweichungen in den Summen rundungsbedingt.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-077-01

TABELLE 7

Wachstumsbeiträge zum Bruttoinlandsprodukt nach Verwendungskomponenten¹

Prozentpunkte

	2021	2022	2023	2024	2025	2026 ²	2027 ²
Inländische Verwendung³	3,1	3,0	- 0,8	0,2	1,8	0,9	1,2
Konsumausgaben	1,7	3,4	- 0,4	0,8	1,1	0,6	0,7
Private Konsumausgaben ⁴	1,0	3,3	- 0,3	0,3	0,8	0,2	0,2
Konsumausgaben des Staates	0,7	0,1	0,0	0,6	0,3	0,4	0,4
Bruttoanlageinvestitionen	0,2	0,0	- 0,4	- 0,7	0,0	0,3	0,6
Ausrüstungsinvestitionen ⁵	0,3	0,3	0,0	- 0,4	- 0,1	0,0	0,2
Bauinvestitionen	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,4	- 0,1	0,1	0,2
Sonstige Anlagen	0,3	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1
Vorratsveränderungen ³	1,2	- 0,4	0,0	0,1	0,7	0,0	0,0
Außenbeitrag	0,8	- 1,2	0,0	- 0,7	- 1,5	- 0,3	- 0,4
Exporte	4,0	1,7	- 0,7	- 0,9	- 0,2	0,0	0,3
Importe	- 3,2	- 2,8	0,6	0,2	- 1,4	- 0,3	- 0,8
Bruttoinlandsprodukt³ (%)	3,9	1,8	- 0,9	- 0,5	0,2	0,5	0,8

1 – Wachstumsbeiträge zum preisbereinigten BIP. Abweichungen in den Summen rundungsbedingt. 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Da die verwendungsseitige Zusammensetzung der Revisionen des BIP im Jahr 2025 noch aussteht, wird unterstellt, dass es sich um eine Anpassung der Vorratsveränderungen handelt. 4 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 5 – Einschließlich militärischer Waffensysteme.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-076-01

▸ TABELLE 8

Die wichtigsten Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für Deutschland
Absolute Werte

	Einheit	2025	2026 ¹	2027 ¹	2026 ¹		2027 ¹	
					1. Hj.	2. Hj.	1. Hj.	2. Hj.
Verwendung des Inlandsprodukts								
In jeweiligen Preisen								
Konsumausgaben	Mrd Euro	3 384,2	3 512,9	3 645,3	1 714,2	1 798,6	1 772,9	1 872,4
Private Konsumausgaben ²	Mrd Euro	2 377,9	2 456,6	2 537,1	1 199,6	1 257,0	1 234,8	1 302,3
Konsumausgaben des Staates	Mrd Euro	1 006,4	1 056,2	1 108,2	514,6	541,6	538,1	570,2
Bruttoanlageinvestitionen	Mrd Euro	908,0	946,9	1 003,4	452,7	494,2	480,7	522,7
Ausrüstungsinvestitionen ³	Mrd Euro	267,2	273,6	288,3	128,4	145,2	135,4	152,9
Bauinvestitionen	Mrd Euro	461,8	483,0	512,7	233,1	249,9	248,6	264,1
Sonstige Anlagen	Mrd Euro	179,0	190,2	202,5	91,1	99,1	96,8	105,7
Inländische Verwendung ⁴	Mrd Euro	4 364,5	4 545,4	4 731,6	2 219,8	2 325,6	2 305,6	2 425,9
Exporte	Mrd Euro	1 807,4	1 862,0	1 911,5	916,1	945,8	944,6	966,9
Importe	Mrd Euro	1 702,1	1 808,9	1 886,1	875,9	933,1	917,8	968,3
Bruttoinlandsprodukt⁴	Mrd Euro	4 469,8	4 598,4	4 757,0	2 260,0	2 338,4	2 332,4	2 424,6
Verkettete Volumenangaben								
Konsumausgaben	Mrd Euro	2 754,0	2 774,8	2 799,1	1 369,8	1 405,0	1 376,0	1 423,1
Private Konsumausgaben ²	Mrd Euro	1 926,8	1 932,9	1 941,7	952,3	980,6	952,4	989,4
Konsumausgaben des Staates	Mrd Euro	827,5	842,3	857,9	417,7	424,6	423,9	434,0
Bruttoanlageinvestitionen	Mrd Euro	700,8	710,0	730,1	340,8	369,2	351,3	378,8
Ausrüstungsinvestitionen ³	Mrd Euro	224,1	224,5	231,5	105,5	119,0	108,9	122,7
Bauinvestitionen	Mrd Euro	322,6	326,3	333,9	158,7	167,6	163,1	170,8
Sonstige Anlagen	Mrd Euro	158,3	163,9	169,8	78,5	85,4	81,2	88,6
Inländische Verwendung ⁴	Mrd Euro	3 519,9	3 551,5	3 594,6	1 749,0	1 802,5	1 765,3	1 829,3
Exporte	Mrd Euro	1 485,3	1 484,6	1 497,4	736,4	748,2	742,3	755,1
Importe	Mrd Euro	1 393,6	1 404,9	1 433,1	689,0	715,9	699,7	733,3
Bruttoinlandsprodukt⁴	Mrd Euro	3 608,8	3 628,7	3 656,3	1 795,1	1 833,7	1 806,6	1 849,8
Preisentwicklung (Deflatoren)								
Konsumausgaben	2020=100	122,9	126,6	130,2	125,2	128,0	128,8	131,6
Private Konsumausgaben ²	2020=100	123,4	127,1	130,7	126,0	128,2	129,7	131,6
Konsumausgaben des Staates	2020=100	121,6	125,4	129,2	123,2	127,6	126,9	131,4
Bruttoanlageinvestitionen	2020=100	129,6	133,4	137,4	132,8	133,9	136,8	138,0
Ausrüstungsinvestitionen ³	2020=100	119,2	121,9	124,5	121,8	122,0	124,4	124,7
Bauinvestitionen	2020=100	143,1	148,0	153,5	146,9	149,1	152,4	154,6
Sonstige Anlagen	2020=100	113,1	116,1	119,2	116,1	116,1	119,1	119,4
Inländische Verwendung ⁴	2020=100	124,0	128,0	131,6	126,9	129,0	130,6	132,6
Terms of Trade	2020=100	99,6	97,4	97,0	97,9	97,0	97,0	97,0
Exporte	2020=100	121,7	125,4	127,7	124,4	126,4	127,3	128,1
Importe	2020=100	122,1	128,8	131,6	127,1	130,3	131,2	132,0
Bruttoinlandsprodukt⁴	2020=100	123,9	126,7	130,1	125,9	127,5	129,1	131,1
Entstehung des Inlandsprodukts								
Erwerbstätige (Inland)	Tausend	45 982	45 905	45 875	45 794	46 017	45 766	45 984
Arbeitsvolumen	Mio Std.	61 259	61 092	60 996	30 059	31 032	29 907	31 089
Produktivität (Stundenbasis)	2020=100	100,9	101,7	102,6	102,4	101,2	103,5	101,9
Verteilung des Volkseinkommens								
Volkseinkommen	Mrd Euro	3 307,2	3 402,4	3 539,6	1 647,2	1 755,2	1 709,6	1 829,9
Arbeitnehmerentgelte	Mrd Euro	2 477,1	2 566,2	2 660,4	1 232,0	1 334,1	1 275,6	1 384,8
Bruttolöhne und -gehälter	Mrd Euro	2 037,2	2 108,6	2 184,3	1 010,0	1 098,6	1 045,1	1 139,2
darunter: Nettolöhne und -gehälter ⁵	Mrd Euro	1 407,4	1 444,0	1 483,3	685,9	758,0	703,6	779,7
Unternehmens- und Vermögenseinkommen	Mrd Euro	830,1	836,2	879,2	415,1	421,1	434,0	445,1
Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte ²	Mrd Euro	2 589,1	2 670,3	2 759,3	1 317,5	1 352,7	1 360,3	1 398,9
Sparquote der privaten Haushalte ^{2,6}	%	10,3	10,1	10,1	11,0	9,2	11,2	9,0
nachrichtlich:								
nominale Lohnstückkosten ⁷	2020=100	122,5	125,8	129,0	122,3	129,2	125,4	132,6
reale Lohnstückkosten ⁸	2020=100	98,9	99,3	99,2	97,1	101,3	97,1	101,1
Verbraucherpreise	2020=100	121,9	125,5	129,0	124,6	126,5	128,3	129,9

1 – Prognose des Sachverständigenrates. 2 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 3 – Einschließlich militärischer Waffensysteme. 4 – Da die verwendungsseitige Zusammensetzung der Revisionen des BIP im Jahr 2025 noch aussteht, wird unterstellt, dass es sich um eine Anpassung der Vorratsveränderungen handelt. 5 – Arbeitnehmerentgelte abzüglich Sozialbeiträge der Arbeitgeber sowie Sozialbeiträge und Lohnsteuer der Arbeitnehmer. 6 – Ersparnis in Relation zum verfügbaren Einkommen. 7 – Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitnehmerstunde in Relation zum realen BIP je geleisteter Erwerbstätigenstunde. 8 – Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitnehmerstunde in Relation zum BIP je geleisteter Erwerbstätigenstunde.

Quellen: BA, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-078-01

NOCH TABELLE 8

Die wichtigsten Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für Deutschland

Veränderung gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum in %

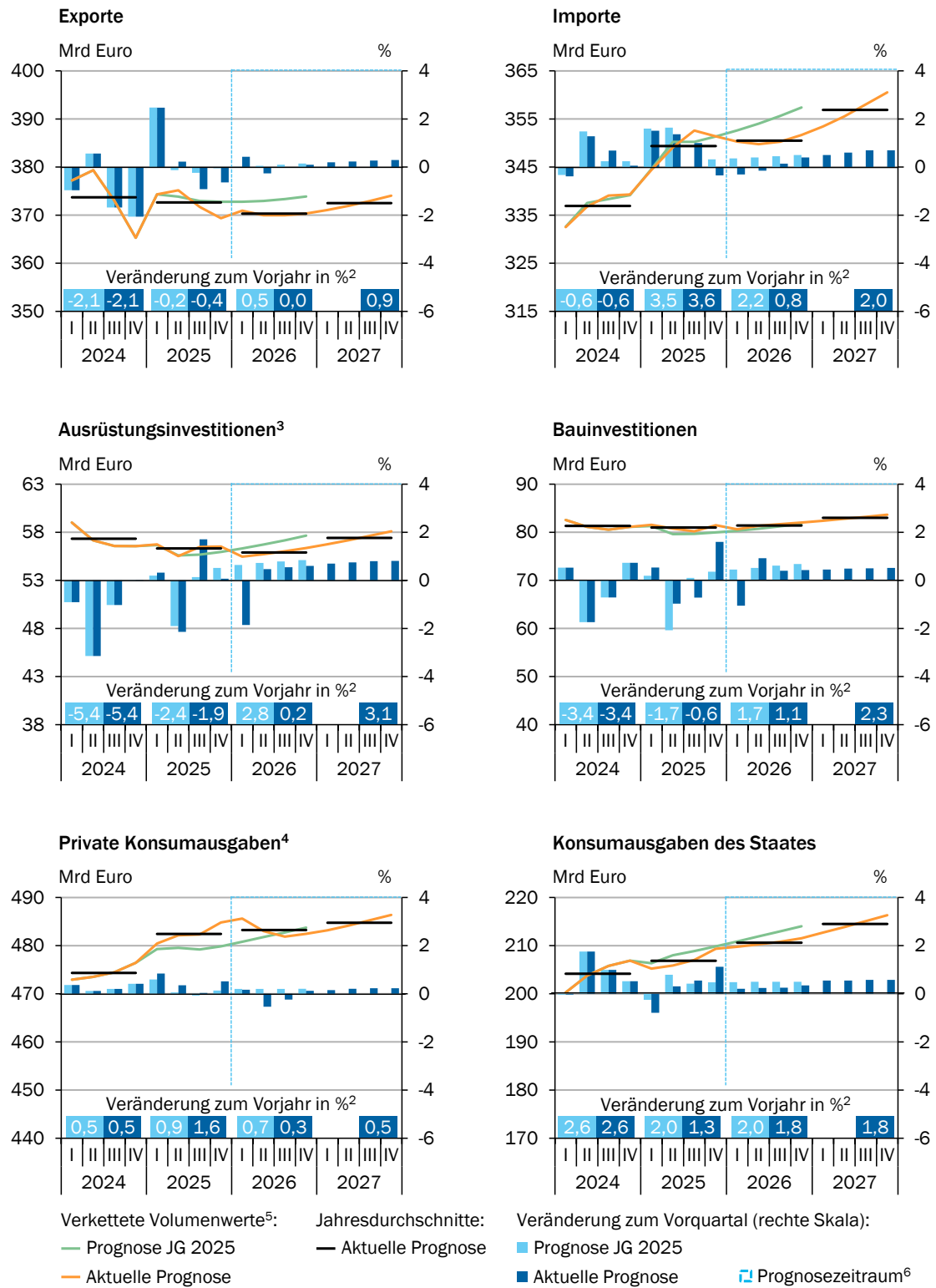
2025	2026 ¹	2027 ¹	2026 ¹		2027 ¹		
			1. Hj.	2. Hj.	1. Hj.	2. Hj.	
Verwendung des Inlandsprodukts							
In jeweiligen Preisen							
4,6	3,8	3,8	4,1	3,5	3,4	4,1	Konsumausgaben
4,2	3,3	3,3	3,5	3,1	2,9	3,6	Private Konsumausgaben ²
5,7	5,0	4,9	5,5	4,4	4,6	5,3	Konsumausgaben des Staates
2,5	4,3	6,0	3,3	5,2	6,2	5,8	Bruttoanlageinvestitionen
0,0	2,4	5,4	1,5	3,2	5,5	5,3	Ausrüstungsinvestitionen ³
2,5	4,6	6,1	3,1	6,0	6,6	5,7	Bauinvestitionen
6,6	6,3	6,4	6,5	6,1	6,2	6,6	Sonstige Anlagen
4,8	4,1	4,1	4,4	3,9	3,9	4,3	Inländische Verwendung ⁴
0,8	3,0	2,7	1,2	4,9	3,1	2,2	Exporte
4,4	6,3	4,3	4,9	7,6	4,8	3,8	Importe
3,3	2,9	3,4	2,8	2,9	3,2	3,7	Bruttoinlandsprodukt⁴
Verkettete Volumenangaben							
1,5	0,8	0,9	1,1	0,4	0,5	1,3	Konsumausgaben
1,6	0,3	0,5	0,7	0,0	0,0	0,9	Private Konsumausgaben ²
1,3	1,8	1,8	2,1	1,5	1,5	2,2	Konsumausgaben des Staates
-0,2	1,3	2,8	0,5	2,1	3,1	2,6	Bruttoanlageinvestitionen
-1,9	0,2	3,1	-0,6	0,9	3,2	3,0	Ausrüstungsinvestitionen ³
-0,6	1,1	2,3	-0,1	2,3	2,8	1,9	Bauinvestitionen
3,8	3,5	3,6	3,7	3,4	3,5	3,7	Sonstige Anlagen
1,8	0,9	1,2	1,2	0,6	0,9	1,5	Inländische Verwendung ⁴
-0,4	0,0	0,9	-1,0	0,9	0,8	0,9	Exporte
3,6	0,8	2,0	1,1	0,6	1,6	2,4	Importe
0,2	0,5	0,8	0,3	0,7	0,6	0,9	Bruttoinlandsprodukt⁴
Preisentwicklung (Deflatoren)							
3,1	3,0	2,9	2,9	3,1	2,9	2,8	Konsumausgaben
2,6	3,0	2,8	2,8	3,2	2,9	2,7	Private Konsumausgaben ²
4,4	3,1	3,0	3,3	2,9	3,0	3,0	Konsumausgaben des Staates
2,7	2,9	3,1	2,8	3,1	3,0	3,1	Bruttoanlageinvestitionen
2,0	2,2	2,2	2,1	2,3	2,1	2,2	Ausrüstungsinvestitionen ³
3,1	3,4	3,7	3,2	3,6	3,7	3,7	Bauinvestitionen
2,6	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,8	Sonstige Anlagen
2,9	3,2	2,8	3,2	3,3	2,9	2,8	Inländische Verwendung ⁴
0,4	-2,2	-0,4	-1,6	-2,8	-0,9	0,0	Terms of Trade
1,2	3,1	1,8	2,2	4,0	2,3	1,3	Exporte
0,8	5,4	2,2	3,8	7,0	3,2	1,3	Importe
3,0	2,3	2,7	2,5	2,1	2,5	2,8	Bruttoinlandsprodukt⁴
Entstehung des Inlandsprodukts							
0,0	-0,2	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	Erwerbstätige (Inland)
-0,2	-0,3	-0,2	-0,2	-0,3	-0,5	0,2	Arbeitsvolumen
0,4	0,8	0,9	0,6	1,1	1,2	0,7	Produktivität (Stundenbasis)
Verteilung des Volkseinkommens							
3,3	2,9	4,0	2,9	2,8	3,8	4,3	Volkseinkommen
5,1	3,6	3,7	3,9	3,3	3,5	3,8	Arbeitnehmerentgelte
4,6	3,5	3,6	3,8	3,2	3,5	3,7	Bruttolöhne und -gehälter
3,8	2,6	2,7	3,0	2,3	2,6	2,9	darunter: Nettolöhne und -gehälter ⁵
-1,4	0,7	5,1	0,0	1,4	4,5	5,7	Unternehmens- und Vermögenseinkommen
3,1	3,1	3,3	3,4	2,9	3,2	3,4	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte ²
.	Sparquote der privaten Haushalte ^{2,6}
nachrichtlich:							
4,5	2,6	2,6	3,2	2,1	2,5	2,6	nominale Lohnstückkosten ⁷
1,5	0,3	-0,1	0,7	0,0	0,0	-0,2	reale Lohnstückkosten ⁸
2,2	3,0	2,8	2,7	3,2	3,0	2,7	Verbraucherpreise

1 – Prognose des Sachverständigenrates. 2 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 3 – Einschließlich militärischer Waffensysteme. 4 – Da die verwendungsseitige Zusammensetzung der Revisionen des BIP im Jahr 2025 noch aussteht, wird unterstellt, dass es sich um eine Anpassung der Vorratsveränderungen handelt. 5 – Arbeitnehmerentgelte abzüglich Sozialbeiträge der Arbeitgeber sowie Sozialbeiträge und Lohnsteuer der Arbeitnehmer. 6 – Ersparnis in Relation zum verfügbaren Einkommen. 7 – Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitnehmerstunde in Relation zum realen BIP je geleisteter Erwerbstätigenstunde. 8 – Arbeitnehmerentgelt je geleisteter Arbeitnehmerstunde in Relation zum BIP je geleisteter Erwerbstätigenstunde.

Quellen: BA, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-078-01

ABBILDUNG 27

Komponenten des Bruttoinlandsprodukts¹



1 – Alle angegebenen Komponenten des BIP preisbereinigt. 2 – Ursprungswerte. 3 – Einschließlich militärischer Waffensysteme. 4 – Einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck. 5 – Referenzjahr 2020; saison- und kalenderbereinigt. 6 – Aktueller Prognosezeitraum. Prognosen des Sachverständigenrates.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-102-01

TABELLE 9

Einnahmen und Ausgaben des Staates¹ sowie finanzpolitische Kennziffern

	Mrd Euro			Veränderung zum Vorjahr in %	
	2025	2026 ²	2027 ²	2026 ²	2027 ²
Einnahmen	2 140,2	2 215,0	2 295,4	3,5	3,6
Steuern	1 031,5	1 059,6	1 093,9	2,7	3,2
Sozialbeiträge	822,9	864,7	904,2	5,1	4,6
Verkäufe	199,7	208,6	217,9	4,5	4,5
Sonstige laufende Transfers	30,1	31,5	32,7	4,4	3,8
Vermögenstransfers	24,9	18,9	14,8	- 24,2	- 21,9
Empfangene Vermögenseinkommen	30,8	31,5	31,7	2,3	0,4
Empfangene sonstige Subventionen	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0
Ausgaben	2 259,3	2 384,6	2 499,1	5,5	4,8
Monetäre Sozialleistungen	749,5	783,4	811,6	4,5	3,6
Soziale Sachleistungen	414,9	439,5	461,7	5,9	5,1
Arbeitnehmerentgelte	384,3	397,7	412,2	3,5	3,6
Vorleistungen	289,1	305,7	323,6	5,7	5,9
Subventionen	53,9	58,9	62,8	9,4	6,5
Bruttoinvestitionen	144,8	156,3	172,2	7,9	10,2
Sonstige laufende Transfers	95,3	107,3	110,0	12,6	2,5
Vermögenstransfers	78,4	83,3	88,3	6,3	6,1
Geleistete Vermögenseinkommen (Zinsen)	49,5	52,7	56,9	6,5	8,0
Geleistete sonstige Produktionsabgaben	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7
Nettozugang an nichtprod. Vermögensgütern	- 0,6	- 0,6	- 0,6	0,0	0,0
Finanzierungssaldo	- 119,1	- 169,5	- 203,7	x	x
Finanzpolitische Kennziffern (%)³					
Steuerquote ⁴	23,6	23,4	23,2	x	x
Abgabenquote ⁵	40,8	41,0	41,1	x	x
Finanzierungssaldo	- 2,7	- 3,7	- 4,3	x	x
Struktureller Finanzierungssaldo ⁶	- 2,3	- 3,3	- 4,1	x	x
Struktureller Primärsaldo ⁶	- 1,2	- 2,2	- 2,9	x	x
Schuldenstandsquote ⁷	63,5	65,4	67,5	x	x

1 – In der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (nominale Angaben). 2 – Prognose des Sachverständigenrates. 3 – Jeweils in Relation zum BIP. 4 – Steuern einschließlich Erbschaftsteuer und Steuern an die EU. 5 – Steuern einschließlich Erbschaftsteuer, Steuern an die EU und tatsächliche Sozialbeiträge. 6 – Basierend auf der Schätzung für das Produktionspotenzial. Berechnet mit einer Budgetsemielastizität von 0,504. Die Budgetsemielastizität misst, um wie viele Prozentpunkte sich das Verhältnis zwischen Finanzierungssaldo und BIP bei einer 1-prozentigen Erhöhung des BIP verändert. 7 – Bruttoschulden des Staates in der Abgrenzung gemäß dem Vertrag von Maastricht.

Quellen: Deutsche Bundesbank, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-074-01

LITERATUR

- Abberger, K., M. Graff, O. Müller und J.-E. Sturm (2022), Composite global indicators from survey data: The Global Economic Barometers, *Review of World Economics* 158 (3), 917–945.
- Adrian, T. et al. (2026), How the war in the Middle East is affecting energy, trade, and finance, <https://www.imf.org/en/blogs/articles/2026/03/30/how-the-war-in-the-middle-east-is-affecting-energy-trade-and-finance>, abgerufen am 30.3.2026.
- Anderl, C. und G.M. Caporale (2024), Functional oil price expectations shocks and inflation, *Journal of Futures Markets* 44 (10), 1662–1693.
- Baumeister, C. und J.D. Hamilton (2019), Structural interpretation of vector autoregressions with incomplete identification: Revisiting the role of oil supply and demand shocks, *American Economic Review* 109 (5), 1873–1910.
- Blanchard, O. und J. Galí (2007), The macroeconomic effects of oil shocks: Why are the 2000s so different from the 1970s?, NBER Working Paper 13368, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- BLS (2026), Consumer Price Index: Summary, Economic News Release USDL-26-0599, U.S. Bureau of Labor Statistics, Washington, DC, 10. April.
- Bodenschatz, P., L. Eberth, K. Erhardt und L. Flach (2026), The role of maritime chokepoints for German international trade, *EconPol Policy Report* 56/2026, Vol. 9, CESifo Network im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, München.
- Bodenschatz, P. und L. Flach (2026), The role of the Strait of Hormuz for Germany and the EU, *EconPol Policy Brief* 81/2026, Vol. 10, CESifo Network, München.
- BoE (2026), Monetary Policy Report – February 2026, Bank of England, London.
- Budget Lab (2026), Tracking the economic effects of tariffs, <https://budgetlab.yale.edu/research/tracking-economic-effects-tariffs>, abgerufen am 10.4.2026.
- Bundeswehr (2025), Ausrüstung die wirkt – Beschaffung der Bundeswehr 2025 im Überblick, <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/ausruestung-baaibw/aktuelles/beschaffungen-bilanz-2025-6054598>, abgerufen am 10.4.2026.
- Caldara, D., M. Iacoviello, P. Molligo, A. Prestipino und A. Raffo (2020), The economic effects of trade policy uncertainty, *Journal of Monetary Economics* 109, 38–59.
- Caldara, D., M. Iacoviello und D. Yu (2025), Measuring shortages since 1900, International Finance Discussion Paper 1407, Board of Governors of the Federal Reserve System, Washington, DC.
- Carrasco, R. und R. Torres (Hrsg.) (2026), La inmigración en España: Retos, impacto y políticas, *Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad* 111, Funcas, Madrid.
- Clark, C.R. (2026), Attorney General Clark seeks court order to stop the Trump administration's illegal tariffs, *Pressemitteilung*, Office of the Vermont Attorney General, Montpelier, VT, 13. März.
- Correa, R., J. di Giovanni, L.S. Goldberg und C. Minoiu (2023), Trade uncertainty and U.S. bank lending, NBER Working Paper 31860, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Dahan, M.E., A. Mills und Y. Saba (2026), Exclusive: Iran attacks wipe out 17% of Qatar's LNG capacity for up to five years, QatarEnergy CEO says, <https://www.reuters.com/business/energy/iran-attack-damage-wipes-out-17-qatars-lng-capacity-three-five-years-qatarenergy-2026-03-19/>, abgerufen am 23.4.2026.
- Deutsche Bundesbank (2026a), Internationales und europäisches Umfeld, *Monatsbericht* Februar 2026, 19–54.
- Deutsche Bundesbank (2026b), Was bestimmt die Wechselkursbewegungen des Euro gegenüber dem US-Dollar?, *Monatsbericht* Januar 2026, 64–94.
- Deutsche Bundesbank (2025a), Finanzmärkte, *Monatsbericht* August 2025, 83–107.
- Deutsche Bundesbank (2025b), The impact of exchange rate changes on domestic prices in times of high inflation, *Monthly Report* September 2025, 21–52.
- EIA (2026), Short-Term Energy Outlook – April 2026, US Energy Information Administration, Washington, DC.

- EIA (2025), Amid regional conflict, the Strait of Hormuz remains critical oil chokepoint, US Energy Information Administration, <https://www.eia.gov/todayinenergy/detail.php?id=65504>, abgerufen am 10.4.2026.
- Elder, J. und A. Serletis (2010), Oil price uncertainty, *Journal of Money, Credit and Banking* 42 (6), 1137–1159.
- Europäische Kommission (2026a), EU-Mercosur: Text of the agreement, https://policy.trade.ec.europa.eu/eu-trade-relationships-country-and-region/countries-and-regions/mercosur/eu-mercosur-agreement/text-agreement_en, abgerufen am 23.4.2026.
- Europäische Kommission (2026b), EU und Indien beschließen Freihandelsabkommen, Pressemitteilung, Europäische Kommission, Vertretung in Deutschland, Berlin, 27. Januar.
- Europäische Kommission (2026c), Joint statement by Ursula von der Leyen, President of the European Commission and Anthony Albanese, Prime Minister of Australia, Pressemitteilung STATEMENT/26/691, Brüssel, 24. März.
- Europäische Kommission (2025), 2025 Country Report – Italy, Commission Staff Working Document SWD(2025) 212 final, Brüssel.
- EZB (2026a), The euro area bank lending survey – First quarter of 2026, Europäische Zentralbank, Frankfurt am Main.
- EZB (2026b), The euro area bank lending survey – Fourth quarter of 2025, Europäische Zentralbank, Frankfurt am Main.
- FAO (2026), FAO Food Price Index rises in march as Near East conflict raises energy costs, Pressemitteilung, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rom, 3. April.
- Finger, J.M. und M.E. Kreinin (1979), A measure of „export similarity“ and its possible uses, *Economic Journal* 89 (356), 905–912.
- Forni, M., A. Franconi, L. Gambetti und L. Sala (2025), Asymmetric transmission of oil supply news, *Quantitative Economics* 16 (3), 947–979.
- FRED (2026), Real disposable personal income, Federal Reserve Bank of St. Louis, <https://fred.stlouisfed.org/series/DSPIC96>, abgerufen am 10.4.2026.
- Grimm, V., C. Groß, T. Marxsen und M. Schwarz (2023), Folgen der Energiekrise: Wie viel Haushalte für Heizung/Warmwasser und Strom zahlen, SVRV Policy Brief, Sachverständigenrat für Verbraucherfragen, Berlin.
- Grimm, V., J. Haucap, S. Kolev und V. Wieland (2026), Eskalation im Nahen Osten: Auswirkungen auf Europa – und was (nicht) zu tun ist, Kurzgutachten des wissenschaftlichen Beraterkreises für evidenzbasierte Wirtschaftspolitik der Bundesministerin für Wirtschaft und Energie, Berlin.
- Hamilton, J.D. (1983), Oil and the macroeconomy since World War II, *Journal of Political Economy* 91 (2), 228–248.
- IEA (2026), IEA Member countries to carry out largest ever oil stock release amid market disruptions from Middle East conflict, Pressemitteilung, Internationale Energieagentur, Paris, 11. April.
- IEA (2022), IEA confirms member country contributions to second collective action to release oil stocks in response to Russia's invasion of Ukraine, Pressemitteilung, Internationale Energieagentur, Paris, 7. April.
- ifo Institut (2026a), ifo Geschäftsklimaindex gesunken (April 2026), Pressemitteilung, ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, 25. April.
- ifo Institut (2026b), ifo Konjunkturperspektiven April, 4/2026, ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München.
- ifo Institut (2026c), ifo Exporterwartungen leicht gestiegen (April 2026), Pressemitteilung, ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, 27. April.
- IfW Kiel (2026), Current trade issues, Kiel Institut für Weltwirtschaft, <https://www.kielinstitut.de/topics/international-trade/current-trade-issues/>, abgerufen am 10.4.2026.
- Jones, C. (2026), Asia scrambles to confront energy crisis unleashed by Iran war – with no end in sight, <https://www.theguardian.com/world/2026/mar/12/asia-energy-crisis-iran-war>, abgerufen am 10.4.2026.
- Känzig, D.R. (2021), The macroeconomic effects of oil supply news: Evidence from OPEC announcements, *American Economic Review* 111 (4), 1092–1125.

Kilian, L. (2009), Not all oil price shocks are alike: Disentangling demand and supply shocks in the crude oil market, *American Economic Review* 99 (3), 1053–1069.

Kilian, L. und L.T. Lewis (2011), Does the Fed respond to oil price shocks?, *Economic Journal* 121 (555), 1047–1072.

Kilian, L. und R.J. Vigfusson (2011), Nonlinearities in the oil price-output relationship, *Macroeconomic Dynamics* 15 (S3), 337–363.

Koester, G., I. Rubene, E. Gonçalves und J. Nordeman (2021), Recent developments in pipeline pressures for non-energy industrial goods inflation in the euro area, *ECB Economic Bulletin* 5, Box 7.

KOF (2026), Global Barometers fail to continue the upward tendency of recent months, Pressemitteilung, KOF Swiss Economic Institute und ETH Zürich, Rio de Janeiro und Zürich, 10. März.

Lane, P.R. (2026), The euro in a changing world, Rede, Danish Economic Society Conference, Kolding, 9. Januar.

Mongey, S. (2025), Immigration can't explain declining employment growth, <https://www.minneapolisfed.org/article/2025/immigration-cant-explain-declining-employment-growth>, abgerufen am 10.4.2026.

New York Fed (2026), Global Supply Chain Pressure Index (GSCPI), Federal Reserve Bank of New York, <https://www.newyorkfed.org/research/policy/gscpi>, abgerufen am 29.4.2026.

OECD (2026), OECD Economic Outlook, Interim Report March 2026: Testing resilience, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Oxford Economics (2025), US Consumers still riding the „wealth effect“ coattails, <https://www.oxfordeconomics.com/resource/us-consumers-still-riding-the-wealth-effect-coattails/>, abgerufen am 10.4.2026.

Rubinton, H. und B.A. Patro (2026), Tracking AI's contribution to GDP growth, St. Louis Fed On the Economy, <https://www.stlouisfed.org/on-the-economy/2026/jan/tracking-ai-contribution-gdp-growth>, abgerufen am 10.4.2026.

Shalal, A. und D. Lawder (2025), Trump cuts tariffs on beef, coffee and other foods as inflation concerns mount, <https://www.reuters.com/business/trump-cuts-tariffs-beef-coffee-other-foods-inflation-concerns-mount-2025-11-14/>, abgerufen am 10.4.2026.

de Soyres, F., A. Pradhan und Z. Saijid (2026), Is the inflation process in advanced economies different after the pandemic?, FEDS Note 30 March 2026, Board of Governors of the Federal Reserve System, Washington, DC.

Statistisches Bundesamt (2026a), Außenhandelsrangfolge Februar 2026, Statistischer Bericht, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2026b), Reallöhne im Jahr 2025 um 1,9 % gestiegen, Pressemitteilung 068, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 27. Februar.

The White House (2025a), Fact sheet: The United States, Switzerland, and Liechtenstein reach a historic trade deal, <https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/11/fact-sheet-the-united-states-switzerland-and-liechtenstein-reach-a-historic-trade-deal/>, abgerufen am 10.4.2026.

The White House (2025b), Fact sheet: President Donald J. Trump strikes deal on economic and trade relations with China, <https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/11/fact-sheet-president-donald-j-trump-strikes-deal-on-economic-and-trade-relations-with-china/>, abgerufen am 2.11.2025.

UNCTAD (2026), Hormuz shipping disruptions raise risks for energy, fertilizers and vulnerable economies, United Nations Conference on Trade and Development, <https://unctad.org/news/hormuz-shipping-disruptions-raise-risks-energy-fertilizers-and-vulnerable-economies>, abgerufen am 10.4.2026.



SOZIALVERSICHERUNGEN UNTER REFORMDRUCK

I. Einleitung

II. Die Finanzen der Sozialversicherungen

1. Bestimmungsfaktoren
2. Bisherige Entwicklung

III. Effekte von Änderungen der Beitragssätze

1. Steuer- und Abgabenkeil im internationalen Vergleich
2. Lang- und kurzfristige Inzidenzen
3. Effekte auf die Konsumnachfrage und das Arbeitsangebot der privaten Haushalte
4. Effekte auf die Arbeitsnachfrage und Standortentscheidungen
5. Effekte im Allgemeinen Gleichgewicht

IV. Handlungsfelder

1. Ausgabenseite
2. Einnahmenseite

Eine andere Meinung

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

- ↘ Aufgrund des demografischen Wandels ist unter geltendem Recht bis zum Jahr 2040 ein Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes von derzeit 42,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen auf fast 50 % zu erwarten.
- ↘ Ein Anstieg der Beitragssätze verringert das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und erhöht die Arbeitskosten der Unternehmen. Beides dämpft das gesamtwirtschaftliche Wachstum.
- ↘ Eine Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung könnte über eine Begrenzung des Ausgabenwachstums in Verbindung mit einer Stärkung der Einnahmenbasis gelingen.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

In den kommenden Jahren dürfte die Zahl der Leistungsbeziehenden in der Gesetzlichen Renten- (GRV), Kranken- (GKV) und Pflegeversicherung (SPV) durch den demografischen Wandel deutlich steigen, während die Zahl der Beitragszahlenden abnimmt. Projektionen des Sachverständigenrates lassen einen deutlichen Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes in den kommenden Jahrzehnten erwarten. Im Basisszenario steigt der Beitragssatz von 42,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2026 unter geltendem Recht auf 45,4 % im Jahr 2030. Bis zum Jahr 2040 erhöht sich der Beitragssatz bei kontinuierlichem Anstieg auf 49,7 %. Danach setzt sich der Trend abgeschwächt fort. Damit verschärft sich der Zielkonflikt zwischen angemessenem Leistungsniveau und tragfähiger Finanzierung.

Die Abgabenbelastung von Arbeitseinkommen ist in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. Ein Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge vergrößert den Keil zwischen Arbeitskosten und Nettolohn. Die Belastung wird von Unternehmen und Beschäftigten in Deutschland etwa hälftig finanziert. Bei privaten Haushalten verringert der Beitragsanstieg das verfügbare Einkommen und damit den privaten Konsum. Zugleich kann ein höherer Abgabenkeil die Erwerbsanreize verschlechtern und dadurch das Arbeitsangebot dämpfen. Bei Unternehmen führen höhere Sozialversicherungsbeiträge zu steigenden Arbeitskosten. Dies belastet die Arbeits- und Investitionsnachfrage. Simulationen zeigen, dass der projizierte Anstieg des Gesamtbeitragssatzes um rund 6 bis 7 Prozentpunkte bis zum Jahr 2035 das Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zu einem Szenario ohne Beitragssatzsteigerungen um 0,5 bis 0,9 % senkt.

Die Beitragssatzentwicklung sollte primär durch die Begrenzung des Ausgabenanstiegs gedämpft werden. Für die GRV wurden im Jahresgutachten 2023 Reformoptionen aufgezeigt. In der GKV können Strukturreformen in der Krankenhausversorgung, eine stärker am Zusatznutzen orientierte Arzneimittelpreisbildung und Prävention den Ausgabenanstieg begrenzen, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. In der SPV können eine Begrenzung des Leistungszugangs auf das fachlich empfohlene Maß, die Rücknahme einzelner wenig zielgenauer Leistungen und eine kohortenspezifische Kapitaldeckung zu einer nachhaltigeren Finanzierung beitragen.

Auf der Einnahmenseite sollten nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) vollständig steuerfinanziert werden, soweit sie klar begründete gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllen. Kritisch zu prüfen ist, ob einzelne NBL sachlich gerechtfertigt sind. Eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf Nichtlohneinkommen erscheint in Versicherungszweigen mit Lohnersatzfunktion wenig sachgerecht. Die Bemessungsgrundlage lässt sich durch Maßnahmen und Reformen stabilisieren, die eine längere Erwerbsphase, ein höheres Arbeitsvolumen sowie eine Steigerung des Produktivitätswachstums fördern.

I. EINLEITUNG

78. Die **Sozialversicherungen**, bestehend aus Arbeitslosen- (ALV), Unfall- (UV), Renten- (GRV), Kranken- (GKV) und Pflegeversicherung (SPV), bilden eine **zentrale Säule der sozialen Sicherung** in Deutschland. [↪ KASTEN 8](#) Sie sollen private Haushalte gegen wesentliche Lebens- und Erwerbsrisiken absichern, indem sie ihr Einkommen bei Eintritt versicherter Risiken stützen. Damit tragen sie zur Glättung des Konsums über den Lebenszyklus (Gruber, 1997a; Gertler und Gruber, 2002) sowie zur Minderung von Armutsrisiken bei (Jacques et al., 2021). Für Unternehmen wirken stabile und verlässliche Sozialversicherungen vorteilhaft, da sie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung beitragen und z. B. über bessere Gesundheit die Arbeitsmarktteilnahme sowie die Produktivität stützen (Miller et al., 2021).
79. Gemäß dem **Versicherungsprinzip** [↪ KASTEN 8](#) erfolgt diese Absicherung über beitragsfinanzierte Versicherungen mit entsprechenden Leistungsansprüchen. Diese sind an den Eintritt bestimmter versicherter Risiken geknüpft. Gemäß dem **Solidarprinzip** [↪ KASTEN 8](#) werden individuelle Risiken, vor allem in der Kranken- und Pflegeversicherung, gemeinschaftlich von Erwerbspersonen und Unternehmen getragen, wobei einkommens- und risikobezogene Unterschiede teilweise innerhalb der Versichertengemeinschaft ausgeglichen werden. Das bedeutet, dass sich die Beiträge in der Kranken- und Pflegeversicherung nach der finanziellen Leistungsfähigkeit richten, während Leistungen nach Bedarf gewährt werden.
80. Die **Sozialversicherungen werden überwiegend aus Beiträgen und im sogenannten Umlageverfahren** [↪ GLOSSAR](#) **finanziert**. Bei einer Umlagefinanzierung werden die Beiträge nicht für zukünftige Leistungen angespart, sondern für laufende Leistungen direkt wieder verwendet. Die Beitragsbemessung knüpft in den einzelnen Versicherungszweigen primär an das Arbeitseinkommen an und wird durch Beitragsbemessungsgrenzen sowie, je nach Versicherungszweig, durch eine unterschiedliche Reichweite der versicherten Personengruppen begrenzt. Ergänzend werden Bundeszuschüsse gewährt, die vor allem zum Ausgleich nicht beitragsgedeckter Leistungen (NBL) dienen. [↪ PLUSTEXT 6](#)
81. **Der Zielkonflikt zwischen einem angemessenen Leistungsniveau der Sozialversicherungen und ihrer nachhaltigen Finanzierbarkeit** wird sich in Deutschland aufgrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren verschärfen. [↪ ZIFFERN 88 FF.](#) [↪ PLUSTEXT 4](#) Ein demografisch bedingter Anstieg der Leistungen bei unverändertem oder sinkendem Arbeitsvolumen, wie es in den kommenden Jahrzehnten zu erwarten ist, [↪ ZIFFERN 95 F.](#) erfordert höhere Beitragssätze oder höhere öffentliche Zuschüsse, wenn der Leistungsumfang je Versicherten unverändert bleibt. Höhere Beitragssätze können aufgrund geringerer Nettoentgelte den Konsum und das Arbeitsangebot der privaten Haushalte vermindern. [↪ ZIFFERN 123 FF.](#) Für Unternehmen steigen mit höheren Beiträgen die Arbeitskosten, was die Arbeits- und Investitionsnachfrage dämpfen kann. [↪ ZIFFERN 137 FF.](#)



▸ PLUSTEXT 4

Hintergrund: Zielkonflikt zwischen einem angemessenen Leistungsniveau und nachhaltiger Finanzierbarkeit in den Sozialversicherungen

Die Angemessenheit des Leistungsniveaus und die Nachhaltigkeit der Finanzierung von Sozialversicherungssystemen sind zwei zentrale, teils konkurrierende Ziele. Ein angemessenes Leistungsniveau bedeutet eine Absicherung gegen Lebens- und Erwerbsrisiken durch vorhersehbare Leistungen, die bei Eintritt des Versicherungsfalls eine Glättung des Konsums erlauben und das Armutsrisiko mindern. ▸ KASTEN 8 Nachhaltigkeit ist dann gegeben, wenn das im geltenden Recht vorgesehene Sicherungsniveau langfristig gehalten werden kann, ohne dass hierzu erforderliche höhere Beitragssätze und Bundeszuschüsse zu spürbaren Verzerrungen bei Beschäftigung und Wachstum führen oder zukünftige Generationen unverhältnismäßig belasten (BMGS, 2003; JG 2023 Ziffer 363).

82. Die Entwicklung der Finanzen der Sozialversicherungen wird durch drei Faktoren bestimmt: i) die Zahl der Leistungsbeziehenden, die v. a. von der demografischen Struktur der Versicherten bestimmt wird; ii) die Entwicklung der Ausgaben je Leistungsfall, die stark von der Lohnentwicklung und im Gesundheits- und Pflegebereich zudem vom medizinisch-technischen Fortschritt geprägt ist und schließlich iii) die Entwicklung der beitragspflichtigen Bemessungsgrundlage, die vom gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen, der Lohnsumme und der Beschäftigungsstruktur abhängt. Beitragssätze steigen entsprechend auch dann, wenn bei unverändertem Leistungsumfang demografisch bedingt die Anzahl der Leistungsbeziehenden zunimmt oder wenn sich die beitragspflichtige Einkommensbasis schwächer entwickelt als die Ausgaben.
83. Der **Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz**, d. h. die Summe der Beitragssätze von Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, ist seit der Wiedervereinigung von 35,6 % im Jahr 1990 auf 42,3 % im Jahr 2026 deutlich angestiegen. ▸ ABBILDUNG 32 Diese Entwicklung ist sowohl auf eine Ausweitung des Leistungsumfangs und Verbesserungen der Leistungsqualität als auch auf demografisch bedingt steigende Bedarfe zurückzuführen. ▸ ZIFFERN 105 FF. Besonders stark wuchs im Zeitverlauf der Beitragssatz der GKV. Die Beitragssätze zur GRV und, insbesondere ab dem Jahr 2015, zur SPV sind aber ebenfalls gestiegen. Der Beitragssatz zur ALV ist seit dem Jahr 2007 aufgrund der rückläufigen Arbeitslosenquote spürbar gesunken.
84. Das vorliegende Kapitel analysiert vor diesem Hintergrund die künftige Entwicklung der gesamten Sozialversicherungsbeiträge ▸ ZIFFERN 88 FF. und zeigt auf, wie diese Entwicklung den privaten Konsum, die Arbeitsangebots- und Arbeitsnachfrage- sowie Investitionsentscheidungen von privaten Haushalten und Unternehmen sowie die öffentlichen Haushalte beeinflussen kann. ▸ ZIFFERN 113 FF. Die nachfolgenden beiden Kapitel befassen sich mit der Beitrags- und Leistungsentwicklung in der Kranken- und in der Pflegeversicherung ▸ ZIFFERN 195 UND 301 und erörtern, wie beide Systeme mit Blick auf die bevorstehende demografische Alterung gestärkt werden können. Bereits im Jahresgutachten 2023 hat der Sachverständigenrat Reformoptionen für die GRV diskutiert, die dabei helfen können, die

Folgen des demografischen Wandels zu bewältigen (JG 2023 Ziffern 387 ff.). [↘ ZIFFER 146](#)

85. Eine Simulation des Sachverständigenrates basierend auf Projektionen der Bevölkerungsentwicklung und des langfristigen Wachstums zeigt, wie sich die Finanzen der Sozialversicherungen in den kommenden Jahrzehnten entwickeln könnten. [↘ ABBILDUNG 33](#) **Im Basisszenario steigt die Summe der Beitragssätze der betrachteten Sozialversicherungszweige von derzeit 42,3 % bis zum Jahr 2030 auf 45,4 %** und bis zum Jahr 2040 weiter auf etwa 49,7 %. Danach setzt sich der Anstieg mit geringerer Dynamik fort.

Dauerhaft höhere Beitragssätze können die gesamtwirtschaftliche Aktivität dämpfen, indem sie das verfügbare Einkommen mindern, die Arbeitskosten erhöhen und so Beschäftigung, Konsum und Investitionen und preisliche Wettbewerbsfähigkeit belasten. Ein Anstieg des aggregierten Beitragssatzes um rund 6 bis 7 Prozentpunkte bis zum Jahr 2035 geht gegenüber dem Basispfad mit einem um etwa 0,5 % bis 0,9 % niedrigeren realen Bruttoinlandsprodukt (BIP) einher (Hüther et al., 2025; Ochsner, 2026). [↘ KASTEN 9](#)

86. Zur Stabilisierung der Finanzen der Sozialversicherungen im demografischen Wandel muss die Ausgabendynamik in GRV, GKV und SPV sozialverträglich begrenzt und zugleich die Einnahmehbasis gestärkt werden. Die Handlungsfelder umfassen eine Stärkung des Arbeitsvolumens über höhere Erwerbsbeteiligung und längere Erwerbsphasen, Vereinfachungen der Erwerbsmigration [↘ ZIFFER 158 F.](#) und Verbesserungen des Produktivitätswachstums [↘ ZIFFER 160](#) sowie Reformen zur Begrenzung der Ausgabendynamik und zur klaren Abgrenzung beitrags- und steuerfinanzierter Aufgaben. [↘ ZIFFERN 146, 148, 149 UND 154](#)

II. DIE FINANZEN DER SOZIALVERSICHERUNGEN

87. Die verschiedenen Versicherungszweige der deutschen Sozialversicherungen adressieren unterschiedliche Lebens- und Erwerbsrisiken, sind jedoch finanziell und strukturell eng miteinander verflochten. [↪ KASTEN 8](#) [↪ ZIFFER 91](#) Ihre Finanzentwicklung wird langfristig vor allem durch das gesamtwirtschaftliche Wachstum und die demografische Alterung bestimmt. Mit dem demografischen Wandel steigt die Zahl der Leistungsbeziehenden, während die Zahl der Beitragszahlenden weniger stark zunimmt. Die **zentrale Herausforderung für die Finanzierung der Sozialversicherungen besteht** in den kommenden Jahren darin, **ein angemessenes Leistungsniveau sicherzustellen** und zugleich die mit der Finanzierung der Leistungen **verbundenen Belastungen für Haushalte und Unternehmen auf ein nachhaltiges Niveau zu begrenzen**.
88. **In Systemen mit Umlageverfahren werden steigende Finanzierungsbedarfe grundsätzlich über Anpassungen der Beitragssätze gedeckt.** Beitragssätze steigen entweder aufgrund einer Ausweitung des Leistungsumfangs oder aufgrund von Veränderungen der Beitragsbasis. Diese entstehen beispielsweise, wenn die Zahl der Leistungsbeziehenden demografisch bedingt zunimmt oder wenn sich das Arbeitsvolumen und das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen schwächer entwickeln als die Ausgaben. Kurzfristig können Rücklagen der Sozialversicherungen die Anpassung der Beitragssätze verzögern. Der Umfang der Bundesmittel für die Sozialversicherungen ist hingegen gesetzlich festgelegt.

Um die Auswirkungen der zukünftigen Entwicklung des gesamtwirtschaftlichen Wachstums und der Demografie auf die Sozialversicherungen abzuschätzen, projiziert der Sachverständigenrat die Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes auf Basis von Projektionen der Bevölkerungsentwicklung und des Potenzialwachstums. [↪ PLUSTEXT 5](#) Zur Einordnung der Projektionsergebnisse werden in Sensitivitätsanalysen zentrale Annahmen zur demografischen Entwicklung, zum Wanderungssaldo sowie zur Erwerbsquote von Frauen und zur durchschnittlichen Jahresarbeitszeit aller Erwerbstätigen variiert. [↪ ABBILDUNG 40](#)

[↪ KASTEN 8](#)

Hintergrund: Ziele und Organisationsprinzipien der Sozialversicherungen

Die Leistungen der Sozialversicherungen sollen private Haushalte gegen wesentliche Lebens- und Erwerbsrisiken absichern, die private Märkte aufgrund von Informationsasymmetrien, unvollständigen Verträgen und kollektiven Risiken nur unzureichend abdecken. Darüber hinaus rechtfertigen verhaltensökonomische Faktoren wie Gegenwartspräferenzen, begrenzte Rationalität und eine systematische Unterbewertung zukünftiger Risiken die Ausgestaltung als Pflichtversicherung, da Individuen ansonsten häufig nicht ausreichend vorsorgen würden (Anderson, 2003; Rice, 2013). Die Sozialversicherungen stabilisieren bei Eintritt versicherter Risiken das verfügbare Einkommen privater Haushalte und tragen damit dazu bei, den Konsum

über den Lebenszyklus zu glätten (vgl. Gruber, 1997a; Gertler und Gruber, 2002). Darüber hinaus erfüllen sie eine Schutzfunktion im Hinblick auf Armutsrisiken und soziale Ausgrenzung, insbesondere bei anhaltenden Erkrankungen oder sehr hohen Behandlungskosten sowie bei Erwerbsminderung und im Alter.

Auch für Unternehmen haben Sozialversicherungen Vorteile. Indem sie Gesundheits- und Einkommensrisiken absichern, tragen sie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung bei. Die Evidenz zeigt, dass bessere Gesundheit mit höherer Arbeitsmarktteilnahme und besseren Arbeitsmarktergebnissen einhergeht (Currie und Madrian, 1999) und dass Krankenversicherungsschutz mit weniger Ausfalltagen bzw. höherer Produktivität verbunden sein kann (Miller et al., 2021). Zudem erhöhen soziale Sicherungssysteme die Einkommenssicherheit in Übergängen und unterstützen damit Anpassungs- und Mobilitätsprozesse am Arbeitsmarkt.

Das deutsche Sozialversicherungssystem beruht auf zwei zentralen Organisationsprinzipien. Das Versicherungsprinzip stellt sicher, dass bei Zahlung der Beiträge im Versicherungsfall klar definierte Leistungsansprüche bestehen. Das Solidarprinzip ordnet die Höhe der Beiträge nach Leistungsfähigkeit und die Leistungsgewährung nach Bedarf. In den einzelnen Versicherungszweigen sind beide Prinzipien unterschiedlich stark ausgeprägt. In der GKV und SPV gilt beispielsweise das Bedarfsprinzip, sodass Leistungsansprüche weitgehend unabhängig von der individuellen Beitragshöhe sind und sich ausschließlich am medizinischen bzw. pflegerischen Bedarf orientieren. [↘ ZIFFERN 191 UND 299](#) Umgekehrt verstärkt der Grundsatz der Beitragsäquivalenz in der GRV und in der ALV die Versicherungslogik, indem er Leistungsansprüche stärker an Höhe und Dauer der Beitragszahlungen bindet (JG 2023 Ziffer 499).

Die GRV dient dem Ersatz des Einkommens nach Beendigung der Erwerbsphase aus Altersgründen, bei vorzeitiger Erwerbsminderung oder nach dem Tod eines erwerbstätigen Ehepartners. Aufgrund ihres Volumens, sowohl beim Beitragsaufkommen als auch bei den Leistungszahlungen, kommt der GRV eine große Bedeutung im Sozialversicherungssystem zu.

Die GKV [↘ ZIFFERN 191 FF.](#) gewährleistet eine medizinische Versorgung nach dem Bedarfsprinzip und schützt private Haushalte vor erheblichen Gesundheitskosten.

Die SPV [↘ ZIFFERN 287 FF. UND 296](#) sichert das finanzielle Risiko im Fall von Pflegebedürftigkeit ab und stellt Leistungen zur ambulanten und stationären Pflege bereit.

Die ALV sichert das Risiko vorübergehender Erwerbslosigkeit ab und stellt sowohl passive Leistungen in Form des Arbeitslosengeldes als auch aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, beispielsweise zur Förderung von Arbeitskräftereallokation, bereit. Sie trägt damit zur Glättung der Haushaltseinkommen sowie zur verbesserten Funktionsfähigkeit des Arbeitsmarkts bei.

Die UV sichert die Folgen von Arbeitsunfällen und berufsbedingten Erkrankungen ab. Anders als die anderen Sozialversicherungen wird die UV mit risikoorientierten Beiträgen allein von den Arbeitgebern finanziert. Dies sorgt zum einen dafür, dass die Kosten entsprechend des Arbeitsunfalls- und Berufskrankheitsrisikos verschiedener Berufe und Branchen verteilt werden, und erzeugt zum anderen Anreize für die Unternehmen, die bei ihnen entstehenden Betriebsgefahren möglichst gering zu halten.

1. Bestimmungsfaktoren

89. Die finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen ergibt sich aus dem Zusammenspiel i) der Entwicklung der Zahl der Leistungsbeziehenden, ii) der Ausgabedynamik je Leistungsfall und iii) der Entwicklung der beitragspflichtigen Bemessungsgrundlage. Die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle wird bei gegebener Rechtslage und Risikoprävalenz, d. h. der Häufigkeit und Dauer von Arbeitslosigkeit, Erkrankungen (Morbidität [↪ GLOSSAR](#)) bzw. Pflegebedürftigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, im Wesentlichen durch die Altersstruktur der Versicherten bestimmt. Die **beitragspflichtige Einnahmendisbasis hängt maßgeblich vom Arbeitsvolumen und vom gesamtwirtschaftlichen Wachstum ab**. Steigende Produktivität erhöht die Löhne und damit die beitragspflichtige Bemessungsgrundlage. Darüber hinaus kann Lohnwachstum die Ausgaben je Leistungsfall erhöhen, da Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit und im Alter daran angepasst werden und höhere Löhne in arbeitsintensiven Bereichen wie Gesundheit und Pflege ebenfalls zu höheren Ausgaben führen. Zudem nimmt mit steigendem Einkommen auch die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsausgaben zu. [↪ ZIFFERN 97, 98 UND 99](#)
90. Die **demografische Struktur beeinflusst beide Seiten der Sozialversicherungsbudgets**. [↪ ZIFFERN 92 FF.](#) Sie bestimmt das gesamtwirtschaftliche Arbeitsvolumen und damit auch das Wirtschaftswachstum sowie die steuer- und beitragspflichtigen Einnahmen, aus denen die Einnahmen der Sozialversicherungen generiert werden. Gleichzeitig beeinflusst die Demografie die Zahl der Leistungsbeziehenden und damit die Ausgaben der Sozialversicherungen. Die Ausgaben hängen zudem auch von den Kosten je Leistungsfall ab. [↪ ZIFFERN 223 FF.](#)
91. **Ausgabenvolumina und -strukturen unterscheiden sich in den verschiedenen Versicherungszweigen deutlich**. Die GRV weist das höchste Ausgabenvolumen auf. Ihre Ausgabenentwicklung ist stark durch die demografische Struktur geprägt, die sich damit maßgeblich auf die langfristige Entwicklung des Gesamtbeitragssatzes auswirkt (JG 2023 Ziffern 363 f.). Die Ausgabenentwicklung in der GKV und SPV wird maßgeblich von Morbidität, Pflegeprävalenz und demografischen Veränderungen geprägt. Der zuletzt beobachtete Ausgabenanstieg in der GKV wurde jedoch vor allem durch den medizinisch-technischen Fortschritt getrieben. [↪ ZIFFER 100](#) Das finanzielle Gewicht der ALV ist im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen geringer und gegenüber der demografischen Entwicklung relativ wenig sensitiv. Sie besitzt jedoch eine große konjunkturelle Bedeutung als automatischer Stabilisator. [↪ GLOSSAR](#)

Zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen bestehen vielfältige Interaktionen, die sowohl die Kostenstrukturen als auch den Leistungsbezug beeinflussen. Zwischen GKV und SPV wirkt die medizinische Versorgung auf Eintrittswahrscheinlichkeit und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, während pflegerische Bedarfe zugleich zusätzliche medizinische Leistungen auslösen können.

Demografie und Arbeitsvolumen

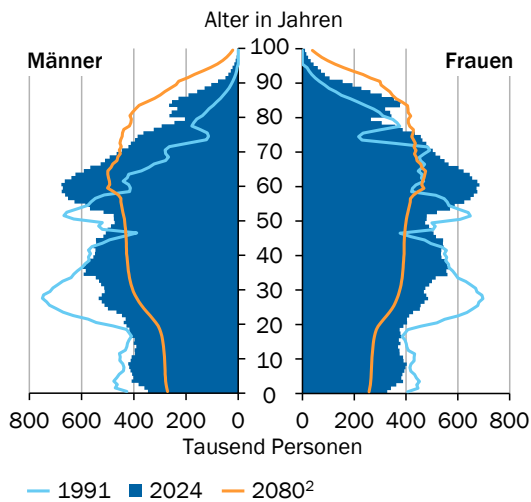
92. Die **demografische Entwicklung zwischen den Jahren 1990 und 2024 war in Deutschland von demografischer Alterung bei anhaltendem Bevölkerungswachstum geprägt.** [↪ ABBILDUNG 28 LINKS](#) Die Bevölkerung stieg von 79,8 Millionen Personen im Jahr 1990 auf 83,6 Millionen Personen im Jahr 2024. Die Geburtenziffer lag im Jahr 1990 bei etwa 1,5 Kindern je Frau, fiel bis Mitte der 2000er-Jahre deutlich, erholte sich zeitweise bis auf rund 1,6 um das Jahr 2021 und ging zuletzt wieder zurück. Insgesamt blieb die Geburtenziffer seit dem Jahr 1990 erheblich unter dem Wert von 2,1 Kindern je Frau, der notwendig wäre, um die Bevölkerung bei ausgeglichenem Wanderungssaldo (und ohne Änderungen der Lebenserwartung) konstant zu halten.

Gleichzeitig nahm die Lebenserwartung bei Geburt kontinuierlich zu, von 79 (72,5) Jahren für Frauen (Männer) zu Beginn der 1990er auf 83,5 (78,9) Jahre im Jahr 2024. Trotz der gestiegenen Lebenserwartung war die natürliche Bevölkerungsentwicklung über weite Teile des Zeitraums negativ. Der Altenquotient, die Anzahl der Personen ab 65 Jahren je 100 Personen im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren, [↪ GLOSSAR](#) stieg infolge niedriger Geburtenraten und zunehmender Lebenserwartung fast durchgängig von 24 im Jahr 1991 auf 39 im Jahr 2024. [↪ ABBILDUNG 28 RECHTS](#) Damit hat sich die Anzahl der Leistungsbeziehenden durch die fort-

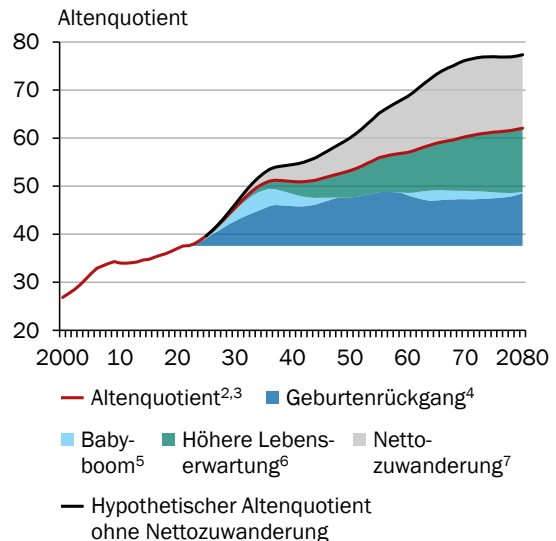
[↪ ABBILDUNG 28](#)

Alterspyramide und Zerlegung der Entwicklung des Altenquotienten

Bevölkerungspyramide¹



Zerlegung des Altenquotienten



1 – Stichtag jeweils 31.12. 2 – Referenzszenario auf Basis des Bevölkerungsstands für das Jahr 2024 und Annahmen der mittleren Variante zu Geburtenhäufigkeit (G2), Lebenserwartung (L2) gemäß der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie einer Nettozuwanderung von 200 000 Personen im Durchschnitt aller Jahre im Projektionszeitraum. 3 – Der Altenquotient ist definiert als die Anzahl der Personen ab 65 Jahren je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren. 4 – Effekt des Rückgangs der Geburtenrate in den 1970er-Jahren. 5 – Zusätzlicher Effekt durch Babyboom. Erster Ausschlag durch Primäreffekte und zweiter Ausschlag als Echoeffekt des Babybooms. 6 – Effekt des Anstiegs der Lebenserwartung bei Geburt. 7 – Effekt der Nettozuwanderung.

Quellen: Human Mortality Database, SIM.24, Statistisches Bundesamt
© Sachverständigenrat | 26-055-01

schreitende demografische Alterung bereits in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich erhöht. Die Nettozuwanderung hat den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in den vergangenen Jahren zwar teilweise kompensiert und das Bevölkerungswachstum gestützt. Sie verändert den langfristigen Trend der Alterung bei dauerhaft niedriger Fertilität aber nur begrenzt. Das beobachtete Bevölkerungswachstum ist im Wesentlichen auf positive Nettomigration zurückzuführen.

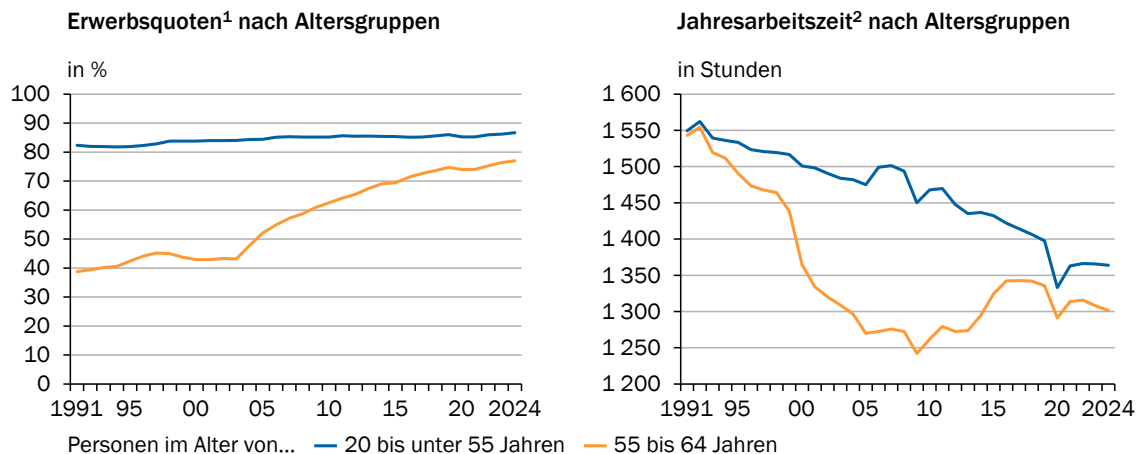
93. Das **Arbeitsvolumen**, gemessen als Summe der geleisteten Arbeitsstunden, ist für die Finanzierung der Sozialversicherungen zentral, weil es einen wesentlichen Bestimmungsfaktor der beitragspflichtigen Lohnsumme und damit der Einnahmehbasis der umlagefinanzierten Systeme darstellt. Die Entwicklung des Arbeitsvolumens lässt sich in vier Komponenten zerlegen: (i) die Bevölkerung im Erwerbsalter, (ii) die Erwerbsbeteiligung, (iii) die Erwerbslosigkeit sowie (iv) die durchschnittliche Arbeitszeit je Erwerbstätigen. [↘ ABBILDUNG 30 RECHTS](#)

Diese Determinanten werden durch den demografischen Wandel in unterschiedlicher Weise beeinflusst. Für die lange Frist ist insbesondere die Bevölkerung im Erwerbsalter die maßgebliche Größe, da sie das Potenzial an Arbeitskräften vorgibt und damit die Obergrenze des möglichen Arbeitsvolumens bestimmt. Änderungen der Erwerbsbeteiligung, der Erwerbslosigkeit und der Arbeitszeit pro Kopf können den demografischen Trend dämpfen oder verstärken, aber nicht vollständig kompensieren.

94. Demografische Veränderungen wirken nicht nur über die Anzahl der Erwerbspersonen auf das Arbeitsvolumen, sondern auch über die **Unterschiede der altersbezogenen Erwerbsstruktur und Arbeitsintensität zwischen verschiedenen Altersgruppen**. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt der Anteil der Personen im höheren Erwerbsalter, deren Erwerbsquoten niedriger sind als in den mittleren Altersgruppen. [↘ ABBILDUNG 29 LINKS](#) Im Jahr 2024 lag die Erwerbsquote der 20- bis 55-Jährigen bei 87 %, gegenüber 77 % bei Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren (im Jahr 1991: 82 % bzw. 39 %). Zudem ist die durchschnittliche Arbeitszeit älterer Erwerbstätiger geringer, [↘ ABBILDUNG 29 RECHTS](#) unter anderem aufgrund höherer Teilzeitquoten. Im Jahr 2024 lag die durchschnittliche Jahresarbeitszeit bei den 55- bis 64-Jährigen bei 1 301 Stunden, gegenüber 1 364 Stunden bei den 20- bis 55-Jährigen (im Jahr 1991: 1 543 bzw. 1 549 Stunden). Der demografische Wandel reduziert damit nicht nur die Anzahl der Erwerbspersonen, sondern auch die durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden je Erwerbsperson. Der Rückgang des Arbeitsvolumens fällt entsprechend stärker aus als es die Bevölkerungsentwicklung allein nahelegen würde.
95. Um die **künftige demografische Entwicklung** abzuschätzen, stützt sich der Sachverständigenrat als Basisszenario auf die Annahmen G2 und L2 der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (kBv). [↘ PLUSTEXT 5](#) [↘ ABBILDUNG 28 LINKS](#) Damit werden die mittleren Annahmen innerhalb der Varianten der 16. kBv zur Geburtenhäufigkeit (G2) und Lebenserwartung (L2) kombiniert. Ausgehend von einer zusammengefassten Geburtenziffer von 1,35 Kindern je Frau im Jahr 2024 wird in G2 (und seiner Fortschreibung [↘ ZIFFER 176](#)) unterstellt, dass sich die Geburtenrate langfristig erholt und bis zum Jahr 2080 auf 1,47 Kinder je Frau ansteigt. Im Pfad L2 steigt die Lebenserwartung bei Geburt bis zum Jahr 2080

▸ **ABBILDUNG 29**

Heterogenität in Erwerbsquoten und Arbeitsstunden



1 – Erwerbsquoten sind als Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe definiert. Erwerbspersonen umfassen Erwerbstätige und Erwerbslose. Zu den Erwerbstätigen zählen nach OECD-/ILO-Definition abhängig Beschäftigte, Selbständige und mithelfende Familienangehörige. Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird in Anlehnung an die OECD als Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren definiert. 2 – Durchschnittliche Jahresarbeitszeit aller Erwerbstätigen.

Quellen: IAB, OECD, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-045-04

gegenüber dem Jahr 2024 um 7,2 Jahre bei Männern und um 5,5 Jahre bei Frauen auf 86,1 Jahre (Männer) und 89 Jahre (Frauen). Dadurch wird die Bevölkerung im Durchschnitt älter. Der Wanderungssaldo sinkt nach Annahme des Sachverständigenrates bis zum Jahr 2030 auf 200 000 Personen, als mittleres Szenario zwischen den Varianten W1 (150 000 Personen) und W2 (250 000 Personen) der 16. kBv, und bleibt anschließend konstant. Das entspricht einer Nettozuwanderung von insgesamt 11,3 Millionen Personen im Zeitraum der Jahre 2025 bis 2080.

- 96. **Im Basisszenario nimmt die Bevölkerung langfristig ab** und dürfte bis zum Jahr 2080, trotz des positiven Effekts der Migration, auf 71 Millionen Personen sinken. Die demografische Alterung durch das Ausscheiden großer Jahrgänge (unter anderem der Babyboomer, geboren in den Jahren 1955 bis 1969) aus dem Erwerbsleben und den geringeren Ersatz durch jüngere Jahrgänge führt dazu, dass der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung stark sinkt. Parallel dazu steigt das Durchschnittsalter der Erwerbspersonen (20 bis 64 Jahre) deutlich, von 45 im Jahr 2024 auf 50 im Jahr 2080. Der Altenquotient erhöht sich im Projektionszeitraum kontinuierlich. Insbesondere bis zum Jahr 2035 steigt er steil auf 51 an und liegt im Jahr 2080 bei 62. ▸ **ABBILDUNG 28 RECHTS** Durch die fallende Anzahl der Erwerbspersonen und die Alterung der Bevölkerung verringert sich künftig das Arbeitsvolumen und damit die Einnahmenbasis der Sozialversicherungen, während die Anzahl der Leistungsbeziehenden steigt.



▾ PLUSTEXT 5

Hintergrund: Projektionsverfahren für die Simulationen der künftigen Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragsatzes

Das Modell SIM.24 („Social Insurance Model“, Datenstand: 2024) ist ein langfristiges Simulationsmodell, das die Finanzentwicklung der gesetzlichen Sozialversicherungen bei gegebener Rechtslage über viele Jahrzehnte projiziert (Werding et al., 2026). Ausgangspunkt ist ein Demografie-Modul, das, angelehnt an die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, [▾ ZIFFER 176](#) die Größe und Altersstruktur der Bevölkerung bis zum Jahr 2080 fortschreibt. Die 16. kV umfasst insgesamt 27 Varianten, die unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Migration kombinieren. Diese werden für Sensitivitätsanalysen herangezogen. Für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung werden Annahmen in Anlehnung an die Potenzialprojektion genutzt. [▾ ZIFFER 177](#) Für GRV, GKV, SPV und ALV bildet das Modell Versichertenkreise, beitragspflichtige Einnahmen, Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsgewährung in enger Anlehnung an den jeweiligen Rechtsstand ab und berechnet daraus die jährlichen Ausgaben, die langfristig durch Einnahmen gedeckt werden müssen. Bundeszuschüsse werden entsprechend dem geltenden Recht fortgeschrieben und keine diskretionären Erhöhungen unterstellt. Der verbleibende Finanzierungsbedarf schlägt sich daher im Modell überwiegend in höheren Beitragssätzen nieder.

Langfristige Entwicklung der Produktivität und des Einkommens

97. Das **Produktivitätswachstum ist ein weiterer Bestimmungsfaktor der finanziellen Nachhaltigkeit der Sozialversicherungen**. Es wirkt sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite. Auf der Einnahmenseite erhöht es die Mittelzuflüsse, weil es den Anstieg des realen Einkommens je Erwerbstätigenstunde bestimmt und damit bei gegebenen Beitragssätzen die beitragspflichtige Bemessungsgrundlage erhöht. Steigende Einkommen erweitern die Verteilungsspielräume zwischen privaten Haushalten, Unternehmen und Staat und erleichtern es, höhere Leistungsbedarfe zu finanzieren, ohne Beitragssätze anzuheben. Bei schwachem Produktivitätswachstum verschärft sich dagegen der Zielkonflikt zwischen einem angemessenen Leistungsniveau und der nachhaltigen Finanzierbarkeit von Leistungen. [▾ PLUSTEXT 4](#) Die zuletzt für Deutschland beobachtete Abschwächung des Produktivitätswachstums [▾ ABBILDUNG 30 LINKS](#) verstärkt vor diesem Hintergrund die demografisch bedingten Herausforderungen für die Finanzierung der Sozialversicherungen, weil reale Lohnzuwächse und damit Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen gebremst werden, während der demografisch getriebene Ausgabenbedarf für Renten-, Kranken- und Pflegeleistungen zunimmt.
98. **Die Wirkung höherer Produktivität und damit in der langen Frist höherer Einkommen bzw. Löhne auf die Finanzen der einzelnen Sozialversicherungen unterscheidet sich zwischen diesen**. Steigende Löhne wirken sich beispielsweise in der GRV nach geltendem Recht direkt auf die jährlichen Rentenanpassungen aus. Dies gilt erst recht, wenn die Anpassungsformel nicht mehr einen Lohnfaktor und weitere Korrekturfaktoren enthält, sondern direkt auf ein konstantes Sicherungsniveau („Haltelinie“) zielt (JG 2023 Ziffer 374).

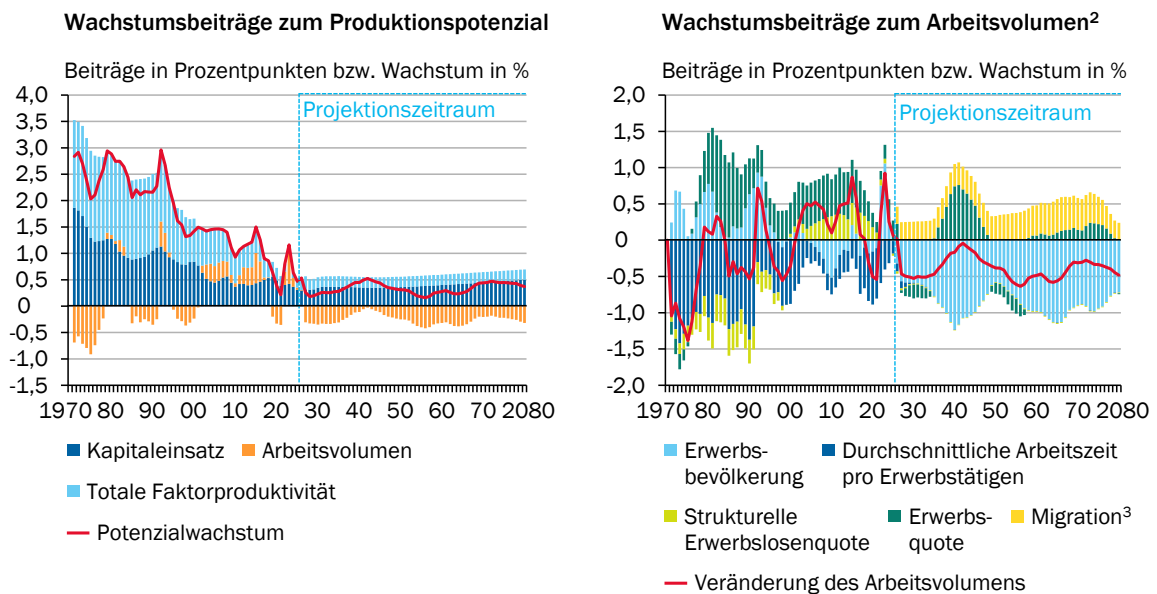
Für die GKV kann durch höhere Einkommen Aufwärtsdruck auf die Gesundheitsausgaben entstehen. In theoretischen Modellen steigen Gesundheitsausgaben überproportional zum Einkommen, da mit steigendem Einkommen der Grenznutzen zusätzlichen Güterkonsums sinkt und der relative Wert von Gesundheit und einer längeren Lebensdauer steigt. Entsprechend nimmt der Anteil der privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamtwirtschaftlichen Konsumausgaben zu (Hall und Jones, 2007).

Auch für Deutschland zeigt sich eine Entwicklung, die mit diesen Überlegungen im Einklang steht. Der Anteil der gesundheitsbezogenen Konsumausgaben privater und öffentlicher Haushalte am BIP stieg von 2,9 % im Jahr 1992 auf 3,5 % im Jahr 2023 (4,1 % im Jahr 2022). Allerdings lässt diese Beobachtung keine Rückschlüsse auf die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben als (zentrale) Ursache dieses Anstiegs zu. Ältere makroökonomische Ländervergleiche finden zwar typischerweise, dass die Gesundheitsausgaben auf Länderebene mit dem Einkommen überproportional steigen (Newhouse, 1977). Allerdings kann der Zusammenhang auf Individualebene deutlich schwächer ausfallen, etwa weil Versicherungssysteme einen großen Teil der Gesundheitskosten von individuellen Einkommensunterschieden entkoppeln (Getzen, 2000). Eine neuere Paneldatenanalyse für OECD-Staaten von Baltagi und Moscone (2010) findet niedrigere Elastizitäten von deutlich unter eins, bestätigen aber eine enge langfristige Kopplung der Gesundheitsausgaben an das Einkommensniveau.

99. **Der Baumolsche Kosteneffekt ist ein weiterer struktureller Ausgaben-treiber**, der eng mit dem gesamtwirtschaftlichen Einkommens- und Produktivitätsfortschritt verknüpft ist (FG 2025 Kasten 19). In arbeitsintensiven und nur

▸ ABBILDUNG 30

Wachstumsbeiträge der Komponenten des Produktionspotenzials und des Arbeitsvolumens¹



1 – Berechnungen des Sachverständigenrates. 2 – Die Produktionselastizität des Faktors Arbeit beträgt 0,66. 3 – Ab dem Jahr 2025 explizit modelliert; bis zum Jahr 2024 in Erwerbsbevölkerung inbegriffen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-004-01

begrenzt automatisierbaren Bereichen wie Gesundheit und Pflege steigt die Arbeitsproduktivität langsamer als im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. Dennoch müssen die Löhne in diesen Bereichen mit der allgemeinen Lohnentwicklung Schritt halten, um Arbeitskräfte zu gewinnen. Dies führt zu einem steigenden Ausgabenanteil am BIP. Für den Gesundheitssektor liefert Hartwig (2008) mit Paneldaten für OECD-Länder empirische Hinweise, dass Gesundheitsausgaben von gesamtwirtschaftlichen Lohnsteigerungen getrieben werden, die das Produktivitätswachstum übersteigen. Colombier (2017) schätzt für OECD-Staaten, dass Baumols Kosteneffekt zwischen rund 0,15 und 0,4 Prozentpunkten zum jährlichen Wachstum der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben beiträgt. Bates und Santerre (2013) dokumentieren vergleichbare Ergebnisse für die US-Bundesstaaten.

100. **Der Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Ausgabendynamik der GKV ist a priori uneindeutig.** Die Ausgaben können sinken, wenn beispielsweise durch Digitalisierung Effizienzgewinne realisiert werden (Prozessinnovationen). Kostensteigerungen entstehen primär durch die Ausweitung der Indikationen und Behandlungsmöglichkeiten (Produktinnovationen), etwa weil Innovationen das Spektrum behandelbarer Krankheiten erweitern und zusätzliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Empirische Studien deuten insgesamt auf einen ausgabensteigernden Nettoeffekt des medizinisch-technischen Fortschritts hin. [↪ ZIFFERN 222 F.](#)
101. Die Potenziale von Automatisierung und Digitalisierung werden in den Sozialversicherungen bislang nur begrenzt gehoben. Grundsätzlich können digitale Prozessinnovationen sowohl in der Verwaltung der Sozialversicherungen als auch in der Leistungserbringung Effizienzen steigern, die Ressourcenallokation verbessern und durch die Nutzung von Daten zu Leistungsverbesserungen und -innovationen beitragen. Beispielsweise können durch KI-gestützte Automatisierungen von Verwaltungsverfahren oder durch den Einsatz robotischer Systeme für logistische Routinetätigkeiten Effizienzgewinne erzielt werden. Zugleich können Digitalisierung und Automatisierung in den Sozialversicherungen neue Geschäftsfelder für Unternehmen eröffnen sowie Impulse für neue Geschäftsmodelle und Gründungen setzen (Bratan et al., 2022; EFI, 2022). In der Pflege bleibt die Entlastung der Beschäftigten durch Automatisierung bislang gering. Der Einsatz von Robotik beschränkt sich auf erste Pilotprojekte. [↪ ZIFFER 295](#) Ein flächendeckender Datenaustausch zu Patientendaten oder im Pflegepersonal-Monitoring schreitet nur langsam voran. [↪ KASTEN 21](#) Im Bereich der GKV gilt die elektronische Patientenakte als zentraler Baustein der Digitalisierung mit erheblichen Potenzialen für Produktivitätssteigerungen und Kostensenkungen. Die Nutzung der digitalen Patientenakte sowohl durch Versicherte als auch durch Praxen ist jedoch bisher gering. [↪ ZIFFERN 221 FF.](#)
102. In der langen Frist zeigt sich nach Schätzungen des Sachverständigenrates ein **säkularer Rückgang des Wachstums des Produktionspotenzials** (JG 2023 Ziffern 81 f.). [↪ ABBILDUNG 30 LINKS](#) Während das Potenzialwachstum zwischen den Jahren 1970 und 1990 im Mittel bei etwa 2,5 % pro Jahr lag, ist es seit der Wiedervereinigung im Trend kontinuierlich gefallen. Seit dem Jahr 2010 lag es durchschnittlich bei 0,9 %. Der Rückgang lässt sich auf eine Abschwächung des Wach-

tumsbeitrags der Totalen Faktorproduktivität (TFP) sowie einen im Trend geringeren Beitrag des Kapitaleinsatzes (von etwa 1,5 Prozentpunkten in den 1970er-Jahren auf rund 0,4 bis 0,6 Prozentpunkte seit den 2010er-Jahren) zurückführen.

103. Da die Entwicklung der TFP fundamental unsicher ist, unterstellt der Sachverständigenrat in seiner Projektion des Potenzialwachstums eine konstante TFP-Wachstumsrate auf dem aktuellen Niveau von 0,24 Prozentpunkten im Jahr. Zur Einordnung der Projektionsergebnisse werden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, in denen die TFP-Wachstumsrate gegenüber der Basisannahme um jeweils 0,2 Prozentpunkte nach oben und unten variiert wird. [↘ ABBILDUNG 40](#) Unter der Basisannahme weist die Projektion ab dem Jahr 2026 über lange Zeit ein im historischen Vergleich niedriges Potenzialwachstum aus, weil dem demografisch bedingten Rückgang des Arbeitsvolumens (nur geringe) positive Beiträge des Kapitaleinsatzes und der TFP entgegenwirken. [↘ ABBILDUNG 30](#) **Daher liegt das erwartete Potenzialwachstum Ende der 2020er-Jahre und zu Beginn der 2030er-Jahre nur bei rund 0,2 % pro Jahr.** Für die 2030er-Jahre ist eine leichte Erholung zu erwarten, in der das Potenzialwachstum auf 0,4 % ansteigt. Diese Verbesserung geht vor allem darauf zurück, dass der negative Beitrag des Arbeitsvolumens vorübergehend weniger stark ausfällt, während der Beitrag des Kapitaleinsatzes im Projektionszeitraum insgesamt moderat bleibt (etwa 0,3 Prozentpunkte pro Jahr in den späten 2020er-Jahren).

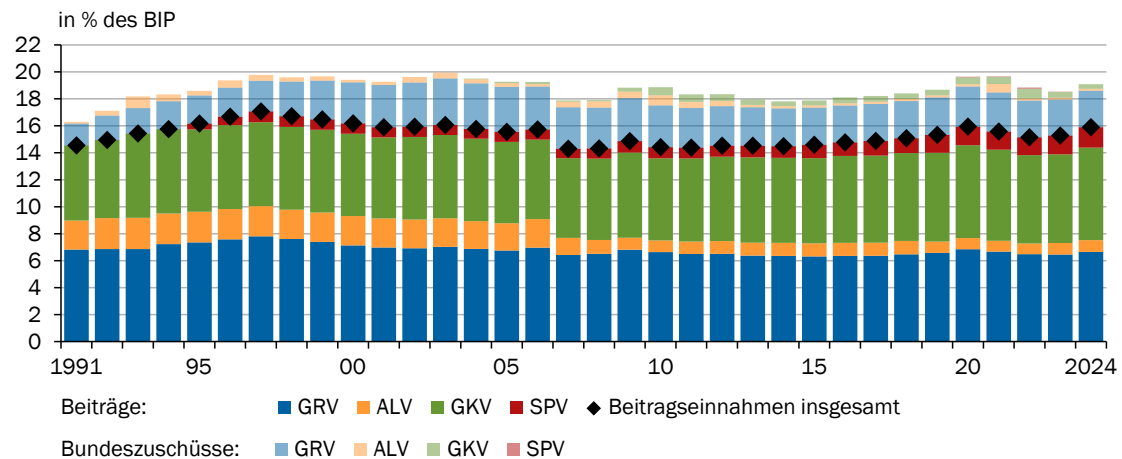
In den 2040er-Jahren ist erneut eine ausgeprägte demografische Schwächephase zu erwarten. Das Potenzialwachstum sinkt in diesem Zeitraum wieder deutlich, von rund 0,5 % in den frühen 2040er-Jahren auf etwa 0,3 % zu Beginn der 2050er-Jahre. Der negative Beitrag des Arbeitsvolumens kann dabei zeitweise bis in die Größenordnung von $-0,3$ Prozentpunkten reichen. Erst danach normalisiert sich das Potenzialwachstum allmählich.

2. Bisherige Entwicklung

104. Beiträge und Bundeszuschüsse decken gemeinsam (fast) alle Ausgaben der Sozialversicherungen. Diese sind in den vergangenen Jahrzehnten vor allem aufgrund von Leistungsausweitungen und Qualitätsverbesserungen bei der Leistungserbringung [↘ ZIFFERN 224 FF. UND 304](#) angestiegen (JG 2023 Ziffern 368 f.). Lediglich in der ALV hat die günstige wirtschaftliche Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte zu einem sinkenden Anteil der Ausgaben am BIP geführt.
105. **Im Zeitraum von 1991 bis 2024 lagen die Beiträge und Zuschüsse in Relation zum BIP zwischen 16 % und 20 %.** [↘ ABBILDUNG 31](#) Für das Jahr 2024 ergaben sich 19,1 % des BIP. Die Einnahmenstruktur wurde im gesamten Zeitraum maßgeblich durch die Einnahmen der GRV und GKV geprägt. [↘ ABBILDUNG 31](#) So lagen die Einnahmen der GRV in den 2010er-Jahren zwischen 9 % und knapp 10 % des BIP, die Einnahmen der GKV bei etwa 7 % des BIP. Die Einnahmen der SPV blieben über den gesamten Zeitraum die kleinste Komponente unter allen Versicherungszweigen, nahmen im Zeitablauf jedoch erkennbar zu. Nach ihrer Einführung im Jahr 1995 stieg das Einnahmenvolumen von rund 0,4 % im Jahr 1995 auf 1,5 % des BIP im Jahr 2024. Die Einnahmen der ALV schwankten lang-

▸ **ABBILDUNG 31**

Entwicklung der Einnahmen in den Zweigen der Sozialversicherung¹



1 – Ohne Landwirtschaftliche Alterskassen und Gesetzliche Unfallversicherung; ohne sonstige Einnahmen der Sozialversicherungen. GRV-Gesetzliche Rentenversicherung, ALV-Arbeitslosenversicherung, GKV-Gesetzliche Krankenversicherung, SPV-Soziale Pflegeversicherung.

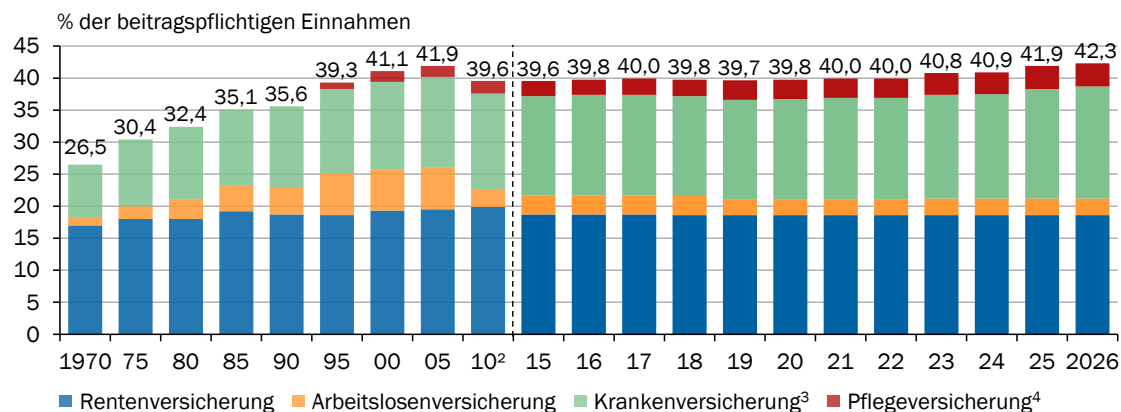
Quellen: SIM.24, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-011-02

fristig zwischen rund 1 % und 3 % des BIP. Die Einnahmen der UV sind mit zuletzt etwa 0,4 % des BIP gesamtwirtschaftlich deutlich weniger bedeutend.

- 106. Beiträge stellen im gesamten Zeitraum für alle Versicherungszweigen mit Abstand größten Teil der aggregierten Einnahmen dar.** ▸ [ABBILDUNG 31](#) Der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz ist seit der Wiedervereinigung deutlich von 35,6 % im Jahr 1990 auf 42,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2026 angestiegen. ▸ [ABBILDUNG 32](#) Seit den 2000er-Jahren ist der überwiegende Teil der Beitragssatzsteigerungen durch die Ausgabensteigerung in der GKV und SPV bedingt. Der Beitragssatz der GRV war – aufgrund von Reformmaßnahmen und einer sehr günstigen Entwicklung der Erwerbspersonenzahl wegen niedriger Arbeitslosigkeit und vergleichsweise hoher Erwerbsmigration – weitgehend stabil. Der Anteil der ALV am Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz sank infolge der günstigen Arbeitsmarktentwicklung nach dem Jahr 2005 mehrfach.
- 107. Über alle Sozialversicherungszweige hinweg beliefen sich die Bundeszuschüsse im Jahr 2024 auf rund 3,2 % des BIP.** ▸ [ABBILDUNG 31](#) Seit 2015 machten Bundeszuschüsse durchschnittlich rund 18 bis 21 % der Gesamteinnahmen der Sozialversicherungen aus. Der mit Abstand größte Teil entfiel dabei mit rund 2,7 bis 3,0 % des BIP auf die GRV. Die Bundeszuschüsse dienen überwiegend der Finanzierung NBL und reduzieren, insbesondere in der GRV, den Finanzierungsbedarf durch Beiträge. ▸ [PLUSTEXT 6](#) In der GKV blieben Bundeszuschüsse bislang nachrangig und lagen in der Regel deutlich unter 1 % des BIP. ▸ [ZIFFER 196](#) Auch die Einnahmen der SPV sind fast vollständig beitragsfinanziert. ▸ [ZIFFER 302](#)

▸ ABBILDUNG 32

Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung¹



1 – Bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Deutschland. 2 – Krankenversicherung ab Juli 2010: 15,5 % anstelle bisher 14,9 %. 3 – Durchschnittlicher Beitragssatz; ab dem Jahr 2009 einheitlicher Beitragssatz zum Gesundheitsfonds. Inklusiv durchschnittlicher kassenspezifischer Zusatzbeiträge, die bis zum Jahr 2018 allein von den Versicherten zu tragen waren; seit dem Jahr 2019 werden diese paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern getragen. 4 – Ohne Berücksichtigung von Beitragszuschlägen und -abschlägen nach Kinderzahl.

Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
© Sachverständigenrat | 26-001-01



▸ PLUSTEXT 6

Hintergrund: Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung

In der GRV (JG 2023 Kasten 23), GKV ▸ KASTEN 10 und SPV ▸ KASTEN 20 gibt es Leistungen, die nicht dem Versicherungszweck entspringen, sondern sonstigen sozialpolitischen Zielen dienen. Speziell in der GRV gehen diese „versicherungsfremden Leistungen“ nicht auf frühere Beitragszahlungen zurück, sodass ihre Finanzierung aus laufenden Beiträgen nicht der Logik des Umlagesystems entspricht.

Eine eindeutige Abgrenzung solcher „versicherungsfremden Leistungen“ gibt es nicht. In der GRV werden etwa die Anrechnung von Kindererziehungszeiten sowie der Grundrentenzuschlag dazugerechnet (DRV Bund, 2024). Das BMG zählt im Kontext der GKV hierzu familienpolitisch motivierte oder gesamtgesellschaftlich begründete Leistungen, etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnerinnen und Ehepartner und Kindern sowie Leistungen rund um Schwangerschaft und Mutterschaft (BMG, 2026).

Zur Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen leistet der Bund Bundeszuschüsse an die Sozialversicherungen (bzw. für die Erziehungszeiten ab 1992 geborener Kinder eigene Beiträge). Für das Jahr 2025 beliefen sich die Bundeszuschüsse zur GRV auf rund 94,1 Mrd Euro. Diese bestehen aus drei Komponenten (§ 213 SGB VI), die überwiegend einer pauschalen, d. h. nicht einzelnen Leistungen zugerechneten, Finanzierung nicht beitragsgedeckter Leistungen dienen und zugleich die Beitragsentwicklung dämpfen sollen (DRV Bund, 2024; JG 2023 Ziffer 370): (1) Der allgemeine Bundeszuschuss (60,8 Mrd Euro) wird jährlich mit der Lohnentwicklung fortgeschrieben und bei Änderungen des Beitragssatzes proportional angepasst. (2) Der zusätzliche Bundeszuschuss (15,7 Mrd Euro) wird jährlich mit der Veränderungsrate des Umsatzsteueraufkommens fortgeschrieben. (3) Der Erhöhungsbetrag (17,6 Mrd Euro) wird jährlich mit der durchschnittlichen Entwick-

lung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer (§ 213 Abs. 4 SGB VI) fortgeschrieben.

In der GKV erfolgt der Bundeszuschuss als pauschaler, gesetzlich fixierter Betrag: Der Bund leistet jährlich 14,5 Mrd Euro in monatlichen Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds (§ 221 SGB V). Daneben wurden in den vergangenen Jahren befristete überjährige Bundesdarlehen an den Gesundheitsfonds gewährt, im Jahr 2023 in Höhe von 1 Mrd Euro sowie in den Jahren 2025 und 2026 in Höhe von jeweils 2,3 Mrd Euro, die die Beitragssatzentwicklung in der GKV stabilisieren sollten. Für die SPV gibt es seit dem Jahr 2022 ebenfalls pauschale Bundesmittel von 1 Mrd Euro pro Jahr. Eine automatische Fortschreibung ist nicht vorgesehen, die Zahlungen sind für die Jahre 2024 bis 2027 jedoch ausgesetzt und sollen ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen werden (§ 61a SGB XI).

Künftige Entwicklung

108. Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, wie sich die Beitragssätze und Bundesmittel zu den Sozialversicherungen bis zum Jahr 2080 entwickeln (Werdning et al., 2026). Sie basieren auf der Projektion der demografischen Entwicklung und des Produktionspotenzials [↪ PLUSTEXT 5](#) unter der Annahme, dass erhöhte Finanzierungsbedarfe durch eine Erhöhung der Beitragssätze ausgeglichen werden. Bundeszuschüsse werden hingegen regelbasiert, unter anderem auf Basis der Beitragssatzentwicklung, fortgeschrieben. [↪ PLUSTEXT 6](#) Die künftige Dynamik der Finanzierungsbedarfe der Sozialversicherungen wird bei gegebener Rechtslage in den kommenden Jahrzehnten im Kern von drei Entwicklungen bestimmt. Erstens steigt in GRV, GKV und SPV demografisch bedingt die Anzahl der Leistungsfälle. Zweitens steigen die Ausgaben je Leistungsfall. Drittens entwickelt sich die Bemessungsgrundlage langsamer als die Ausgaben. Der daraus resultierende Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes konzentriert sich auf die 2030er und 2040er-Jahre. Danach nimmt er mit nachlassender Geschwindigkeit weiter zu.

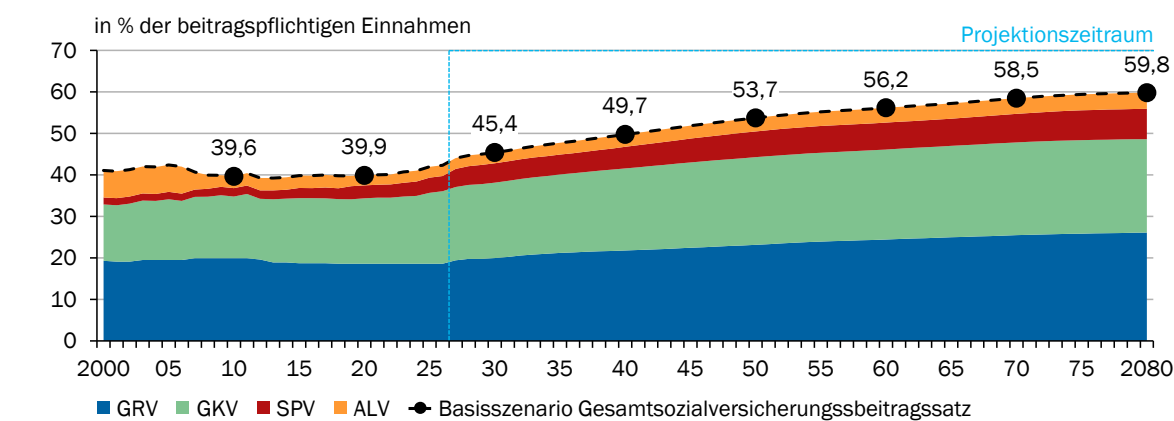
Projektion des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes

109. **Im Basisszenario erhöht sich der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von 42,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Basisjahr 2026 zunächst auf 45,4 % im Jahr 2030.** [↪ ABBILDUNG 33](#) In den darauffolgenden Jahren setzt sich der Anstieg in ähnlichem Tempo fort. Bis zum Jahr 2040 steigt der Beitragssatz auf 49,7 %. Innerhalb von 14 Jahren erhöht sich die Abgabenbelastung damit um 7,4 Prozentpunkte, wobei der stärkste Zuwachs in den 2030er-Jahren erfolgt. Nach dem Jahr 2040 hält der Anstieg an, wenngleich mit etwas geringerer Steigung.

Ursächlich für die Entwicklung der Beitragssätze in der GRV ist vor allem die demografische Alterung. [↪ ABBILDUNG 28](#) Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand verringert sich in der GRV das Verhältnis von Beitragszahlenden zu Leistungsbeziehenden deutlich. Zugleich führt die wachsende Anzahl älterer Menschen auch zu steigenden Ausgaben in der GKV und SPV. Dabei dürfte auch der medizinisch-technische Fortschritt weiterhin erheblich zu Kostensteigerungen in der GKV beitragen. [↪ ZIFFER 222](#)

▸ **ABBILDUNG 33**

Projizierte Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragsatzes¹



1 – GRV-Gesetzliche Rentenversicherung, GKV-Gesetzliche Krankenversicherung, SPV-Soziale Pflegeversicherung, ALV-Arbeitslosenversicherung. Angaben für GKV und SPV inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge bzw. Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl.

Quellen: BA, BMAS, BMF, BMG, DRV, SIM.24, Statistisches Bundesamt
 © Sachverständigenrat | 26-013-01

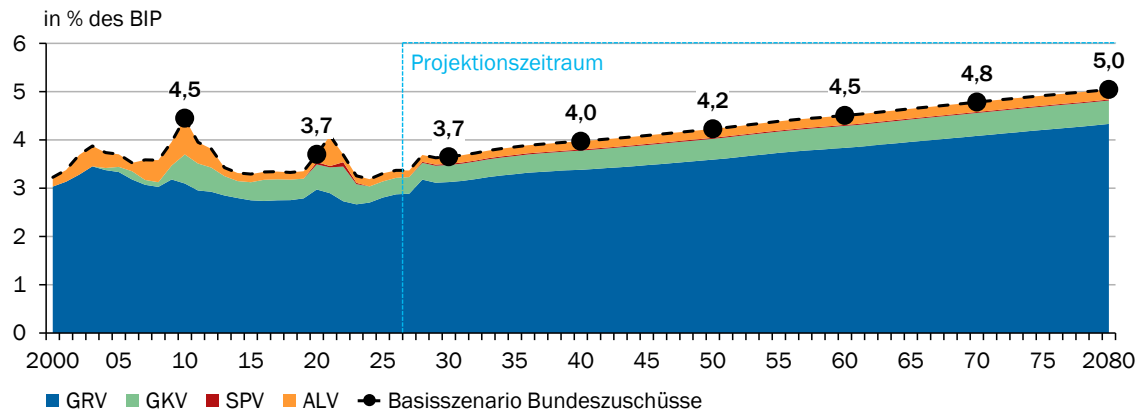
110. Andere Simulationen deuten auf ein ähnlich schnelles Wachstum des Sozialversicherungsbeitragsatzes bis Mitte der 2030er-Jahre hin. So projizieren Ochmann et al. (2025) die Beitragssatzentwicklung aller Sozialversicherungszweige bis zum Jahr 2035. Im Basisszenario steigen die Beitragssätze dort auf etwa 46 % im Jahr 2030 und knapp 49 % im Jahr 2035. Damit steigen die Beitragssätze in den kommenden zehn Jahren noch etwas schneller als in den Simulationen des Sachverständigenrates (45,4 % in 2030 und 47,7 % in 2035).

Projektion der Bundeszuschüsse

111. Im Basisszenario steigen die Bundeszuschüsse an die Sozialversicherungen deutlich auf 3,7 % des BIP im Jahr 2030 (Werding et al., 2026). In den 2030er-Jahren setzt sich der Anstieg fort. Bis 2040 erreichen sie 4,0 % des BIP. ▸ **ABBILDUNG 34** Der Anstieg wird nahezu vollständig von den Zuschüssen an die GRV getragen. Deren Bundeszuschüsse beliefen sich im Jahr 2024 auf 2,7 % des BIP und steigen im Basisszenario bis zum Jahr 2030 auf 3,1 % sowie bis zum Jahr 2040 auf 3,4 %. Die Bundeszuschüsse an die GKV steigen demgegenüber moderat. Nach 0,3 % des BIP im Jahr 2024 erhöhen sie sich bis zum Jahr 2030 auf 0,4 % und verbleiben bis zum Jahr 2040 auf diesem Niveau. Die Zuschüsse an die SPV bleiben über den gesamten Projektionszeitraum mit rund 0,02 % des BIP sehr gering. Bundesmittel für die ALV (SGB III) verharren nach dem Jahr 2024 bei etwa 0,2 % des BIP und tragen nicht wesentlich zur Dynamik bei. Ab dem Jahr 2030 steigen die Bundeszuschüsse gleichförmig an. Der überwiegende Teil des langfristigen Anstiegs der Bundeszuschüsse entfällt ebenfalls auf die GRV.

▸ **ABBILDUNG 34**

Projizierte Entwicklung der Bundeszuschüsse zu den Sozialversicherungen¹



1 – GRV-Gesetzliche Rentenversicherung, GKV-Gesetzliche Krankenversicherung, SPV-Soziale Pflegeversicherung, ALV-Arbeitslosenversicherung.

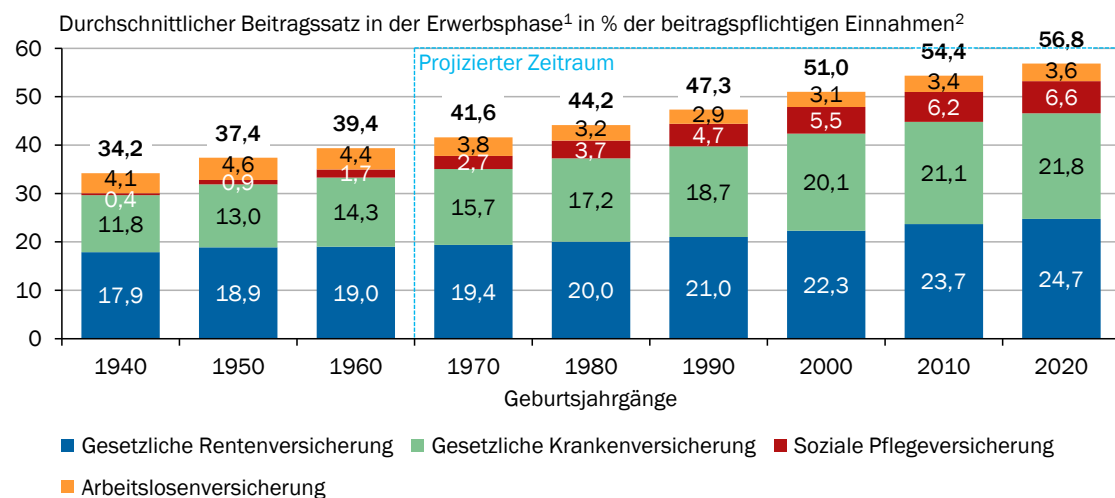
Quellen: BA, BMG, DRV, SIM.24, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-015-02

Verteilung der intergenerationellen Beitragssatzbelastung

112. Aus den Simulationen des Sachverständigenrates für die Beitragssätze der Sozialversicherungen berechnen Werding et al. (2026) die durchschnittlichen Beitragssätze in Prozent des Lebenserwerbseinkommens verschiedener Geburtsjahrgänge. ▸ **ABBILDUNG 35** Die durchschnittliche Belastung der Lebenserwerbseinkommen durch die Summe der Sozialversicherungsbeitragssätze für den Geburtsjahrgang 1960 betrug 39,4 %. Für den Geburtsjahrgang 2020 wird ein Anstieg um 17,4

▸ **ABBILDUNG 35**

Projizierte Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung nach Geburtsjahrgängen



1 – Erwerbsphase für die Geburtsjahrgänge 1940 und 1950 entspricht dem Alter von 20 bis 65 Jahren, für den Geburtsjahrgang 1960 von 20 bis 66 Jahren, für die Geburtsjahrgänge von 1970 bis 2020 von 20 bis 67 Jahren. 2 – Die Berechnungen neutralisieren die Veränderung der Durchschnittsentgelte der Versicherten im Erwerbsverlauf.

Quelle: SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-136-01

Prozentpunkte auf 56,8 % projiziert. Steigende Sozialversicherungsbeiträge können die Erwerbschancen der betrachteten Jahrgänge beeinträchtigen. [↘ ZIFFERN 113 FF.](#)

III. EFFEKTE VON ÄNDERUNGEN DER BEITRAGSSÄTZE

- 113.** Die Steuer- und Abgabenbelastung von Arbeitseinkommen ist in Deutschland im internationalen Vergleich hoch und wird bei Durchschnittsverdienenden vor allem durch Sozialversicherungsbeiträge geprägt. **Dauerhaft höhere Beitragssätze vergrößern den Keil zwischen Arbeitskosten und Nettolohn.** Die zusätzliche Last finanzieren Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland annähernd hälftig. Für private Haushalte dämpfen geringere Nettolohnzuwächse das Wachstum der verfügbaren Einkommen und damit den privaten Konsum. Darüber hinaus können höhere Beitragssätze die Erwerbsanreize schwächen und dadurch das Arbeitsangebot mindern. Für Unternehmen erhöhen sich die Arbeitskosten, was Arbeitsnachfrage und Investitionen belasten kann. **Die für die kommenden Dekaden projizierte Beitragssatzsteigerungen können damit das BIP-Wachstum merklich dämpfen.**

1. Steuer- und Abgabenkeil im internationalen Vergleich

- 114.** **Deutschland weist im internationalen Vergleich einen relativ hohen Steuer- und Abgabenkeil auf.** [↘ ABBILDUNG 36](#) Im Jahr 2024 betrug er für Alleinstehende ohne Kinder mit Durchschnittseinkommen 47,9 % der Arbeitskosten. [↘ ABBILDUNG 36 LINKS](#) Im Vergleich der 38 OECD-Staaten lag Deutschland damit auf Rang 2, unmittelbar hinter Belgien. Der Durchschnitt der EU 14 Staaten betrug 42,2 %, der OECD-Durchschnitt 34,9 %.



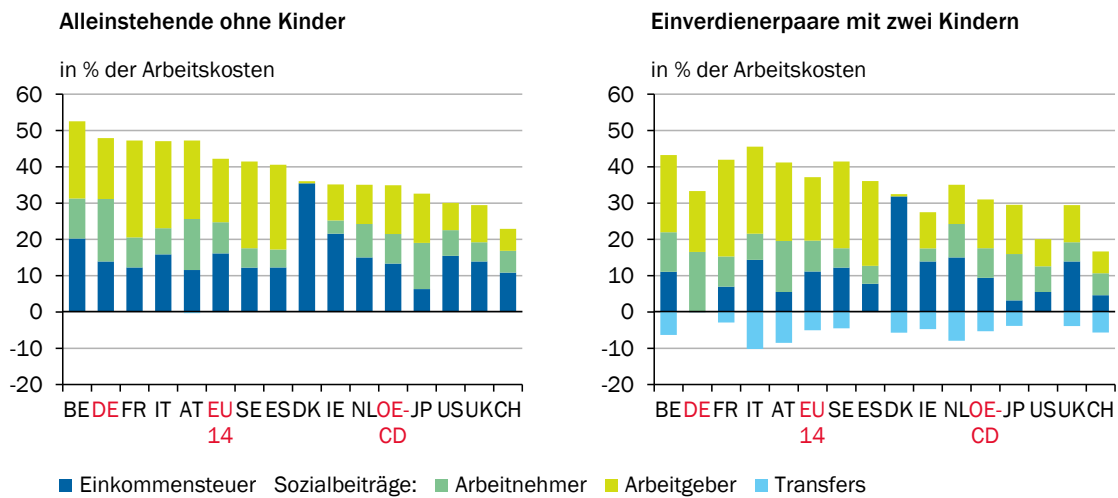
[↘ PLUSTEXT 7](#)

Hintergrund: Steuer- und Abgabenkeil

Der Steuer- und Abgabenkeil misst die Belastung der Arbeitseinkommen und -kosten durch Steuern und Abgaben als Differenz zwischen den Arbeitskosten des Arbeitgebers und dem Nettolohn des Arbeitnehmers in Prozent der Arbeitskosten. Er umfasst die Einkommensteuer sowie Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, abzüglich staatlicher Transferleistungen.

- 115.** Der vergleichsweise hohe Steuer- und Abgabenkeil für Alleinstehende ohne Kinder mit Durchschnittseinkommen in Deutschland ist vor allem auf die Sozialversicherungsbeiträge zurückzuführen. Die Arbeitnehmerbeiträge belaufen sich auf 17,3 % der Arbeitskosten und liegen damit deutlich über dem Durchschnitt der

▸ ABBILDUNG 36

Steuer- und Abgabenkeil für Durchschnittseinkommen im internationalen Vergleich¹


1 – BE-Belgien, DE-Deutschland, FR-Frankreich, IT-Italien, AT-Österreich, EU14-Durchschnitt der abgebildeten Mitgliedstaaten sowie Finnland, Griechenland, Luxemburg und Portugal, SE-Schweden, ES-Spanien, DK-Dänemark, IE-Irland, NL-Niederlande, OECD-Durchschnitt der Mitgliedstaaten, JP-Japan, US-USA, UK-Vereinigtes Königreich, CH-Schweiz.

Quellen: OECD, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-002-04

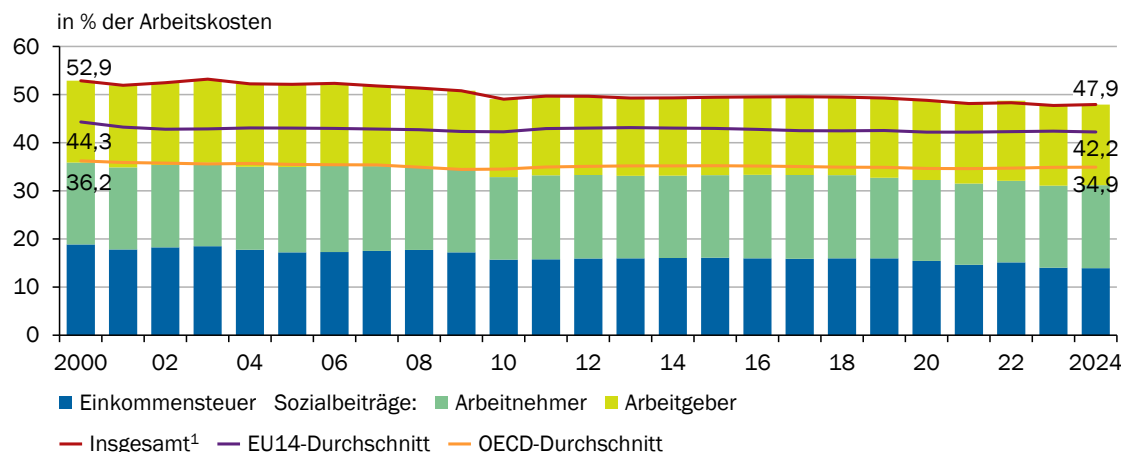
EU 14 Staaten von 8,6 %. Die Arbeitgeberbeiträge sind mit 16,8 % leicht unter dem EU 14-Durchschnitt von 17,5 %. Die Belastung durch die Einkommensteuer liegt in Deutschland mit 13,9 % unter dem EU 14-Durchschnitt von 16,2 %. Dagegen liegt Deutschland bei allen Komponenten über dem OECD-Durchschnitt, der 8,1 % der Arbeitskosten für die Arbeitnehmerbeiträge, 13,4 % für die Arbeitgeberbeiträge und 13,4 % für die Einkommensteuer beträgt (OECD, 2025a).

Dieser Vergleich berücksichtigt ausschließlich verpflichtende Steuern und Sozialversicherungsabgaben an öffentliche Systeme. Das ermöglicht den Vergleich der gesamten Steuer- und Abgabenlast über Systeme mit unterschiedlichen Finanzierungslogiken hinweg. Die Teilkomponenten sind jedoch nur eingeschränkt vergleichbar, da sich die Rolle von Sozialbeiträgen und Einkommensteuern bei der Finanzierung öffentlicher Leistungen zwischen Ländern unterscheidet. Bei ähnlichem Steuer- und Abgabenkeil kann sich die Belastung daher zwischen den Komponenten verschieben – etwa im Vergleich zwischen Dänemark und Deutschland. Zudem werden keine verpflichtenden, privaten Versicherungen einbezogen. Die Berücksichtigung privater Pflichtabgaben erhöht in 9 von 34 OECD-Staaten den Steuer- und Abgabenkeil um mehr als 5 Prozentpunkte (OECD, 2025b). Deutschland bleibt auch dann ein Land mit hoher Abgabenbelastung und liegt im OECD-Vergleich auf Rang 3 hinter Belgien und den Niederlanden.

116. **Der internationale Vergleich der Steuer- und Abgabenbelastung unterscheidet sich deutlich für verschiedene Haushaltstypen.** Der Steuer- und Abgabenkeil für Einverdienerpaare mit zwei Kindern und einem Durchschnittseinkommen lag in Deutschland im Jahr 2024 mit 33,3 % auf Rang 10 und damit deutlich niedriger als für Alleinziehende ohne Kinder auf Rang 2. ▸ ABBILDUNG 36 Der Grund dafür ist, dass die Einkommensteuer für Durchschnittsverdienende infolge von Kinder- und Ehegattenentlastungen nahezu vollständig ent-

▫ **ABBILDUNG 37**

Durchschnittliche Steuer- und Abgabenbelastung in Deutschland im Zeitverlauf
Alleinstehende ohne Kinder mit Durchschnittseinkommen



1 – Der Steuer- und Abgabenkeil umfasst weiterhin Transferleistungen, die als Negativwert in die Berechnung eingehen. Für den dargestellten Haushaltstyp betragen diese im Jahr 2022 0,44 % der Arbeitskosten und für die restlichen Jahre Null.

Quellen: OECD, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-059-01

fällt, während die Sozialbeiträge weitgehend unverändert bleiben. Dabei wird der Vorteil der beitragsfreien Familienversicherung [▫ ZIFFER 260](#) allerdings nicht berücksichtigt, da der OECD-Indikator lediglich die Höhe der gezahlten Beiträge erfasst, nicht aber, wie viele Personen dadurch leistungsberechtigt sind bzw. Leistungen in Anspruch nehmen können.

117. Seit dem Jahr 2000 ist der Steuer- und Abgabenkeil in Deutschland

[▫ PLUSTEXT 7](#) für alleinstehende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Durchschnittseinkommen von 52,9 % auf 47,9 % **gesunken**. Die niedrigeren EU 14- und OECD-Mittelwerte sind im selben Zeitraum weniger stark zurückgegangen. [▫ ABBILDUNG 37](#) Auf der gesetzgeberischen Seite wirkten vor allem die stufenweisen Tarifentlastungen bei der Einkommensteuer (Steuerentlastungsgesetz 1999/2000/2002; Steuersenkungsgesetz 2000). Aus dem Aufkommen der ökologischen Steuerreform in den Jahren 1999 bis 2003, mit höheren Energiesteuersätzen und der Einführung einer Stromsteuer, wurden höhere Bundeszuschüsse zur GRV finanziert und damit der Anstieg der Rentenbeitragsätze gedämpft (Bach et al., 2019). [▫ ZIFFER 106](#) Ab dem Jahr 2007 folgte eine deutliche Senkung des Beitragssatzes zur ALV, ermöglicht durch die günstige Arbeitsmarktlage und höhere Bundeszuschüsse (JG 2008 Ziffern 497 und 705).

2. Lang- und kurzfristige Inzidenzen

118. Der Steuer- und Abgabenkeil bildet die Gesamtbelastung von Arbeitseinkommen ab und weist Arbeitnehmer- und Arbeitgebersozialbeiträge entsprechend der **statutorischen Inzidenz** aus, also danach, wer die Beiträge an die Sozialversicherung formal finanziert. In der gesetzlichen Ausgestaltung werden die Beiträge in Deutschland derzeit etwa hälftig auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber verteilt. Die

ökonomische Inzidenz beschreibt die tatsächliche Verteilungswirkung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen, also wer die Belastung unabhängig von der gesetzlichen Zahlungspflicht trägt (Fullerton und Metcalf, 2002).

119. In theoretischen Modellen mit einem kompetitiven Arbeitsmarkt mit flexiblen Löhnen und ohne bindende institutionelle Einschränkungen (wie Tarifverträge) wird die ökonomische Inzidenz von Beitragssatzänderungen nur durch die Elastizitäten von Arbeitsangebot und -nachfrage bestimmt, d. h. dadurch, wie stark Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage auf Lohnänderungen reagieren. Im Arbeitsmarktgleichgewicht entfällt der größere Teil der Last auf die weniger elastische [↪ GLOSSAR](#) Marktseite, deren Arbeitsangebot bzw. -nachfrage auf Lohnänderungen nur schwach reagiert. Ist das Arbeitsangebot relativ unelastisch und reagiert die Arbeitsnachfrage der Unternehmen stark auf Veränderungen der Arbeitskosten, gleichen Unternehmen Beitragserhöhungen nicht vollständig über höhere Bruttolöhne aus, sodass die Nettolöhne der Beschäftigten nur wenig steigen oder sogar sinken (Gruber, 2022). Empirische Studien für Volkswirtschaften mit schwachen Arbeitsmarktinstitutionen stützen dies und zeigen eine Überwälzung von Beitragssatzänderungen auf die Löhne, jedoch kaum Effekte auf die Arbeitsnachfrage (Gruber, 1997b; Kim et al., 2022). Umgekehrt fällt bei relativ unelastischer Arbeitsnachfrage, etwa in stark regulierten oder wenig international ausgerichteten bzw. wenig wettbewerbsintensiven Sektoren, ein größerer Anteil der Belastung bei den Unternehmen an. [↪ ZIFFERN 135 FF](#). Nur wenn Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot gleich elastisch bzw. unelastisch sind, werden die Lasten mittel- bis langfristig gleich verteilt.
120. Aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen hängt die Lohnfindung in vielen Staaten wesentlich von Lohnrigiditäten und den Regeln der Lohnsetzung ab. Tarifverträge begrenzen den Spielraum für betriebsindividuelle Lohnanpassungen. Im Jahr 2024 arbeiteten rund 49 % der Beschäftigten in Deutschland in Betrieben mit Branchen- oder Haustarifvertrag (Hohendanner und Kohaut, 2025). Zudem sind Tarifverträge häufig mehrjährig. Für 81,1 % der erfassten Beschäftigten lag die Laufzeit der im Jahr 2024 gültigen Tarifverträge bei 24 Monaten oder länger (Schulten, 2025). **Kurzfristig, insbesondere solange Bruttolöhne nur begrenzt anpassbar sind, wird die ökonomische Inzidenz von Beitragssatzänderungen wesentlich von der statutorischen Inzidenz geprägt** (Adam et al., 2019).

Mit Auslaufen von Tarifverträgen können Unternehmen versuchen, höhere Lohnnebenkosten über moderatere Lohnabschlüsse zu kompensieren. Die ökonomische Inzidenz kann sich damit mittelfristig zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschieben. Wie weit dies gelingt, hängt von der Verhandlungsmacht der Tarifvertragsparteien und der Regelgebundenheit der Entgeltfindung ab. Studien zeigen, dass die statutorische Aufteilung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen in solchen institutionell geprägten Lohnsetzungssystemen die ökonomische Inzidenz auch mittel- bis langfristig beeinflusst (Saez et al., 2012; Carloni, 2021).

121. Der gesetzliche Mindestlohn begrenzt im unteren Lohnsegment zudem die Möglichkeit, höhere Abgaben über niedrigere (Netto-)Löhne zu überwälzen. Vor allem

in diesem Segment kann ein Teil der Belastung dauerhaft über Beschäftigungs- und Preisanpassungen der Unternehmen kompensiert werden (Kramarz und Philippon, 2001).

- 122. Für Deutschland zeigen Studien, dass die ökonomische und statistische Inzidenz langfristig zusammenfallen.** Neumann (2017) und Müller und Neumann (2017) schätzen dies mithilfe von mikroökonomischen Verfahren für die Jahre 1997 bis 2001 bzw. 1975 bis 2010. Neuere Berechnungen von Ochsner (2026) auf Grundlage eines bayesianischen, makroökonomischen Modells für Deutschland stützen dieses Ergebnis. Die Simulationen zeigen, dass von einer permanenten, unerwarteten Erhöhung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes um 1 Prozentpunkt nach zwölf Quartalen im Median 47 % auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und 53 % auf Unternehmen entfallen. Die 68%- und 90%-Kreditintervalle enthalten für Haushalte und Unternehmen allerdings jeweils die Hälfte der Gesamtbelastung. Dies erscheint vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich starken Arbeitsmarktinstitutionen in Deutschland sowie geringer Arbeitsangebots- und Arbeitsnachfrageelastizitäten plausibel. Die Studienlage lässt allerdings keine klaren Rückschlüsse auf die Inzidenz in unterschiedlichen Bereichen der Lohnverteilung zu.

3. Effekte auf die Konsumnachfrage und das Arbeitsangebot der privaten Haushalte

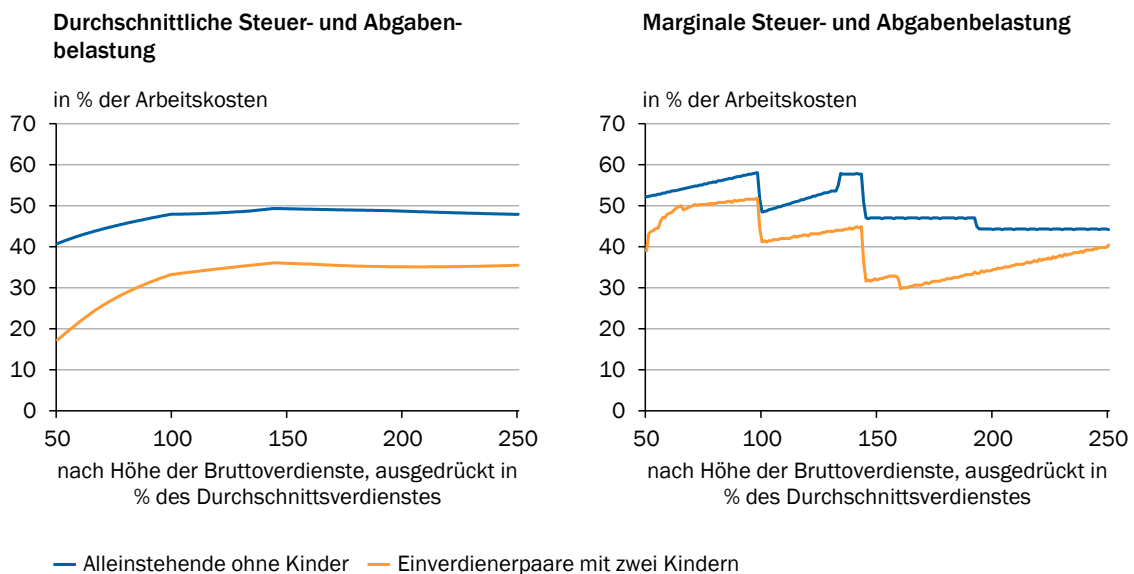
- 123. Ein dauerhafter Anstieg der Beitragssätze dämpft das Wachstum** der verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte. Dies reduziert bei konstanter Sparquote das Wachstum des privaten Konsums. Darüber hinaus können private Haushalte auf die geringeren Nettoeinkommen mit einer Veränderung ihres Arbeitsangebots reagieren. Für das Arbeitsvolumen ist entscheidend, wie die Steuer- und Abgabenbelastung über die Einkommensverteilung und zwischen Haushaltstypen variiert und auf Gruppen trifft, die unterschiedlich stark auf Änderungen des Nettolohns reagieren. In der empirischen Literatur werden diese Effekte typischerweise über Arbeitsangebotselastizitäten auf der extensiven und intensiven Marge erfasst, die quantifizieren, wie Erwerbsbeteiligung und Arbeitszeit auf Änderungen des (Netto-)Lohns reagieren. ↘ ZIFFERN 181 F. Darüber hinaus können hohe Abgaben auf Arbeitseinkommen die Standortattraktivität Deutschlands für Erwerbsmigration, insbesondere für international mobile Hochqualifizierte, verringern.
- 124. Ein permanenter Anstieg der Beitragssätze kann die Konsumnachfrage der privaten Haushalte dämpfen,** weil er das Wachstum der verfügbaren Nettoeinkommen schwächt. Bei kurzfristig weitgehend stabiler Sparquote geht damit auch eine geringere Konsumnachfrage einher (Hayo und Uhl, 2017; Gechert et al., 2021). In konjunkturellen Abschwüngen wirken Sozialversicherungsbeiträge und beitragsfinanzierte Transfers hingegen stabilisierend: Sinkende Beitragszahlungen und steigende Transferleistungen federn Einkommensverluste teilweise ab und stützen so den Konsum, insbesondere bei privaten Haushalten mit niedrigem Einkommen und hoher Konsumneigung (Auerbach und Feenberg, 2000; Dolls et al., 2012).

125. Sozialversicherungsbeiträge unterscheiden sich in ihrer Wirkung auf das Arbeitsangebot von Lohnsteuern, weil sie Leistungsansprüche begründen und damit teilweise als aufgeschobene Entlohnung interpretiert werden können. Für die Arbeitsangebotsreaktionen ist daher nicht der Gesamtbeitrag relevant, sondern nur der implizite Steueranteil, also der Teil der Beiträge, dem kein entsprechender künftiger Leistungsanspruch gegenübersteht. Je stärker und transparenter die Verknüpfung zwischen Beiträgen und späteren Leistungen ist, desto geringer ist der für Arbeitsangebot und Inzidenz relevante implizite Steueranteil im Vergleich zu einer gleich hohen Steuer. Beitragssatzänderungen wirken dann weniger verzerrend auf die Erwerbsanreize, weil ein größerer Teil der Beiträge als aufgeschobene Entlohnung wahrgenommen werden kann (Bozio et al., 2025). Über die Versicherungszweige hinweg dürfte eine enge Beitrags-Leistungs-Verknüpfung vor allem in der GRV bestehen. Einen Anteil impliziter Steuern enthalten GRV-Beiträge vor allem, soweit ihre interne Rendite hinter derjenigen anderer, kapitalgedeckter Wege zur Altersvorsorge zurückbleibt. In der ALV dürfte der Zusammenhang von Beiträgen und Leistungen schwächer ausgeprägt sein, da letztere nur bei Eintritt von Arbeitslosigkeit und zeitlich begrenzt fließen. In der GKV und SPV ist der implizite Steueranteil voraussichtlich am höchsten, weil die Leistungen primär vom Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf und kaum von der Höhe der individuellen Beitragszahlungen abhängen (Komamura und Yamada, 2004; Bozio et al., 2025).

126. Für Erwerbsanreize ist die Steuer- und Abgabenbelastung des zusätzlichen Einkommens von Bedeutung. Die durchschnittliche Belastung dieses Einkommens (Partizipationsbelastung) beeinflusst die Entscheidung Erwerbsarbeit aufzunehmen. Die marginale Belastung bestimmt die Anreize, die Arbeitszeit auszuweiten. [ZIFFER 123](#) Beeinflusst wird die marginale Belastung durch Sozialversicherungsbeiträge von den Beitragsbemessungsgrenzen sowie vom Zusam-

▸ **ABBILDUNG 38**

Abgabenbelastung auf Arbeitseinkommen von ausgewählten Haushaltstypen im Jahr 2024



Quelle: OECD
© Sachverständigenrat | 26-113-01

menwirken mit anderen Regelungen im Sozial- und Steuerrecht, unter anderem zum Transferentzug im unteren Einkommensbereich sowie zum Ehegattensplitting.

127. Durch die **Beitragsbemessungsgrenzen** [↪ PLUSTEXT 8](#) der einzelnen Sozialversicherungszweige konzentriert sich die hohe Grenzbelastung bei mittleren Einkommen. Oberhalb der Bemessungsgrenzen geht sie zurück. Die marginale Steuer- und Abgabenbelastung sinkt an zwei Stellen der Einkommensverteilung deutlich. [↪ ABBILDUNG 38 RECHTS](#) Der erste Knickpunkt liegt im Jahr 2024 an der Beitragsbemessungsgrenze der GKV und SPV bei rund 62 000 Euro Bruttoeinkommen pro Jahr, der zweite an der Beitragsbemessungsgrenze der GRV und ALV bei rund 90 000 Euro. Oberhalb dieser zweiten Grenze fallen keine zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträge mehr an, sodass die Grenzbelastung dort im Wesentlichen durch die Progression der Einkommensteuer bestimmt wird. Etwa 30 % der Vollzeitbeschäftigten liegen über den Beitragsbemessungsgrenzen von GKV und SPV, aber weniger als 10 % über denen von GRV und ALV (Statistisches Bundesamt, 2026). Für die GRV lag der Anteil an Personen mit erzielten Jahresentgelten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2023 bei 5 % (DRV Bund, 2025).



[↪ PLUSTEXT 8](#)

Hintergrund: Beitragsbemessungsgrenzen in den Sozialversicherungen

Beitragsbemessungsgrenzen (BBG) sind die gesetzlich festgelegten Einkommensobergrenzen, bis zu denen das Arbeitsentgelt in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung zur Berechnung der Beiträge herangezogen wird. Einkommen oberhalb dieser Grenzen bleiben beitragsfrei, sodass die relative Beitragsbelastung mit steigendem Einkommen abnimmt. Die BBG liegt im Jahr 2026 in der GKV und der SPV bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von 69 750 Euro und in der GRV und der ALV bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von 101 400 Euro. Ihre jährliche Anpassung orientiert sich an der Einkommensentwicklung.

Eine Anhebung der BBG kann die Einnahmen der Sozialversicherungen erhöhen und dazu führen, dass Einkommen oberhalb der bisherigen Grenze stärker zur Finanzierung einbezogen werden. Bei unveränderter Jahresarbeitsentgeltgrenze, die im Jahr 2026 bei 77 400 Euro Bruttoentgelt liegt und mit deren Überschreitung die Versicherungspflicht für die GKV und SPV entfällt, könnte eine Anhebung der BBG für freiwillig Versicherte allerdings den Anreiz erhöhen, in die private Kranken- und Pflegeversicherung zu wechseln. Die zusätzlichen Beitragseinnahmen für die GKV und SPV würden sich dadurch verringern. Darüber hinaus könnte eine BBG-Erhöhung zu Steuerausfällen führen, da für Einkommen über der BBG das zu versteuernde Einkommen bei gleichbleibenden Bruttoeinkommen aufgrund der Absetzbarkeit der Sozialversicherungsbeiträge sinkt.

128. **Bei sehr geringen Erwerbseinkommen wird die Grenzbelastung durch Transferentzugsraten, mit steigendem Einkommen durch Sozialversicherungsbeiträge und Einkommensteuer bestimmt** (JG 2023 Ziffer 311 und Plustext 14). Besonders hoch fällt die effektive Grenzbelastung aus, wenn Transferentzug und Steuer- bzw. Abgabenbelastungen gleichzeitig wirken. Sobald der Transferanspruch vollständig entfällt, entspricht die Grenzbelastung ausschließlich der Belastung durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge (Blömer

und Peichl, 2020). Bei Zweitverdienenden beeinflussen zudem Ehegattensplitting sowie Mini- und Midijobregelungen die Nettoanreize (Blömer und Peichl, 2020; JG 2023 Ziffern 312 ff. und 319 ff.). Wie stark sich die Grenzbelastung durch die Ausgestaltung im Sozial- und Steuerrecht in tatsächlichen Veränderungen des Erwerbsverhaltens niederschlägt, hängt davon ab, wie sensibel unterschiedliche Gruppen auf Änderungen des Nettoeinkommens reagieren.

129. Erwerbsanreizeffekte treten entlang zweier Dimensionen auf. Die extensive Marge bezieht sich auf die Entscheidung, ob eine Person erwerbstätig wird. Die intensive Marge bezieht sich auf den Umfang der Arbeitszeit. Staatenübergreifend zeigen Studien, dass die Eigenlohn-Elastizitäten der gesamten Arbeitsangebotsreaktion (extensiv und intensiv) eher moderat ausfallen. **Die Arbeitsangebotsreaktion erfolgt dabei überwiegend über die extensive Marge, also über Veränderungen der Erwerbsbeteiligung**, während Anpassungen über die intensive Marge, also über Änderungen der Arbeitszeit bereits Beschäftigter, meist deutlich geringer ausfallen. Reaktionen entlang beider Margen können empirisch in der Elastizität der Gesamtarbeitsstunden zusammengefasst werden (Bargain et al., 2014).
130. Potenziell **ungünstige Erwerbsanreize entstehen insbesondere im unteren Teil der Einkommensverteilung, wo hohe marginale Belastungen auf vergleichsweise hohe Arbeitsangebotselastizitäten treffen.** [↘ ABBILDUNG 38 RECHTS](#) Bei Alleinstehenden sind die Arbeitsangebotselastizitäten in den unteren Einkommensquintilen am höchsten und nehmen mit steigendem Einkommen ab. Bei verheirateten Frauen findet sich dagegen eher ein flaches bis steigendes Profil der Elastizitäten über die Quintile des Haushaltseinkommens, während verheiratete Männer wesentlich geringere Elastizitäten und ein flaches bis fallendes Profil der Elastizitäten aufweisen (Bargain et al., 2014).
131. In Verbindung mit Einkommen, Geschlecht und Familienstand spielen für die Reagibilität des Arbeitsangebots weitere Merkmale eine Rolle. In Deutschland, wie auch in vielen anderen Staaten, reagieren Zweitverdienende, gering Qualifizierte oder Alleinerziehende besonders stark auf Veränderungen der Abgabenbelastung, während vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer im Durchschnitt geringe Elastizitäten aufweisen (Bargain et al., 2014). Das kann bei den erstgenannten Gruppen den Übergang in Erwerbstätigkeit – und in geringerem Umfang die Ausweitung der Arbeitszeit – spürbar erschweren. Für verheiratete Frauen geht ein Rückgang des Nettolohns um 1 % im Durchschnitt mit knapp 0,3 % geringeren Gesamtarbeitsstunden einher. Für verheiratete Männer sind die Elastizitäten mit einem Durchschnitt von 0,1 deutlich niedriger und die Streuung um diesen Wert ist geringer. Bei Alleinstehenden streut die Elastizität der Gesamtstunden zwischen 0 und 0,4 bei Männern bzw. zwischen 0,1 und 0,5 bei Frauen. Hohe Elastizitäten der Erwerbsbeteiligung (extensive Marge) finden sich vor allem bei Zweitverdienenden. Geschlechterunterschiede lassen sich dabei weitgehend dadurch erklären, ob Personen im Haushalt Haupt- oder Zweitverdiener sind. Besonders ausgeprägt sind diese Reaktionen bei schwacher Arbeitsmarktintegration (Bastani et al., 2021; Bartels und Shupe, 2023).

Die geschätzten Elastizitäten sind im Kontext der geringeren Erwerbsquoten und Arbeitszeiten von Frauen in Deutschland einzuordnen. Die Erwerbsquote von Frauen ist niedriger als die von Männern (80 % gegenüber 88 % der 20-64-Jährigen im Jahr 2024), mit steigender Tendenz seit den 1990er-Jahren (OECD, 2026). Die Jahresarbeitszeit von Frauen liegt weiterhin deutlich unter der von Männern, was vor allem auf hohe, oft durch die Übernahme von Sorgearbeit bedingte Teilzeitquoten zurückzuführen ist, wobei sich diese Differenz in den letzten 30 Jahren reduziert hat (IAB, 2026).

132. Erwerbsanreize werden auch durch die institutionelle Ausgestaltung der Systeme beeinflusst. So **können die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der GKV** ↘ ZIFFER 260 **sowie steuerliche Erleichterungen für Einverdienerpaare** ↘ ZIFFER 116 **insbesondere Zweitverdienende von einer Erwerbstätigkeit abhalten**, da bei Aufnahme einer Beschäftigung Beiträge fällig werden, ohne dass sich der Leistungsanspruch wesentlich verändert, und hohe Grenzbelastungen mit Steuern anfallen. In der GRV können Regelungen zum vorgezogenen Renteneintritt ein früheres Ausscheiden aus dem Erwerbsleben begünstigen (JG 2023 Ziffern 416 ff.).
133. Ein spezielles Problem stellen **Minijobs** dar, die **von GKV-, SPV- und ALV-Beiträgen befreit** sind. Für die **Rentenversicherung** besteht eine Versicherungspflicht, von der **eine Befreiung möglich** ist. Oberhalb der Minijobgrenze von 603 Euro im Jahr 2026 beginnt die sogenannte Gleitzzone (Midijobs), in der die Sozialabgabenlast sukzessive zunimmt. Zudem sind Minijobs für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Regel steuerfrei. Insbesondere für Zweitverdienende ist ein Minijob aufgrund der gegenüber regulärer Beschäftigung geringeren individuellen Steuer- und Abgabenbelastung besonders attraktiv, während ein Zuverdienst oberhalb der Minijobgrenze häufig finanziell unattraktiv ist. Das setzt Anreize für lediglich geringfügige Beschäftigung (Blömer und Peichl, 2020). Dadurch werden sowohl das gesamtwirtschaftliche Arbeitsvolumen als auch die beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Entsprechend tragen geringfügig Beschäftigte nur sehr eingeschränkt zur Finanzierung der Sozialversicherungen bei, haben allerdings z. B. über die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der GKV Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen.
134. **Hohe Abgabenbelastungen auf Arbeitseinkommen können zudem die internationale Attraktivität des Standorts Deutschland für international mobile Arbeitskräfte, insbesondere Hochqualifizierte, mindern**, weil sie deren Nettoentlohnung reduzieren. Die empirische Literatur zeigt, dass vor allem Menschen mit hohem Einkommen und Menschen in Berufen mit wenig standortspezifischem Humankapital ihre Standort- und Migrationsentscheidungen an Unterschiede in der Arbeitsbesteuerung anpassen (Kleven et al., 2020). Zugewanderte Fachkräfte mit hohem Einkommen reagieren auf Steueränderungen mit Umzügen zur Verminderung der Steuerbelastung, während Staatsbürger deutlich weniger mobil sind. Ein im internationalen Vergleich hoher marginaler Steuer- und Abgabenkeil für hohe Arbeitseinkommen kann damit die Attraktivität Deutschlands für Erwerbsmigration mindern, die für das Land aus demografischen Gründen jedoch vorteilhaft wäre (JG 2022 Ziffern 412 ff.).

4. Effekte auf die Arbeitsnachfrage und Standortentscheidungen

- 135. Eine hohe Inzidenz der Sozialversicherungsbeiträge bei den Arbeitgebern erhöht die Lohnnebenkosten und damit die gesamtwirtschaftlichen Arbeitskosten.** Für Unternehmen wirkt dies wie eine Erhöhung des effektiven Lohnsatzes. In der kurzen Frist reagieren Unternehmen hierauf bei gegebener Produktnachfrage mit einer geringeren Arbeitsnachfrage, eingeschränkt durch Anpassungskosten, etwa Regelungen wie den Kündigungsschutz. Mittelfristig beeinflussen hohe Lohnnebenkosten Standort- und Investitionsentscheidungen von Unternehmen. In der langen Frist kann es zu einer verstärkten Substitution von Arbeit durch Kapital kommen (Lichter et al., 2015).
- 136.** Eine Meta-Analyse zur Lohnelastizität der Arbeitsnachfrage zeigt eine große Bandbreite von Elastizitäten. In den meisten Schätzungen liegen sie zwischen 0 und -1 , mit einer mittleren Lohnelastizität der Arbeitsnachfrage von $-0,55$ und einem Median von $-0,42$. Das bedeutet, dass ein Lohnanstieg um 1 % im Median mit einem Rückgang der Arbeitsnachfrage um rund 0,4 % und im Mittel um rund 0,6 % einhergeht. Seit den 1970er-Jahren ist die Arbeitsnachfrage aufgrund des technischen Fortschritts und zunehmender Globalisierung elastischer geworden (Lichter et al., 2015).
- 137. Die Arbeitsnachfrageelastizitäten variieren nach Sektoren und Staaten, wobei ein geringerer Beschäftigungsschutz zu höheren Elastizitäten führt** (Saez et al., 2019). Unternehmen mit geringerer Liquidität, kleine Unternehmen und Unternehmen mit geringerer Marktmacht haben tendenziell höhere Arbeitsnachfrageelastizitäten, da sie steigende Lohnnebenkosten nicht durch Rücklagen, interne Umverteilungen oder Preissetzung abfedern können (Saez et al., 2019; Johnston, 2021; Guo, 2024; Lobel, 2024). Ausgeprägtere Reaktionen sind auch in arbeitsintensiven Branchen und in Sektoren mit starker internationaler Konkurrenz zu beobachten, da dort ebenfalls die Möglichkeit begrenzt ist, höhere Arbeitskosten über Preisanpassungen weiterzugeben. Für exportorientierte Unternehmen mit arbeitsintensiven Tätigkeiten verschlechtern steigende Lohnnebenkosten die Wettbewerbsposition gegenüber ausländischen Wettbewerbern und führen zu Rückgängen der Exporte (Muñoz, 2025). Die wichtigsten deutschen Exportindustrien, etwa Automobil, Maschinenbau oder Chemie, sind jedoch überwiegend kapitalintensiv. Darüber hinaus ist die Arbeitsnachfrage elastischer für geringqualifizierte (Lichter et al., 2015) sowie jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Guo, 2024). Mögliche Begründungen liegen in einem geringeren Kündigungsschutz oder befristeten Verträgen. Die oft höhere Substituierbarkeit von geringqualifizierten Tätigkeiten durch Kapital in der langen Frist ist ein weiterer Erklärungsansatz (Lichter et al., 2015).
- 138.** Empirische Untersuchungen zu Standortentscheidungen von Unternehmen zeigen, dass die **Höhe der Abgaben auf Arbeit ein relevanter Faktor bei der Standortwahl** ist (Egger et al., 2013; Guo, 2023). Die Höhe der Lohnkosten beeinflusst auch die Attraktivität eines Standorts für ausländische Direktinvestitionen, da die Arbeitskosten die Investitionskosten und damit die Nettorendite beeinflussen (Egger und Radulescu, 2011; Hansson und Olofsson, 2014). In kon-

junkturrellen Abschwungphasen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Unternehmen mit mehreren Standorten auf regionale Unterschiede in den Arbeitskosten mit der Schließung von Betrieben bzw. Standorten in den Regionen mit hohen Lohnnebenkosten reagieren (Guo, 2023).

- 139. Erhöhungen der Sozialversicherungsbeitragssätze und damit der Lohnnebenkosten für Arbeitgeber können zudem Unternehmensgründungen und die Dynamik von Wachstumsunternehmen dämpfen**, da lohnbezogene Abgaben unabhängig von der Profitabilität zu entrichten sind, sodass sie die Arbeitsnachfrage und damit verbundenes Wachstum einschränken. Dementsprechend können hohe Lohnnebenkosten auch die Exit-Wahrscheinlichkeit von jungen Unternehmen erhöhen (Cockx und Desiere, 2024; Guo und Wallskog, 2025).

5. Effekte im Allgemeinen Gleichgewicht

- 140. Die Verhaltensreaktionen von privaten Haushalten und Unternehmen auf Erhöhungen von Sozialversicherungsbeitragssätzen beeinflussen die öffentlichen Haushalte.** Steigende Beitragssätze erhöhen kurzfristig die Einnahmen der Sozialversicherungen, mindern jedoch das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und erhöhen die Arbeitskosten für Unternehmen. Dies kann die Lohnentwicklung und das Beschäftigungswachstum dämpfen und damit zu einem schwächeren Aufkommen bei der Lohn- und Einkommenssteuer sowie beim Solidaritätszuschlag führen. Auf Unternehmensebene können geringere Gewinnmargen und Investitionen die Körperschaft- und Gewerbesteuerbasis reduzieren. Zudem schwächen sinkende Nettolöhne und höhere Arbeitskosten den privaten Konsum, was das Umsatzsteueraufkommen mindert. Andererseits stabilisiert das Steuer- und Transfersystem in Abschwüngen die verfügbaren Einkommen, was wiederum die konjunkturelle Eintrübung und damit eine stärkere fiskalische Belastung begrenzen kann.
- 141. Für Deutschland liegen nur wenige Studien vor, die die gesamtwirtschaftliche Reaktion auf Veränderungen der Finanzierung der Sozialversicherungen quantifizieren.** So schätzen Gechert et al. (2021) auf Basis von Gesetzesänderungen die makroökonomischen Effekte von Änderungen der Sozialversicherungsbeiträge und -leistungen in Deutschland. Eine exogene Senkung der Sozialversicherungsbeiträge um 1 % des BIP erhöht das reale BIP kurzfristig um etwa 0,4 %, der Effekt klingt jedoch relativ schnell ab. Höhere Leistungen wirken deutlich stärker und persistenter mit einem Multiplikator von rund 1,1, vor allem über eine kräftige Konsumreaktion der Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Die Reaktion des realen BIP nimmt langsam ab und nähert sich fünf Jahre nach dem Schock 0,4 %. Ochsner (2026) schätzt mithilfe eines bayesianischen Fehlerkorrekturmodells, dass eine permanente, unerwartete Beitragssatzsteigerung von 1 Prozentpunkt (die im Modell etwa 0,5 % des BIP entsprechen) das BIP in der langen Frist (10 Jahre) aufgrund einer permanenten Einkommensanpassung um etwa 0,2 % senkt. [KASTEN 9](#) Enders et al. (2020) untersuchen mit einem DSGE-Modell die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der GKV und die damit verbundene Reduzierung des Beitragssatzes von

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern um 0,5 Prozentpunkte und eine Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags um denselben Prozentsatz. Langfristig steigt das BIP geringfügig um rund 0,03 %, die Beschäftigung nimmt ebenfalls geringfügig zu und die Arbeitslosigkeit sinkt um etwa 0,02 Prozentpunkte. Die Stärke und Richtung der Effekte hängen jedoch von der Art der Gegenfinanzierung etwaiger Einnahmeverluste ab.

142. Drei Studien befassen sich spezifisch mit einem Beitragssatzanstieg, wie er in den kommenden Jahrzehnten zu erwarten ist. [↪ KASTEN 9](#) Das IfW Kiel (2026) analysiert die gesamtwirtschaftlichen Effekte einer Anhebung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes um 6 Prozentpunkte und nutzt dazu ein DSGE-Modell. Steigende Beitragssätze wirken dämpfend auf Nettolöhne, Beschäftigung und Arbeitsnachfrage und senken das BIP im neuen Gleichgewicht um 0,6 %. Hüther et al. (2025) schätzen, dass bei einem linearen Beitragssatzanstieg bis zum Jahr 2035 auf 48,6 % der private Konsum im Vergleich zu einem Szenario mit konstanten Beitragssätzen von 41,7 % nach 5 (10) Jahren um 1,2 % (2,3 %) und das reale BIP um 0,5 % (0,5 %) zurückgehen. Ochsner (2026) schätzt auf Basis eines vollständig antizipierten Beitragssatzanstiegs von etwa 6 Prozentpunkten bis zum Jahr 2035, dass sich das BIP im Vergleich zu einem Szenario mit konstanten Beitragssätzen um etwa 0,9 % verringert. Dies ist auf permanent sinkende verfügbare Einkommen und einen damit zusammenhängenden Konsumrückgang von 1,9 % zurückzuführen. Damit verbunden gehen die Beschäftigung um 0,7 %, die privaten Investitionen um 0,3 % und die Exporte um 0,3 % zurück. [↪ KASTEN 9](#) [↪ ABBILDUNG 39](#)
143. Der Anstieg der Sozialbeiträge träge die deutsche Volkswirtschaft in einer Phase schwacher gesamtwirtschaftlicher Dynamik. Bei einer Produktionslücke von rund $-0,8$ % im Jahr 2026 [↪ ZIFFER 48](#) und einem mittleren Potenzialwachstum von nur etwa 0,3 % pro Jahr bis zum Jahr 2031 [↪ ZIFFER 76](#) belastet ein höherer Abgabenteil nicht nur das Produktionspotenzial, sondern kann auch kurzfristig die Erholung aus der Unterauslastung erschweren. Die BIP-Niveaueffekte von $-0,5$ % bis $-0,9$ % sind vor diesem Hintergrund erheblich, denn sie entsprechen dem Potenzialwachstum von knapp zwei bis zu drei Jahren.

Zwar ist die Finanzpolitik mit dem Finanzpaket stärker auf eine Ausweitung des Wirtschaftswachstums ausgerichtet. Dies relativiert die Belastungswirkungen höherer Sozialbeiträge jedoch nicht. Den möglichen Wachstumswirkungen stehen höhere öffentliche Verschuldung und künftige Zinslasten gegenüber. Zudem verschiebt die Kombination aus steigenden Sozialbeiträgen und schuldenfinanzierter Fiskalpolitik Lasten in besonderem Maße auf jüngere Generationen: Sie werden kurz- und mittelfristig durch höhere Beiträge und langfristig durch die Bedienung der für das Finanzpaket aufgenommenen Schulden belastet.

▸ KASTEN 9

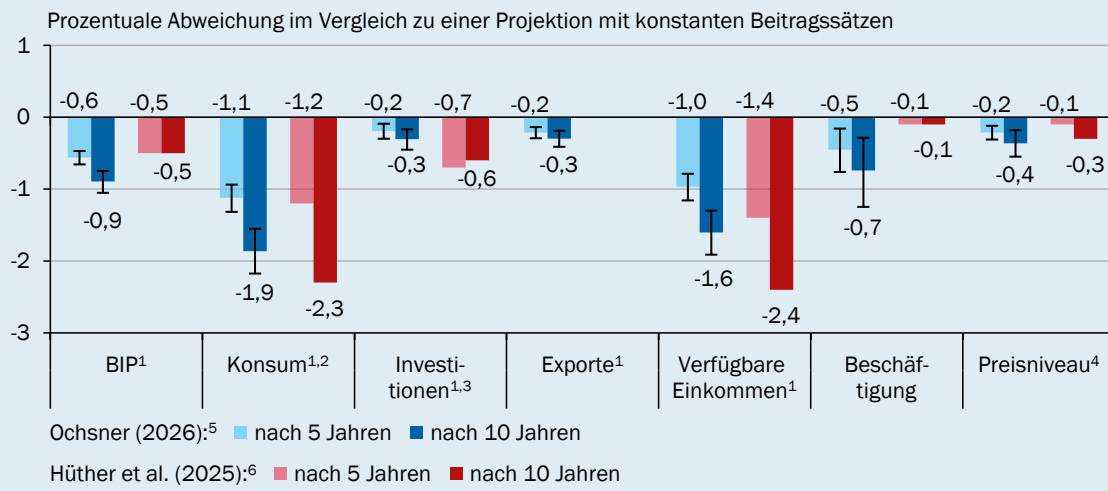
Analyse: Gesamtwirtschaftliche Effekte des Beitragssatzanstieges bis zum Jahr 2035

Hüther et al. (2025) und Ochsner (2026) präsentieren empirische Analysen der makroökonomischen Wirkung der zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen. Hüther et al. (2025) nutzen hierfür das Modell von Oxford Economics und nehmen, basierend auf Ochmann und Albrecht (2024), eine lineare Steigerung der Beitragssätze von 41,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2025 auf 48,6 % bis zum Jahr 2035 an. Ochsner (2026) unterstellt den von Werding et al. (2026) simulierten Anstieg des Beitragssatzes von 42,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2026 auf 47,7 % im Jahr 2035 und verwendet ein bayesianisch geschätztes, hybrides Fehlerkorrekturmodell. Die Ergebnisse beider Studien sollten als Projektion und nicht als Prognose verstanden werden (Ochsner und Werding, 2026).

Beide Studien finden qualitativ vergleichbare Effekte für die wichtigsten volkswirtschaftlichen Aggregate, ▸ **ABBILDUNG 39** quantitativ unterscheiden sie sich allerdings teilweise deutlich. Die volkswirtschaftliche Anpassung findet bei Ochsner (2026) in erster Linie über die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte statt. Daher sinken die Importe und der private Konsum verhältnismäßig stark. Ein großer Teil des Investitionsrückgangs ist dementsprechend einem Rückgang der Wohnbauinvestitionen aufgrund geringerer Haushaltseinkommen zuzurechnen. Die Anpassung über Ausrüstungs- und Nichtwohnbauinvestitionen, ebenso wie über die Exporte fällt hingegen relativ gering aus. Dies deutet in der Gesamtschau darauf hin, dass eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge deutlich stärker über die direkte Nachfrage als über die preisliche Wettbewerbsfähigkeit der Volkswirtschaft wirkt.

▸ **ABBILDUNG 39**

Makroökonomische Effekte steigender Sozialversicherungsbeiträge



1 – In Preisen des Jahres 2020. 2 – Nur privater Konsum. 3 – Nur private Investitionen. 4 – Gemessen am BIP-Deflator. 5 – Dargestellt sind die Mediane mit 90 %-Konfidenzintervall. 6 – Keine Daten für Exporte vorhanden sowie keine Unsicherheitsmaße angegeben.

Quellen: Hüther et al. (2025), Ochsner (2026)
 © Sachverständigenrat | 26-093-01

IV. HANDLUNGSFELDER

- 144. Die langfristige Finanzierbarkeit der Sozialversicherungen steht angesichts des demografischen Wandels in mehreren Versicherungszweigen unter Druck.** Für die lange Frist wird entscheidend sein, ob es gelingt, den Ausgabenanstieg in GRV, GKV und SPV sozialverträglich zu begrenzen und zugleich die Einnahmenbasis zu stabilisieren. Reformbedarf und Handlungsoptionen müssen für die verschiedenen Zweige im Einzelnen diskutiert werden. Da die Umsetzung konkreter Reformvorschläge von politischen Opportunitäten und Hemmnissen abhängt, dürfte die Aussagekraft kombinierter Reformszenarien in mehreren Versicherungszweigen gering sein. Daher sieht der Sachverständigenrat von der Diskussion kombinierter Reformszenarien ab und fokussiert im Folgenden auf grundsätzliche Überlegungen zu den wichtigsten Handlungsfeldern zur Stabilisierung der Finanzen der Sozialversicherungen.
- 145. Zwischen den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung bestehen vielfältige Wechselwirkungen** sowohl bei den Kostenstrukturen als auch beim Leistungsbezug. [↘ ZIFFER 91](#) Reformen in einem Versicherungszweig können daher auch die Finanzlage anderer Zweige beeinflussen. So würde eine Senkung der Beitragssätze in der GKV auch die GRV entlasten, da die GRV die auf Rentenzahlungen entfallenden Krankenversicherungsbeiträge der pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner zur Hälfte trägt. Im Jahr 2024 beliefen sich die entsprechenden Ausgaben der GRV auf 28,7 Mrd Euro bei einem durchschnittlichen GKV-Beitragssatz von 16,3 % (DRV Bund, 2025). Eine Absenkung des GKV-Beitragssatzes um 1 Prozentpunkt würde die Ausgaben der GRV damit rechnerisch um knapp 1,8 Mrd Euro verringern.

1. Ausgabenseite

- 146. Zur Dämpfung der Ausgaben der Sozialversicherungen sollten Reformen umgesetzt werden, die die Übertragung der demografischen Alterung in die Ausgaben der Sozialversicherungen abmildern.** Dazu gehört beispielsweise, in der GRV den Nachhaltigkeitsfaktor, der die Kosten der demografischen Alterung auf Beitragszahlende und Rentenbeziehende verteilt, wieder in Kraft zu setzen und zu stärken. So würden die Kosten durch eine Anhebung des Parameters α im Nachhaltigkeitsfaktor von 0,25 auf 0,5 gleichmäßig zwischen Rentnerinnen und Rentnern sowie aktiv Versicherten verteilt (JG 2023 Ziffern 421 ff.). Alternativ könnten Rentenanpassungen für Bestandsrenten künftig an die Inflationsentwicklung anstatt wie bisher an die Lohnentwicklung gekoppelt werden. Dadurch wäre die Kaufkraft der Bestandsrentnerinnen und -rentner gesichert, sie würden allerdings nicht mehr von den häufig höheren Reallohnsteigerungen profitieren.
- 147.** Durch den demografischen Wandel können die Ziele der Sozialversicherungen, vor allem die Konsumglättung und die Verringerung von Armutsrisiken, [↘ KASTEN 8](#) nur durch eine Neugewichtung von Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung erreicht werden. Um die Finanzen der GRV mittel- bis langfristig teilweise von der

Demografie zu entkoppeln, bietet sich der **Ausbau der kapitalgedeckten Altersvorsorge** an. Der Sachverständigenrat hat hierzu unter anderem die Einführung eines staatlich geförderten Vorsorgedepots vorgeschlagen, bei dem renditestarke, breit diversifizierte Fondsanlagen das zentrale Element bilden (JG 2025 Ziffern 422 ff.), wie es in Grundzügen nun vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde. Eine automatische Einbeziehung aller Erwerbspersonen, mit der Möglichkeit, nicht teilzunehmen (Opt-out), würde die Verbindlichkeit der Teilnahme vor allem von Haushalten mit niedrigem Einkommen erhöhen (Malmendier et al., 2025; JG 2025 Ziffern 422 ff.).

148. **In der GKV sollten Maßnahmen priorisiert werden, die den Ausgabenanstieg begrenzen, ohne die Versorgung medizinisch notwendiger Leistungen zu beeinträchtigen.** In der Krankenhausversorgung sollten Strukturreformen, stärkere Spezialisierung, verbindliche Qualitätsvorgaben und angepasste Vergütungsmechanismen dazu beitragen, Effizienzreserven zu heben. [↪ ZIFFER 250](#) Bei Arzneimitteln sollte die Preisbildung stärker am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet werden. [↪ ZIFFER 256](#) Zusätzlich bieten sich verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen, Werbeeinschränkungen für gesundheitsschädliche Produkte sowie gesundheitsorientierte Preissignale an, etwa durch höhere Abgaben auf Tabak, Alkohol sowie stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel. [↪ ZIFFERN 239 FF.](#) Höhere allgemeine Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen der Versicherten reduzieren können. [↪ ZIFFER 244](#)
149. In der SPV sollte an einer Teilversicherung festgehalten werden. Eine Dämpfung des Ausgabenanstiegs sollte über eine **Beschränkung des Zugangs zu Leistungen der SPV auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 fachlich empfohlene Maß** vorgenommen werden. [↪ ZIFFERN 339 FF.](#) Der Leistungszuschlag in der stationären Versorgung [↪ ZIFFER 343](#) und der Entlastungsbetrag [↪ ZIFFER 342](#) sollten abgeschafft werden. Über die **Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung** innerhalb der SPV könnte das Leistungsniveau stabilisiert und die finanzielle Lastenverteilung generationengerechter ausgestaltet werden. [↪ ZIFFERN 354 FF.](#)

2. Einnahmenseite

150. Für die Finanzierung sozialer Sicherung ist zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung zu unterscheiden. Maßgeblich für die Finanzierung konkreter Leistungen ist, ob eine spezifische Versicherungsleistung für Versicherte oder eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe finanziert wird. [↪ KASTEN 15](#) Das **deutsche System ist eine Mischform aus Beitrags- und Steuerfinanzierung**: Beiträge sind dort sachgerecht, wo Leistungen einen hinreichenden Versicherungscharakter aufweisen. Steuern sind dort sachgerecht, wo Leistungen der allgemeinen Umverteilung oder anderen gesamtgesellschaftlichen Zielen dienen.
151. Wo eine Beitragsfinanzierung als sachgerecht erscheint, stellt sich die Frage, welche Einkunftsarten als Bemessungsgrundlage herangezogen werden sollten. Zur Diskussion steht, Sozialbeiträge über Arbeitseinkommen hinaus auf weitere Ein-

kunftsarten wie beispielsweise Kapitalerträge zu erheben. **Beiträge auf Nicht-lohneinkommen erscheinen für ALV und GRV allerdings grundsätzlich als nicht sachgerecht**, da die Absicherung durch Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit und im Alter mit lohnbezogenen Beiträgen stimmig finanziert wird. Kapitalerträge oder Mieteinnahmen stellen häufig eine Form ergänzender Altersvorsorge dar und müssen im Alter nicht ersetzt werden, sodass sie nicht in gleicher Weise mit Beiträgen belegt werden sollten. In GKV und SPV sind die Leistungen, abgesehen vom Krankengeld, keine Lohnersatzleistungen, sondern vor allem Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Pflegebedürftigkeit. Vor diesem Hintergrund lässt sich eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten in GKV und SPV eher erwägen als in ALV und GRV. Sie bedarf jedoch einer gründlichen Prüfung der institutionellen Rahmenbedingungen in diesen Zweigen sowie der gegebenenfalls resultierenden Verteilungswirkungen.

152. Die Unterscheidung zwischen Versicherungsleistungen und gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ist zugleich maßgeblich für die Abgrenzung der NBL innerhalb der Sozialversicherung. Dabei sollte zunächst geprüft werden, ob einzelne Leistungselemente sachlich gerechtfertigt sind und sich als gesamtgesellschaftliche Aufgaben einordnen lassen. NBL sind somit nicht nur hinsichtlich ihres Umfangs, sondern bereits ihrem Grunde nach kritisch zu überprüfen. Gegebenenfalls sollten bestimmte NBL reduziert oder abgeschafft werden (JG 2023 Ziffer 371). **Soweit mit den verbleibenden NBL gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllt werden, sollten diese vollständig steuerfinanziert sein**, um ihre Finanzierung nicht den Versicherten aufzubürden.
153. Die Abgrenzung von NBL ist häufig nicht trennscharf, sodass sich ein mögliches Missverhältnis zu den Bundeszuschüssen nur schwer beurteilen lässt (JG 2023 Ziffer 371). Die Deutsche Rentenversicherung beziffert die Höhe der NBL im Jahr 2023 mit 68,2 Mrd Euro (enge Abgrenzung) bis 124,1 Mrd Euro (erweiterte Abgrenzung), während der Bundeszuschuss im selben Jahr 84,3 Mrd Euro betrug (DRV Bund, 2024). Boysen-Hogrefe (2025) argumentiert unter Verwendung eines anderen Konzepts, dass für die Rentenversicherung, dem Versicherungszweig mit den umfangreichsten Bundeszuschüssen, eine vollständige Deckung durch Bundeszuschüsse besteht.
154. Forderungen nach rückwirkender Deckung von NBL aus weit zurückliegenden Jahren erscheinen weder als sachgerecht noch als praktikabel. Ein Ausgleich binnen weniger Jahre, solange die vergangenen Mehrausgaben nur die Rücklagen beeinflusst haben, kann angebracht sein. Bei umlagefinanzierten Sozialversicherungen sind zweckwidrige Verwendungen von Beitragsmitteln aber möglichst schon im jeweiligen Jahr zu begrenzen. Gelingt dies, fallen die laufenden Leistungen höher aus oder die aktuellen Beitragssätze niedriger. Ohne langfristige Bildung eines Kapitalstocks entstehen für spätere Versicherte regelmäßig weder Vor- noch Nachteile. Eine Nachfinanzierung würde nicht die seinerzeit belasteten Versicherten gezielt kompensieren, sondern vor allem die gegenwärtige Finanzlage der Sozialversicherung verbessern.
155. Die Erhebung von Beiträgen für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehepartner würde die GKV entlasten und die Erwerbsanreize für Zweitverdienende stärken.

Für Haushalte mit Kindern sollte die beitragsfreie Mitversicherung jedoch, zumindest in den ersten Jahren der Kindererziehung, fortgelten. ↘ ZIFFER 260 Zudem erscheint eine Dynamisierung des Bundeszuschusses zur Deckung der NBL als erwägenswert, da sein Anteil an den Gesamteinnahmen ansonsten kontinuierlich sinkt. ↘ ZIFFER 258

156. Neben einer Ausweitung der Bundeszuschüsse zur Deckung der NBL wird diskutiert, die Sozialversicherungen durch zusätzliche Steuermittel zu stützen, um den Anstieg lohnbezogener Beiträge zu begrenzen. Dies wäre primär eine Umfinanzierung und würde weder zu einer dauerhaften Dämpfung der Ausgaben noch der durchschnittlichen Steuer- und Abgabenbelastung führen. Die Verteilungswirkungen sowie Verhaltensanpassungen der Haushalte und Unternehmen hängen bei dieser Finanzierungsform davon ab, ob und welche Steuerarten zur Gegenfinanzierung verändert würden oder ob eine Ausweitung der Steuerfinanzierung durch Kürzungen an anderer Stelle getragen würde. Zugleich gingen Transparenz und politische Verantwortlichkeit der Mittelverwendung im Vergleich zu einem beitragsfinanzierten System zurück.
157. Haushaltssystematisch ist zu beachten, dass Steuermittel grundsätzlich nicht zweckgebunden sind (Prinzip der Gesamtdeckung) und Zweckbindungen eine besondere Rechtfertigung erfordern. **Die Verwendung von Steuermitteln sollte daher auf klar begründete gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Rahmen der NBL beschränkt bleiben.** Eine weiterreichende Steuerfinanzierung, die ausschließlich Versicherten zugutekommt, wäre begründungsbedürftig und aus Sicht der Haushaltssystematik kritisch zu bewerten.
158. **Zur Stärkung der Einnahmen der Sozialversicherungen bieten sich in erster Linie Reformen an, die auf ein größeres Arbeitsvolumen abzielen**, wie z. B. eine Verlängerung der Erwerbsphase. So wäre eine weitere Anhebung der Regelaltersgrenze über das Jahr 2031 hinaus sinnvoll. Werden zwei Drittel zusätzlicher Lebensjahre der Erwerbsphase und ein Drittel der Rentenphase zugerechnet, ließe sich das Verhältnis von Rentenbezugsdauer zu Versicherungsjahren weitgehend stabilisieren (JG 2023 Ziffern 405 ff.). Ergänzend würde die Abschaffung der abschlagsfreien Frührente das durchschnittliche Rentenzugangsalter erhöhen (JG 2023 Ziffern 416 ff.).
159. Der demografisch bedingte Rückgang des Arbeitsvolumens lässt sich ferner dämpfen, indem Anreize und Möglichkeiten zur Aufnahme von Erwerbsarbeit bzw. zur Ausweitung der Arbeitszeit verbessert werden. Der Sachverständigenrat hat in der Vergangenheit Reformen zur Erreichung dieser Ziele vorgeschlagen, beispielsweise eine Glättung der Transferentzugsraten im Steuer-Transfer-System, die weitgehende Abschaffung des Ehegattensplittings und der Minijobs sowie eine bessere Kinderbetreuung (siehe JG 2021 Ziffern 317 ff.; JG 2023 Ziffern 321, 338 ff. und 347 ff.). Ergänzend sollte Humankapital durch Weiterbildung, Umschulungen und lebenslanges Lernen gestärkt werden, um Erwerbspotenziale zu erhalten und Reallokation zu erleichtern (JG 2022 Ziffern 370 ff. und 392 f.). Ein zentraler Hebel ist zudem Erwerbsmigration: Der Arbeitsmarktzugang und die Integration Zugewanderter sollten vereinfacht bzw. beschleunigt und admi-

nistrative Verfahren verbessert werden (JG 2022 Ziffern 412 ff., 446 ff. und 452 ff.).

160. Der Sachverständigenrat hat in den vergangenen Jahren regelmäßig Handlungsoptionen aufgezeigt, die das **Produktivitätswachstum** steigern können. Zu diesen zählen Investitionen in Humankapital (JG 2021 Ziffern 342 ff.), in Anlagevermögen und in neue Querschnittstechnologien wie KI (JG 2023 Ziffern 77, 158 ff. und 167 ff.) und die Vertiefung des europäischen Binnen- und Kapitalmarkts (JG 2025 Ziffern 186 ff.). Die wachstumshemmenden Folgen eines rückläufigen Arbeitsvolumens lassen sich insbesondere durch qualifizierte Zuwanderung, stärkere Erwerbsanreize und einen verstärkten Ersatz von Arbeit durch neue Kapitalgüter abfedern (JG 2022 Ziffern 358 ff.; JG 2023 Ziffern 163 ff.). Bessere steuerliche Rahmenbedingungen, insbesondere für Forschung und Entwicklung, bessere Bedingungen für Start-ups und Scale-ups sowie der Abbau von Bürokratiekosten und eine Modernisierung der Verwaltung können ebenfalls einen Beitrag leisten (JG 2025 Ziffern 200 ff., 331 ff., 609 ff. und 617 ff.). Der Bereitstellung digitaler und physischer Infrastruktur kommt ebenfalls eine zentrale Rolle zu. Das Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität kann dazu in wirkungsorientierter Ausgestaltung wesentlich beitragen (JG 2025 Ziffern 116 ff.).

Eine andere Meinung

161. Ein Mitglied des Rates, Achim Truger, kann sich der Mehrheitsposition des Sachverständigenrates im Kapitel „Sozialversicherungen unter Reformdruck“ in einigen Punkten nicht anschließen. **Die abweichende Meinung** betrifft **erstens** die von der Ratsmehrheit wegen des Primats der Beitragssatzdämpfung vorgenommene **Aufgabe oder Neugewichtung wesentlicher Ziele** der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Sie betrifft **zweitens** die **Vernachlässigung** potenziell **gravierender verteilungspolitischer Nebenwirkungen** und **sozialer Härten** der von der Ratsmehrheit vorgeschlagenen Handlungsoptionen. **Drittens** überschätzt die Ratsmehrheit systematisch die Potenziale **kapitalgedeckter Vorsorge** im demografischen Wandel und vernachlässigt **Risiken und Nebenwirkungen**.

Primat der Beitragssatzdämpfung nicht erforderlich

162. Die Ratsmehrheit gibt für die GRV weitgehend das Ziel der Lebensstandardsicherung im Alter und für die SPV weitgehend das Ziel der überwiegenden Vermeidung von pflegebedingtem Sozialhilfebezug auf. Begründet wird dies mit einem Zielkonflikt zwischen Angemessenheit der Leistungen und Nachhaltigkeit der Finanzierung. Letztere hält sie für gegeben, „wenn das im geltenden Recht vorgesehene Sicherungsniveau langfristig gehalten werden kann, ohne dass hierzu erforderliche höhere Beitragssätze und Bundeszuschüsse zu spürbaren Verzerrungen bei Beschäftigung und Wachstum führen oder zukünftige Generationen unverhältnismäßig belasten“. ↘ PLUSTEXT 4 Die Ratsmehrheit betont mehrfach und ausführlich die negativen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen des absehbaren kräftigen Anstiegs des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes oder der Beitragssätze in einzelnen Sozialversicherungszweigen sowie Probleme hinsichtlich der Generationengerechtigkeit. Dabei wird das Nachhaltigkeitsziel im Sinne eines Primats der Beitragssatzdämpfung interpretiert, welches die Einschränkung von Zielen rechtfertigt, die der Angemessenheit der Leistungen dienen.
163. **Ein solches Primat der Beitragssatzdämpfung erscheint allerdings aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nicht erforderlich.** Der Sachverständigenrat setzt sich in Abschnitt III ausführlich mit den Effekten von **Beitragssatzänderungen** auseinander und referiert in Abschnitt III.5 empirische Ergebnisse für die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen im allgemeinen Gleichgewicht. Die beiden ausführlicher dargestellten Studien kommen dabei insgesamt nur zu **moderaten gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen**. So führt ein starker Anstieg des Gesamtbeitragssatzes um 6 bis 7 Prozentpunkte in den kommenden 10 Jahren insgesamt nach 10 Jahren nur zu einem um 0,5 % bis 0,9 % geringeren BIP. Das BIP-Wachstum würde also um weniger als 0,05 bzw. 0,1 Prozentpunkte pro Jahr gedämpft. Ein solcher Wachstumsverlust lässt sich leicht durch die in ↘ ZIFFER 159 aufgezählten potenzialsteigernden wirtschaftspolitischen Maßnahmen überkompensieren. Trotz der suboptimalen Ausgestaltung des Finanzpaketes schätzt der Sachverständigenrat den davon ausgehenden BIP-Effekt langfristig auf etwa 1 %; gelänge eine echte zusätzliche öffentliche Investitionsoffensive, dann wäre lang-

fristig sogar ein um 5 % höheres BIP und über längere Zeiträume ein deutlich höheres Potenzialwachstum möglich, ohne dass dies mit einem übermäßigen Anstieg der Staatsverschuldung einherginge (JG 2025 Ziffern 109 ff. und Tabelle 14).

Auf dieser Basis hätte die Schlussfolgerung des Sachverständigenrates auch sein können, dass zwar der absehbare Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes für sich genommen mit moderat negativen gesamtwirtschaftlichen Effekten einhergeht, dass diese aber bei einer insgesamt wachstumsfreundlich ausgerichteten Wirtschaftspolitik kaum ins Gewicht fallen und damit letztlich verkraftbar sind. **Einschneidende Reformen**, die zur Aufgabe bisheriger Ziele in den Sozialversicherungen zwingen würden, lassen sich auf Basis der **empirischen Evidenz** jedenfalls **nicht rechtfertigen**.

164. **Weitreichende Zielverschiebungen lassen sich auch nicht ohne Weiteres aus Gründen der intergenerationellen Gerechtigkeit herleiten.** Die Ratsmehrheit konzentriert sich in ihren Überlegungen auf Projektionen der Verteilung der intergenerationellen Beitragssatzbelastung. ↘ ZIFFER 112 Es lässt sich feststellen, dass der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz über das Erwerbsleben für die jüngeren Kohorten sehr stark ansteigt. So zahlte die Kohorte der 1940 Geborenen über ihr Erwerbsleben im Durchschnitt einen Gesamtbeitragssatz von 34,2 %, während für die Kohorte der 2020 Geborenen ein Beitragssatz von 56,8 % projiziert wird.
165. Daraus lässt sich jedoch nicht automatisch auf eine systematische Benachteiligung jüngerer Kohorten schließen. Für eine umfassendere Betrachtung müssten zusätzlich zu den entrichteten Beiträgen auch die über das Leben empfangenen Leistungen einbezogen werden. Blank et al. (2026) berechnen zu diesem Zweck mit einer auch vom Sachverständigenrat (JG 2016 Ziffern 667 ff.) bereits verwendeten Methode kohortenspezifische Renditen für die in der GRV Versicherten. Dabei zeigt sich, dass zwar die Rendite für Geburtsjahrgänge vor 1950 deutlich höher als für alle folgenden Kohorten ist. **Allerdings ist die zu erwartende Rendite für Teile der Baby-Boomer-Generation nicht höher als für im Jahr 2000 oder 2010 Geborene.** Zudem führen gängige Reformvorschläge, wie etwa die Erhöhung des Renteneintrittsalters zu einer Verschlechterung der Rendite für alle Kohorten ab etwa Mitte der 1970er-Jahre. Dabei verschlechtert sich auch die Rendite der etwa im Jahr 2000 oder 2010 Geborenen spürbar. Blank et al. (2026, S. 18) konstatieren: „Das oftmals geäußerte Ziel, mit einer Erhöhung der Regelaltersgrenze die jüngeren Generationen zu entlasten, wird, gemessen an den impliziten Renditen, verfehlt“.

Vernachlässigung von gravierenden verteilungspolitischen Nebenwirkungen und sozialen Härten

166. Die intergenerationellen Verteilungswirkungen über lange Zeiträume sind wichtig, und es ist richtig, dass die Ratsmehrheit sich damit beschäftigt. Es gibt aber auch noch Verteilungswirkungen im Querschnitt, also im Hier und Jetzt, die mindestens ebenso wichtig sind, und denen der Sachverständigenrat alle zwei Jahre jeweils ein eigenständiges Kapitel im Jahresgutachten widmet. Dabei kann es z. B.

um die **Einkommens- und Vermögensverteilung** oder die **Armutsrisikoquote** gehen.

Im Kontext der Reform der Sozialversicherung misst die Ratsmehrheit den Auswirkungen ihrer Politikvorschläge auf solche Verteilungsindikatoren offenbar nur eine sehr untergeordnete Bedeutung bei. So wird beispielsweise die Tatsache nicht erwähnt, dass die Dämpfung von Renten- und ggf. Pflegeversicherungsleistungen und die Schließung der entstehenden Lücke durch Aufbau eines Kapitalstocks, dessen Finanzierung allein den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgebürdet wird, eine **massive Verlagerung von Kosten und Risiken zu Gunsten der Arbeitgeber** darstellt. Zwar ist die finale ökonomische Inzidenz unklar; ↘ ZIFFERN 118 FF. zumindest für einen Übergangszeitraum ist jedoch von einer erheblichen Umverteilung zu Gunsten der Arbeitgeberseite auszugehen.

167. Das Eigentum an Unternehmen ist sehr stark im oberen Einkommensbereich konzentriert. So geht Bach (2025) davon aus, dass 87 % der Entlastung durch eine Körperschaftsteuersenkung auf das oberste Dezil der Einkommensverteilung entfallen. Allein 72 % entfallen auf das oberste Perzentil. Eine Entlastung der Arbeitgeberseite von oder eine Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen dürfte daher auch mit spürbaren personellen Verteilungswirkungen einhergehen. Eine Entlastung dürfte die Ungleichheit der verfügbaren Einkommen spürbar erhöhen, während eine Belastung dementsprechend progressiv wirken und die Ungleichheit senken dürfte. Zwar sorgt sich die Ratsmehrheit im Kontext von Beitragssatzerhöhungen um die relativ stärkere Belastung von Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber Versicherten oberhalb davon. **Die sehr progressive Verteilungswirkung durch den auf die Arbeitgeber entfallenden Teil der Beitragssatzerhöhung findet hingegen keine Berücksichtigung.**

Zumindest für paritätische Änderungen des Beitragssatzes kann aufgrund der vom Sachverständigenrat angeführten empirischen Evidenz eine in etwa paritätische ökonomische Inzidenz angenommen werden. ↘ ZIFFER 122 **Insofern dürfte eine paritätische Beitragssatzerhöhung klar progressiv wirken.**

168. Die **Ratsmehrheit vernachlässigt die gravierenden negativen Effekte** der von ihr befürworteten Reformmaßnahmen insbesondere im unteren Bereich der Einkommensverteilung und damit einhergehende potenzielle **soziale Härten**: Die Vorschläge für die Pflegeversicherung gehen mit einem **drastischen Anstieg der Hilfe zur Pflege-Quote** einher; ↘ ZIFFERN 367 FF. die relativ hohen Zusatzbeitragssätze für den PVF II für Rentnerinnen und Rentner dürften die Armutsrisikoquote sowie die Grundsicherungsquote im Alter spürbar erhöhen. Die Vorschläge der Ratsmehrheit, in der GRV zur Dämpfung der Rentenausgaben nur noch eine Inflationsanpassung oder einen höheren Nachhaltigkeitsfaktor zum Einsatz kommen zu lassen, würden ebenfalls zu einem **Anstieg der Armutsgefährdung im Alter** führen (JG 2023 Ziffern 424 ff.).

Risiken und Nebenwirkungen kapitalgedeckter Vorsorge vernachlässigt

169. **Eine zentrale Rolle in den Reformvorschlägen der Ratsmehrheit für die GRV und die SPV spielt die kapitalgedeckte Vorsorge.** Durch die angenommene renditestarke Anlage kommt es langfristig zu großen Finanzvermögen, die dann zur Finanzierung von Rente und Pflege eingesetzt werden sollen. Gerade bei der GRV erscheinen die ausgewiesenen Effekte eindrucksvoll (JG 2023 Ziffern 454 ff.): Wenn alle Beschäftigten ab sofort 4 % des Bruttolohns monatlich in stark aktienbasierte internationale Kapitalmarktfonds investierten, erwürben sie persönliches privates Kapital, wodurch sich mit den Jahren das erzielbare Sicherungsniveau erhöhe. Nach den Berechnungen des SVR wären das bis zum Jahr 2080 eindrucksvolle 26,9 Prozentpunkte, was die Dämpfung des Rentenniveaus in der GRV um knapp 8 Prozentpunkte weit überkompensieren würde.
170. Durch eine solche Reform würde sich jedoch die **Gesamtbelastung der Beschäftigten** für die Altersvorsorge **mit einem Schlag um volle 4 Prozentpunkte erhöhen**, die sie anders als in der GRV **ohne Beteiligung der Arbeitgeber** komplett alleine tragen müssten. Zwar mag man einwenden, es sei letztlich egal, wer die Abgabe formal abführe, weil sich die ökonomische Lastverteilung unabhängig davon am Markt ergebe (JG 2023 Kasten 20). In diesem Fall könnte man allerdings auch vorschlagen, die Arbeitgeber sollten den Beitrag zur privaten Altersvorsorge oder ggf. den Zusatzbeitrag zum PVF II zu 100 Prozent für ihre Beschäftigten übernehmen. Zudem erscheint es nicht als konsistent, sich einerseits aus gesamtwirtschaftlicher Sicht Sorgen um den bis zum Jahr 2035 projizierten Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes um 6 bis 7 Prozentpunkte zu machen, um gleichzeitig eine sofortige Mehrbelastung von 4 Beitragspunkten bei der privaten Rente für unproblematisch zu halten.
171. Die von der Ratsmehrheit **getroffenen Renditeannahmen** im Rahmen der kapitalgedeckten Vorsorge von **5 % real nach Abzug von Kosten, sind optimistisch**. Der Verweis darauf, dass so etwas auf Basis der Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte mit entsprechenden globalen Anlageprodukten durchaus realistisch erscheine, ist problematisch. Denn diese Vergangenheit war von starkem weltwirtschaftlichem Wachstum und einem massiven Ausbau der globalen Kapitalmärkte mit entsprechenden Kursgewinnen geprägt. Ob sich das – bei übrigens weltweit alternden Gesellschaften und wahrscheinlich schwächer wachsenden Ökonomien – über die nächsten 50 Jahre wiederholen kann, ist absolut unvorhersehbar – genau das meinte auch John Maynard Keynes, als er von fundamentaler Unsicherheit sprach.

Hinzu kommen die **geopolitischen Risiken**, die durch die zoll- und bündnispolitischen Eskapaden eines Donald Trump aktuell besonders plastisch vor Augen geführt werden. Es ist schlicht nicht vorhersehbar, wie in 30 Jahren die globale Wirtschaftsordnung aussehen wird und ob darin noch die Möglichkeit eines Zugriffs auf internationale Kapitalanlagen gegeben sein wird. Ebenfalls ist unklar, ob die Entwicklungsländer in Zukunft ökonomisch stark genug sein werden, die finanziellen Ansprüche der gealterten Bevölkerung in den Industrieländern durch Exporte zu bedienen, oder ob sie falls ökonomisch und machtpolitisch erstarkt

dazu überhaupt bereit sein werden. **Gerade angesichts solcher Risiken wäre eine vorsichtigere Herangehensweise bezüglich der Kapitaldeckung und der Renditeannahmen angeraten gewesen.** Darüber hinaus gibt es weitere grundsätzliche Zweifel, ob eine systematische Entlastung der jüngeren Generation durch die Kapitaldeckung gelingen kann (Truger, 2025).

Stärkung der GRV und Fokussierung der SPV erforderlich

172. Reformen der Sozialversicherungen sollten die Belastungen aufgrund steigender Beitragssätze im Auge behalten und sie im Idealfall möglichst vermeiden. Dabei ist es jedoch nicht erforderlich zentrale Ziele der Sozialversicherung – in der GRV die Lebensstandardsicherung und in der SPV die Vermeidung eines Anstiegs der Hilfe-zur-Pflege-Quote – aufzugeben. **Die negativen gesamtwirtschaftlichen Wirkungen von Beitragssatzerhöhungen sind moderat und können durch eine wachstumsfördernde Wirtschaftspolitik und hohe öffentliche Investitionen bei weitem überkompensiert werden.**
173. **Die GRV sollte als zentrale Säule der Altersvorsorge gestärkt werden.** Das geht mit einem pragmatischen Bündel an Maßnahmen. Dazu gehört eine Mischung etwa aus mittel- bis langfristig höheren Beitragssätzen, einer stärkeren Steuerfinanzierung von beitragsfreien Leistungen, perspektivisch einer Erhöhung des faktischen Renteneintrittsalters, einer Steigerung der Erwerbstätigkeit, insbesondere von Frauen, der Einwanderung von Fachkräften sowie der Einbeziehung von bislang nicht abgesicherten Selbstständigen in die GRV (Truger, 2025).
174. Eine Reform der Pflegeversicherung sollte wieder auf deren ursprüngliches Ziel abstellen und einen weiteren Anstieg der Hilfe-zur-Pflege-Quote wirksam verhindern. Hierzu wäre eine Variante des von der Ratsmehrheit abgelehnten Sockel-Spitze-Tausches, d. h. eine Deckelung der Eigenanteile geeignet. Diese Maßnahme wäre mit hohen Kosten und entsprechend steigenden Beitragssätzen verbunden. Dies lässt sich jedoch vermeiden, wenn die Ausgabenseite der SPV im Sinne ihrer ursprünglichen Funktion refokussiert und gleichzeitig die Einnahmenseite der SPV über die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund sowie eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze gestärkt wird. ↘ ZIF-FERN 377 FF.

ANHANG

1. Grundlagen der Simulationen zur künftigen Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes

175. Langfristprojektionen machen intertemporale Zusammenhänge – Budgetrestriktionen, Generationenlasten, Pfadabhängigkeiten – unter expliziten Annahmen sichtbar und damit kritisierbar (Ochsner und Werding, 2026). Ihre Aussagen sind konditional: Sie zeigen, was unter bestimmten Annahmen konsistent folgt, und bemessen sich nicht an ihrer Treffgenauigkeit, sondern an der Transparenz und theoretischen Fundierung ihrer Prämissen. Bei allen in diesem Kapitel verwendeten Modellen handelt es sich um gesamtwirtschaftliche Modelle in sogenannter reduzierter Form. Das heißt, dass insbesondere Verhaltensanpassungen und makroökonomische Feedbacks der exogenen Entwicklungen nicht vollständig berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sollten daher nicht als punktgenaue Vorausschau gelesen werden, sondern als strukturierte Analyse von Richtungen und Größenordnungen – als Offenlegung von Zukunftsannahmen, die andernfalls implizit und unkontrolliert in politische Entscheidungen einfließen würden.
176. Die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung ist die amtliche, zwischen dem Statistischen Bundesamt und den Statistischen Ämtern der Länder abgestimmte Projektion der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Ländern bis zum Jahr 2070 (Statistisches Bundesamt, 2025). Sie umfasst insgesamt 27 Varianten, die unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Migration kombinieren. Werding et al. (2026) schreiben diese Entwicklung, gestützt auf die mittleren Annahmen zur Geburtenhäufigkeit (G2) und Lebenserwartung (L2) sowie ein mittleres Szenario aus Annahmen des Statistischen Bundesamts zur Wanderung (W1 und W2), bis zum Jahr 2080 fort.
177. Die Projektion des Produktionspotenzials, also desjenigen BIP-Niveaus, das die deutsche Wirtschaft erreichen kann, wenn Arbeit und Kapital normal ausgelastet sind (ohne konjunkturelle Über- oder Unterauslastung) basiert auf einer Cobb-Douglas-Produktionsfunktion (Ochsner et al., 2024). [↪ GLOSSAR](#) Dabei ergibt sich das Produktionspotenzial aus dem Zusammenspiel von (i) potenzieller Produktivität (Totale Faktorproduktivität), (ii) potenziellem Arbeitseinsatz (gemessen in Arbeitsstunden) und (iii) Kapitaleinsatz.

2. Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen

178. Sensitivitätsanalysen ordnen die Projektionsergebnisse des Basisszenarios zum Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz [↪ ZIFFERN 109 FF.](#) und zu den Bundeszuschüssen [↪ ZIFFER 111](#) ein. Dabei werden zentrale Annahmen zur demografischen Entwicklung, zum Wanderungssaldo, zur Erwerbslosenquote, zur Erwerbsquote

von Frauen und zur durchschnittlichen Jahresarbeitszeit aller Erwerbstätigen variiert.

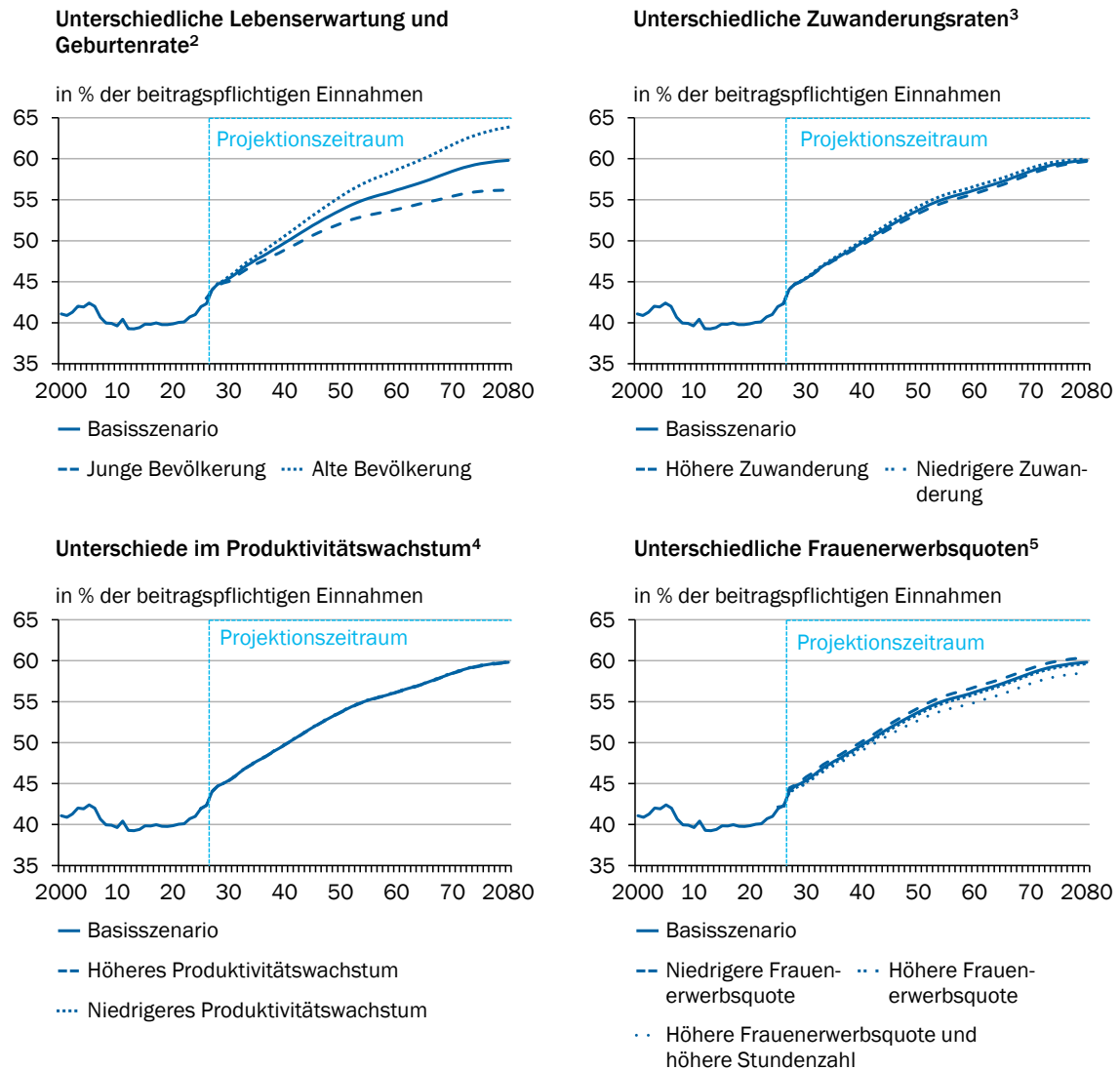
179. Für das Jahr 2030 zeigen Sensitivitätsanalysen zur Projektion des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes noch vergleichsweise geringe Abweichungen vom Basisszenario. [ABBILDUNG 40](#) Der Beitragssatz liegt zwischen 45,0 % bei einer günstigeren Altersstruktur („junge Bevölkerung“) und 45,7 % bei stärkerer Alterung. Unterschiede bei der Zuwanderung führen zu Werten von 45,3 % bei hoher Zuwanderung und 45,5 % bei niedriger Zuwanderung. Ein höherer Anstieg der Frauenerwerbsquote reduziert den Beitragssatz im Jahr 2030 auf 45,2 %, während eine moderatere Entwicklung der Frauenerwerbsquote ihn auf 45,8 % anhebt. Abweichungen im Produktivitätswachstum wirken sich kaum aus: der Beitragssatz liegt hier zwischen 45,3 % und 45,4 %.

Im Jahr 2040 treten die Unterschiede deutlicher hervor. Bei einer jüngeren Bevölkerungsstruktur beträgt der Beitragssatz 48,9 %, bei stärkerer Alterung hingegen 50,6 %. Die demografischen Annahmen bewirken damit eine Differenz von 1,7 Prozentpunkten. Unterschiede allein bei der Zuwanderung führen im Jahr 2040 zu 49,5 % bei hoher und 50,0 % bei niedriger Zuwanderung. Die Arbeitsmarktannahmen wirken ebenfalls substantiell: 49,5 % bei einer dynamischeren Entwicklung der Frauenerwerbsquote stehen 50,2 % bei stagnierender Frauenerwerbsquote gegenüber. Bei einem höheren Anstieg der Frauenerwerbsquote und gleichzeitiger Ausweitung der Arbeitsstunden könnte der Beitragssatz auf 49,1 % sinken. Zusätzliche Varianten zur Erwerbslosenquote deuten darauf hin, dass höhere Erwerbslosenquoten mit höheren projizierten Beitragssätzen einhergehen (Werding et al., 2026). Unterschiede im Produktivitätswachstum bleiben demgegenüber auch auf Dauer gering: der Beitragssatz liegt im Jahr 2040 bei 49,7 % bzw. 49,8 %.

180. Sensitivitätsanalysen zur Projektion der Bundeszuschüsse zeigen, dass sich dieses Ergebnis bei alternativen Annahmen nur in einem begrenzten Korridor verändert (Werding et al., 2026). Je nach demografischer Entwicklung, insbesondere bei der Zuwanderung, Erwerbslosigkeit, Frauenerwerbsbeteiligung und Produktivitätswachstum bewegen sich die Bundeszuschüsse im Jahr 2040 in einer Bandbreite von 3,9 % bis 4,1 % des BIP. Eine jüngere Bevölkerung sowie höhere Zuwanderung, geringere Erwerbslosigkeit oder eine stärkere Zunahme der Frauenerwerbsbeteiligung (in Personen und in Stunden) dämpfen den Anstieg leicht. Umgekehrt führen eine stärkere Alterung, niedrigere Zuwanderung, eine höhere Erwerbslosenquote oder eine konstante Frauenerwerbsbeteiligung zu einem etwas höheren Finanzierungsbedarf und damit zu höheren Beitragssätzen, die sich über den Beitragssatzfaktor in der GRV auch in höheren Bundeszuschüssen niederschlagen. Auch alternative Annahmen zum medizinisch-technischen Fortschritt verändern das Ergebnis nur in begrenztem Umfang. Insgesamt erweisen sich die Bundeszuschüsse im Jahr 2040 als vergleichsweise robust gegenüber plausiblen Parameteränderungen. Die strukturelle Aufwärtsbewegung bis zum Jahr 2040 wird damit primär von grundlegenden demografischen Trends getragen und nicht durch einzelne Modellannahmen bestimmt.

ABBILDUNG 40

Projizierte Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags unter alternativen Annahmen¹



1 – Angaben für GKV und SPV inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge bzw. Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl. 2 – Das Basisszenario legt Variante G2L2 der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde und unterstellt eine moderate Erholung der Fertilität sowie einen moderaten Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt bis zum Jahr 2070. Das Szenario „junge Bevölkerung“ basiert auf der Variante G3L1 und nimmt eine deutlich stärkere Zunahme der Fertilität bei gleichzeitig geringerem Anstieg der Lebenserwartung an. Das Szenario „alte Bevölkerung“ folgt G1L3 und unterstellt eine dauerhaft niedrige Fertilität bei stark steigender Lebenserwartung bis zum Jahr 2070. 3 – Im Basisszenario wird langfristig ein jährlicher Wanderungssaldo von 200 000 Personen unterstellt. In den Sensitivitätsanalysen wird jeweils ein um 100 000 Personen höherer bzw. niedrigerer Wanderungssaldo angenommen. 4 – Dem Basisszenario liegt eine langfristig konstante TFP-Wachstumsrate von 0,24 % pro Jahr zugrunde. Hieraus resultieren ein durchschnittliches Potentialwachstum von 0,7 % für die Jahre 2026 bis 2080 und von 0,5 % im Endjahr 2080. In den Sensitivitäts-szenarien wird die TFP-Wachstumsrate um jeweils 0,2 Prozentpunkte höher bzw. niedriger angesetzt. Daraus ergeben sich im Hochszenario (Niedrigszenario) durchschnittliche Potenzialwachstumsraten von 1,0 % (0,5 %) für die Jahre 2026 bis 2080 und von 0,8 % (0,2 %) im Endjahr 2080. Die Auswirkungen auf die Beitragssätze bleiben gering. 5 – Im Basisszenario steigt die Erwerbsquote von Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren von derzeit rund 93 % des Vergleichswerts gleichaltriger Männer bis zum Jahr 2060 auf 97,5 % und bleibt danach weitgehend konstant. Im Niedrigszenario verharrt sie bei 93 %, im Hochszenario steigt sie bis zum Jahr 2060 auf 99 %. In einem zusätzlichen Szenario nehmen die jährlichen Arbeitsstunden aller Erwerbspersonen bis zum Jahr 2060 um 5 % zu.

Quellen: BA, BMG, DRV, SIM.24, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-012-02

3. Methodische Ansätze zur Schätzung von Arbeitsangebotselastizitäten

181. Arbeitsangebotselastizitäten messen, wie stark Erwerbsbeteiligung und Arbeitszeit auf Änderungen des (Netto-)Lohns, z. B. durch Erhöhung der Sozialbeitragsbelastung, reagieren. Empirisch werden sie häufig mit strukturellen Haushaltsmodellen des Arbeitsangebots geschätzt, die Erwerbsbeteiligungs- und Stundenentscheidungen gemeinsam abbilden und die Identifikation vor allem aus den Knicken und Sprungstellen der Steuer- und Transfersysteme ableiten. Arbeitsangebotselastizitäten sind aufgrund unterschiedlicher Identifikationsansätze, Datengrundlagen und Modellannahmen nur eingeschränkt über Studien hinweg vergleichbar (Bargain et al., 2014; Bartels und Shupe, 2023).
182. Bargain et al. (2014) adressieren dieses Problem, indem sie einen einheitlichen, flexiblen Modellansatz staatenübergreifend anwenden und die Robustheit ihrer Ergebnisse systematisch über alternative Spezifikationen prüfen. Im Vergleich zu früheren Studien finden sie kleinere Elastizitäten und international eine geringere Spreizung der Eigenlohn-Elastizitäten. Neuere Studien nutzen häufiger quasi-experimentelle Reformvariationen oder Instrumenten Variablen-Strategien, um Erwerbsanreize kausal zu identifizieren. Sie berichten im Durchschnitt häufig kleine bis moderate Arbeitsangebotselastizitäten, wobei die Reaktionen stark heterogen ausfallen (Bartels und Shupe, 2023). Empirische Studien zur Schätzung der Arbeitsnachfrageelastizität variieren ebenfalls in ihren theoretischen Elastizitäten, empirischen Ansätzen und Datengrundlagen, was ihre Vergleichbarkeit einschränkt (Lichter et al., 2015).

LITERATUR

- Adam, S., D. Phillips und B. Roantree (2019), 35 years of reforms: A panel analysis of the incidence of, and employee and employer responses to, social security contributions in the UK, *Journal of Public Economics* 171, 29–50.
- Anderson, C.J. (2003), The psychology of doing nothing: Forms of decision avoidance result from reason and emotion, *Psychological Bulletin* 129 (1), 139–167.
- Auerbach, A.J. und D.R. Feenberg (2000), The significance of federal taxes as automatic stabilizers, *Journal of Economic Perspectives* 14 (3), 37–56.
- Bach, S. (2025), Investitionsbooster: Signal für den Wirtschaftsstandort, aber soziale Schieflage und unsichere Wachstumswirkungen – Stellungnahme zu Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes für ein steuerliches Investitionssofortprogramm zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland“ (BT-Drs. 21/323), Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gerechtigkeitslücken im Steuersystem schließen, Steuerbetrug wirksam bekämpfen und Einnahmehasis des Staates stärken“ (BT-Drs. 21/356), Öffentliche Anhörung im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Bach, S., H. Buslei, M. Harnisch und N. Isaak (2019), Ökosteuer-Einnahmen sorgen noch heute für niedrigere Rentenbeiträge und höhere Renten, *DIW Wochenbericht* 86 (13), 223–231.
- Baltagi, B.H. und F. Moscone (2010), Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data, *Economic Modelling* 27 (4), 804–811.
- Bargain, O., K. Orsini und A. Peichl (2014), Comparing labor supply elasticities in Europe and the United States: New results, *Journal of Human Resources* 49 (3), 723–838.
- Bartels, C. und C. Shupe (2023), Drivers of participation elasticities across Europe: Gender or earner role within the household?, *International Tax and Public Finance* 30 (1), 167–214.
- Bastani, S., Y. Moberg und H. Selin (2021), The anatomy of the extensive margin labor supply response, *Scandinavian Journal of Economics* 123 (1), 33–59.
- Bates, L.J. und R.E. Santerre (2013), Does the U.S. health care sector suffer from Baumol’s cost disease? Evidence from the 50 states, *Journal of Health Economics* 32 (2), 386–391.
- Blank, F., J. Domingues Semeano, S. Dullien, C. Logeay und U. Stein (2026), Stellschrauben und Scheinlösungen in der gesetzlichen Rentenversicherung: Simulationsergebnisse verschiedener Reformvorschläge und Arbeitsmarktentwicklungen, *IMK Policy Brief* 211, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Blömer, M. und A. Peichl (2020), Für wen lohnt sich Arbeit? Partizipationsbelastungen im deutschen Steuer-, Abgaben- und Transfersystem, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- BMG (2026), Versicherungsfremde Leistungen, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen>, abgerufen am 31.3.2026.
- BMGS (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Boysen-Hogrefe, J. (2025), Versicherungsfremde Leistungen in der Rentenversicherung vom Bundeszuschuss gedeckt, *Wirtschaftsdienst* 105 (10), 753–757.
- Bozio, A., T. Breda, J. Grenet und A. Guillouzouic (2025), Does tax-benefit linkage matter for the incidence of payroll taxes?, *Review of Economic Studies*, rda059.
- Bratan, T. et al. (2022), E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich, Studie zum deutschen Innovationssystem 12–2022, Fraunhofer ISI im Auftrag der Expertenkommission Forschung und Innovation, Berlin.
- Carloni, D. (2021), Revisiting the extent to which payroll taxes are passed through to employees, CBO Working Paper 2021–06, Congressional Budget Office, Washington, DC.
- Cockx, B. und S. Desiere (2024), Labour costs and the decision to hire the first employee, *European Economic Review* 170, 104859.

- Colombier, C. (2017), Drivers of health-care expenditure: What role does Baumol's cost disease play?, *Social Science Quarterly* 98 (5), 1603–1621.
- Currie, J. und B.C. Madrian (1999), Health, health insurance and the labor market, in: Ashenfelter, O.C. und D. Card (Hrsg.), *Handbook of Labor Economics, Handbook in Economics* 5, Bd. 3C, North-Holland, Amsterdam, 3309–3416.
- Dolls, M., C. Fuest und A. Peichl (2012), Automatic stabilizers and economic crisis: US vs. Europe, *Journal of Public Economics* 96 (3–4), 279–294.
- DRV Bund (2025), *Versichertenbericht 2025*, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
- DRV Bund (2024), *Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse 2023*, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
- EFI (2022), *Digitale Transformation im Gesundheitswesen*, in: EFI (Hrsg.), *Gutachten zu Forschung, Innovation und technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands 2022*, Expertenkommission Forschung und Innovation, Berlin, 96–105.
- Egger, P., D. Radulescu und N. Strecker (2013), Effective labor taxation and the international location of headquarters, *International Tax and Public Finance* 20 (4), 631–652.
- Egger, P. und D.M. Radulescu (2011), Labor taxation and foreign direct investment, *Scandinavian Journal of Economics* 113 (3), 603–636.
- Enders, A., D. Groll und N. Stähler (2020), Parity funding of health care contributions in Germany: A DSGE perspective, *German Economic Review* 21 (2), 217–233.
- Fullerton, D. und G.E. Metcalf (2002), Tax incidence, in: Auerbach, A.J. und M. Feldstein (Hrsg.), *Handbook of Public Economics, Handbook in Economics* 4, Bd. 4, North-Holland, Amsterdam, 1787–1872.
- Gechert, S., C. Paetz und P. Villanueva (2021), The macroeconomic effects of social security contributions and benefits, *Journal of Monetary Economics* 117, 571–584.
- Gertler, P. und J. Gruber (2002), Insuring consumption against illness, *American Economic Review* 92 (1), 51–70.
- Getzen, T.E. (2000), Health care is an individual necessity and a national luxury: Applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures, *Journal of Health Economics* 19 (2), 259–270.
- Gruber, J. (2022), *Public finance and public policy*, 7. Auflage, Worth Publishers, New York, NY.
- Gruber, J. (1997a), The consumption smoothing benefits of unemployment insurance, *American Economic Review* 87 (1), 192–205.
- Gruber, J. (1997b), The incidence of payroll taxation: Evidence from Chile, *Journal of Labor Economics* 15 (S3), S72–S101.
- Guo, A. (2024), Payroll tax incidence: Evidence from unemployment insurance, *Journal of Public Economics* 239, 105209.
- Guo, A. (2023), The effects of state business taxes on plant closures: Evidence from unemployment insurance taxation and multiestablishment firms, *Review of Economics and Statistics* 105 (3), 580–595.
- Guo, A. und M. Wallskog (2025), New employer payroll taxes and entrepreneurship, *Journal of Public Economics* 250, 105469.
- Hall, R.E. und C.I. Jones (2007), The value of life and the rise in health spending, *Quarterly Journal of Economics* 122 (1), 39–72.
- Hansson, Å. und K. Olofsdotter (2014), Labor taxation and FDI decisions in the European Union, *Open Economies Review* 25 (2), 263–287.
- Hartwig, J. (2008), What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited, *Journal of Health Economics* 27 (3), 603–623.
- Hayo, B. und M. Uhl (2017), Taxation and consumption: Evidence from a representative survey of the German population, *Applied Economics* 49 (53), 5477–5490.
- Hohendanner, C. und S. Kohaut (2025), *Tarifbindung und betriebliche Mitbestimmung: Keine Trendwende in Sicht*, <https://iab-forum.de/tarifbindung-und-betriebliche-mitbestimmung-keine-trendwende-in-sicht/>, abgerufen am 10.4.2026.
- Hüther, M., O. Thomas und P. Jochen (2025), *Steigende Sozialversicherungsbeiträge belasten die Wettbewerbsfähigkeit*, IW-Policy Paper 3/2025, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

- IAB (2026), Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht und Altersgruppen 1991-2024, Ergebnisse aus der IAB-Arbeitszeitrechnung nach Alter und Geschlecht (AZR AG), Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- IfW Kiel (2026), Wachstumseffekte und Wachstumshebel, Gutachten im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Kiel Institut für Weltwirtschaft, Forschungsgruppe Konjunktur und Wachstum, Kiel.
- Jacques, P., M.-L. Leroux und D. Stevanovic (2021), Poverty among the elderly: The role of public pension systems, *International Tax and Public Finance* 28 (1), 24–67.
- Johnston, A.C. (2021), Unemployment insurance taxes and labor demand: Quasi-experimental evidence from administrative data, *American Economic Journal: Economic Policy* 13 (1), 266–293.
- Kim, J., S. Kim und K. Koh (2022), Labor market institutions and the incidence of payroll taxation, *Journal of Public Economics* 209, 104646.
- Kleven, H., C. Landais, M. Muñoz und S. Stantcheva (2020), Taxation and migration: Evidence and policy implications, *Journal of Economic Perspectives* 34 (2), 119–142.
- Komamura, K. und A. Yamada (2004), Who bears the burden of social insurance? Evidence from Japanese health and long-term care insurance data, *Journal of the Japanese and International Economies* 18 (4), 565–581.
- Kramarz, F. und T. Philippon (2001), The impact of differential payroll tax subsidies on minimum wage employment, *Journal of Public Economics* 82 (1), 115–146.
- Lichter, A., A. Peichl und S. Sieglöcher (2015), The own-wage elasticity of labor demand: A meta-regression analysis, *European Economic Review* 80, 94–119.
- Lobel, F. (2024), Who benefits from payroll tax cuts? Market power, tax incidence and efficiency, mimeo.
- Malmendier, U., C. Schaffranka, M. Schwarz und M. Werding (2025), Neustart für die private Altersvorsorge: Ein renditestarkes Vorsorgedepot für Deutschland, SVR-Arbeitspapier 04/2025, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.
- Miller, S., N. Johnson und L.R. Wherry (2021), Medicaid and mortality: New evidence from linked survey and administrative data, *Quarterly Journal of Economics* 136 (3), 1783–1829.
- Müller, K.-U. und M. Neumann (2017), Who bears the burden of social security contributions in Germany? Evidence from 35 years of administrative data, *De Economist* 165 (2), 165–179.
- Muñoz, M. (2025), International trade responses to labor market regulations, *American Economic Review* 115 (11), 3675–3712.
- Neumann, M. (2017), Earnings responses to social security contributions, *Labour Economics* 49, 55–73.
- Newhouse, J.P. (1977), Medical-care expenditure: A cross-national survey, *Journal of Human Resources* 12 (1), 115–125.
- Ochmann, R. und M. Albrecht (2024), Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung: Szenarienbasierte Projektion bis zum Jahr 2035 für die DAK-Gesundheit, Kurzbericht für die DAK-Gesundheit, IGES Institut, Berlin.
- Ochmann, R., M. Albrecht und D. Sonnenberger (2025), Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung: Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035, Kurzbericht für die DAK-Gesundheit, IGES Institut, Berlin.
- Ochsner, C. (2026), The transmission of social insurance contribution rate shocks, mimeo.
- Ochsner, C., L. Other, E. Thiel und C. Zuber (2024), Demographic aging and long-run economic growth in Germany, SVR-Arbeitspapier 02/2024, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.
- Ochsner, C. und M. Werding (2026), Langfrist-Projektionen in der ökonomischen Politikberatung. Eine Einordnung, *Wirtschaftsdienst* 106, im Erscheinen.
- OECD (2026), Employment and unemployment by five-year age group and sex - indicators, [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_LFS%40DF_LF](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_LFS%40DF_LF), abgerufen am 13.4.2026.
- OECD (2025a), Taxing wages 2025: Decomposition of personal income taxes and the role of tax reliefs, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD (2025b), Taxing wages: Non-tax compulsory payments, Accompanying material for the Taxing Wages 2025 publication, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Rice, T. (2013), The behavioral economics of health and health care, *Annual Review of Public Health* 34, 431–447.

Saez, E., M. Matsaganis und P. Tsakoglou (2012), Earnings determination and taxes: Evidence from a cohort-based payroll tax reform in Greece, *Quarterly Journal of Economics* 127 (1), 493–533.

Saez, E., B. Schoefer und D. Seim (2019), Payroll taxes, firm behavior, and rent sharing: Evidence from a young workers' tax cut in Sweden, *American Economic Review* 109 (5), 1717–1763.

Schulten, T. (2025), Tarifpolitischer Jahresbericht 2024: Anhaltend hohe Tarifabschlüsse trotz rückläufiger Inflationsraten, *Berichte zur Tarifpolitik 2024*, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Statistisches Bundesamt (2026), Verteilung der Bruttomonatsverdienste von Vollzeitbeschäftigten im April 2025, https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/_Grafik/_Interaktiv/verteilung-bruttomonatsverdienste-vollzeitbeschaeftigung.html, abgerufen am 10.4.2026.

Statistisches Bundesamt (2025), 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/annahmen_ergebnisse_16te_kBv.html, abgerufen am 10.4.2026.

Truger, A. (2025), Ausbau der privaten kapitalgedeckten Rente: Mogelpackung mit großen Risiken, *Vierteljahreshefte zur Arbeits- und Wirtschaftsforschung* 2 (3), 392–397.

Werding, M. et al. (2026), Alterungsschub und Sozialbeiträge: Simulationen zu GKV und Pflegeversicherung, SVR-Arbeitspapier, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Berlin, im Erscheinen.

3

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: AUSGABENANSTIEG DÄMPFEN, EINNAHMEN STABILISIEREN

I. Einleitung

II. Das Gesundheitssystem in Deutschland

1. Gesetzliche Krankenversicherung
2. Private Krankenversicherungen
3. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

III. Gesundheitsausgaben in Deutschland und ihre Treiber

1. Allgemeine Treiber der Gesundheitsausgaben
2. Spezifische Ausgabentreiber in der GKV

IV. Beitragssatzentwicklung im Status Quo

V. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung

1. Gesundheitskosten effektiver steuern
2. Finanzierung neu kalibrieren

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

- ↘ Deutschland erzielt trotz überdurchschnittlicher Gesundheitsausgaben im EU- und OECD-Vergleich lediglich durchschnittliche Gesundheitsergebnisse.
- ↘ Die GKV-Beitragssätze werden ausgabenseitig durch die demografische Alterung, gesundheitsschädliches Konsumverhalten und den medizinisch-technischen Fortschritt getrieben, während die beitragspflichtige Einnahmenbasis langsamer wächst.
- ↘ Um den zukünftigen Anstieg des Beitragssatzes zur GKV zu dämpfen, sind insbesondere Reformen zur effektiveren Ausgabensteuerung in der stationären Versorgung sowie bei Arzneimitteln geeignet.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland dient der Absicherung im Krankheitsfall. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der rund 90 % der Bevölkerung versichert sind, erfolgt dies durch eine solidarische Finanzierung im Umlageverfahren nach dem Sachleistungsprinzip. Neben der GKV besteht für Personengruppen mit Versicherungsfreiheit die Möglichkeit einer Versicherung in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung (PKV), die einkommensunabhängige, am Gesundheitsstatus orientierte Beiträge erhebt. Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP gehören in Deutschland im OECD-Vergleich zu den höchsten. Gleichzeitig liegt Deutschland bei zentralen Gesundheitsindikatoren lediglich im Mittelfeld.

Seit dem Jahr 2005 sind die Ausgaben der GKV deutlich schneller gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen, die die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur GKV darstellen. In der Folge ist der durchschnittliche Beitragssatz von 14,2 % im Jahr 2005 auf 17,5 % im Jahr 2026 gestiegen und dürfte bis zum Jahr 2040 weiter auf 19,8 % ansteigen. Der Anstieg der Ausgaben der GKV lässt sich zum einen durch allgemeine, auch in anderen Ländern wirkende Faktoren erklären. Dazu zählen die demografische Alterung, das Einkommenswachstum und die Verbreitung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, der neue Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Zum anderen wird der Anstieg der GKV-Ausgaben durch systembedingte Ausgabentreiber geprägt, die sich vor allem bei Krankenhausbehandlungen und Arzneimitteln zeigen.

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in der GKV kann durch eine verbesserte Ausgabensteuerung gedämpft werden. Im Krankenhausbereich bieten Reformen hin zu mehr Spezialisierung, klar überprüfbaren Qualitätsvorgaben und einer geringeren Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen erhebliche Effizienzpotenziale. Die wenig ausgeprägte Gesundheitsprävention in Deutschland könnte durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel gestärkt werden. Höhere Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen durch die Versicherten reduzieren können.

Die Stabilisierung der GKV erfordert in erster Linie eine Begrenzung der Ausgabensteigerung. Reformen auf der Einnahmenseite können hierzu ergänzend beitragen. Die Belastung der GKV durch nicht beitragsgedeckte Leistungen ließe sich durch höhere Bundeszuschüsse oder durch eine Begrenzung solcher Leistungen verringern. Hierzu kann etwa eine Reform der beitragsfreien Mitversicherung beitragen, da sie die GKV entlasten und zugleich die Erwerbsanreize von Zweitverdienenden stärken könnte.

I. EINLEITUNG

183. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland dient dazu, die finanziellen Folgen von Erkrankungen abzusichern. Es soll einen verlässlichen Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung sichern und vor einer finanziellen Überlastung durch Behandlungskosten schützen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der etwa 90 % der Bevölkerung versichert sind, erfolgt die Finanzierung mit einkommensabhängigen Beiträgen im Umlageverfahren und die Leistungserbringung nach dem Sachleistungsprinzip: Die Leistungen sind dabei unabhängig von der Beitragshöhe sowie dem individuellem Krankheitsrisiko und gehen nur mit geringen Kostenbeteiligungen einher. ↘ ZIFFERN 189 FF. Neben der GKV werden private Zusatzversicherungen für Leistungen angeboten, die durch die GKV nicht oder nur teilweise abgedeckt sind, sowie die substitutive Private Krankenversicherung (PKV) für Personengruppen ohne Versicherungspflicht in der GKV, etwa Selbständige. ↘ ZIFFERN 203 FF. Die PKV erhebt einkommensunabhängige Beiträge, die sich am individuellen Gesundheitsstatus orientieren, und sieht häufig Selbstbeteiligungen vor. Zudem erfolgt die Finanzierung im Kapitaldeckungsverfahren. ↘ ZIFFER 205

184. Sowohl die Höhe als auch die Art der Finanzierung von Gesundheitsausgaben variieren international erheblich. ↘ ZIFFERN 210 FF. Konzeptionell lassen sich zwei grundlegende Finanzierungsmodelle für Gesundheitsausgaben unterscheiden: zum einen eine Finanzierung überwiegend aus allgemeinen Steuermitteln, zum anderen eine Finanzierung überwiegend durch zweckgebundene Beiträge, bis hin zu einkommensunabhängigen Prämien, der Versicherten. ↘ ZIFFERN 211 FF. Beide Modelle haben unterschiedliche Auswirkungen auf Erwerbsanreize und gehen zudem mit verschiedenen Lenkungs- und Steuerungswirkungen auf Versicherte und Leistungserbringer einher. **Das deutsche Gesundheitssystem weist in der GKV eine Beitragsfinanzierung mit Elementen einer Finanzierung aus Steuermitteln auf, in der PKV eine Finanzierung über Prämien der Versicherten.**

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland zählen mit 11,7 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) zu den höchsten im OECD-Vergleich. ↘ ZIFFER 210 Trotz dieser überdurchschnittlichen Ausgaben liegt Deutschland bei zentralen Gesundheitsindikatoren, wie der Lebenserwartung oder der subjektiven Gesundheitseinschätzung, lediglich im Bereich des OECD-Durchschnitts, was auf eine geringe Versorgungseffizienz hindeutet. ↘ ZIFFER 215

185. **Die Ausgaben in der GKV sind zwischen dem Jahr 2005 und dem Jahr 2025 preisbereinigt um knapp 64 % gestiegen.** ↘ ZIFFER 193 Im selben Zeitraum sind die beitragspflichtigen Einnahmen, die die Bemessungsgrundlage für die GKV-Beiträge darstellen, preisbereinigt lediglich um knapp 31 % angestiegen. Zur Deckung der Ausgaben wurde der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV daher im selben Zeitraum von 14,2 % auf 17,1 % erhöht. ↘ ZIFFER 195 Im Jahr 2026 dürfte der durchschnittliche Beitragssatz auf 17,5 % steigen. Die Beitragssatzerhöhungen zur GKV haben somit wesentlich zum Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitrags beigetragen. ↘ ZIFFER 106 **Unter dem geltenden Recht ist in**

der GKV aufgrund einer weiterhin nur langsam wachsenden Beitragsbasis bei steigenden Ausgaben mit einem weiteren Anstieg des Beitragssatzes auf 19,8 % bis zum Jahr 2040 zu rechnen. Dieser Anstieg erhöht die Lohnnebenkosten, dämpft die verfügbaren Einkommen und damit den privaten Konsum. Zudem wirkt er über Verhaltensanpassungen von Haushalten und Unternehmen auf Arbeitsangebot sowie -nachfrage, Investitionen und die preisliche Wettbewerbsfähigkeit deutscher Exportgüter auf dem Weltmarkt. [↘ ZIFFERN 113 FF.](#)

186. Der Anstieg der Ausgaben der GKV lässt sich durch verschiedene Faktoren erklären. Dazu zählen zum einen allgemeine, auch in anderen Ländern wirkende Faktoren, wie die **demografische Alterung**, [↘ ZIFFER 217](#) die Zunahme des Wohlstandes [↘ ZIFFER 218](#) und die Verbreitung **gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen**, [↘ ZIFFER 219](#) die die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen. Hinzu kommt der **medizinisch-technische Fortschritt**, [↘ ZIFFERN 221 F.](#) der neue, häufig hoch spezialisierte Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Die Bedeutung dieser Faktoren variiert zwischen Ländern und kann damit einen Teil der Unterschiede in der Ausgabenentwicklung erklären.

Zum anderen wird die Ausgabenentwicklung der GKV durch spezifische **Ausgabentreiber** bestimmt, die aus der Organisation des deutschen Gesundheitswesens resultieren. Der größte Teil des Ausgabenanstiegs seit dem Jahr 2004 entfällt auf die Bereiche **Krankenhausbehandlungen** [↘ ZIFFERN 224 FF.](#) und **Arzneimittel**. [↘ ZIFFERN 232 F.](#) Das Vergütungssystem für Krankenhausbehandlungen begünstigt hohe stationäre Fallzahlen und die Aufrechterhaltung einer Vielzahl nicht spezialisierter Kliniken, denen keine entsprechende Nachfrage gegenübersteht. [↘ ZIFFERN 224 FF.](#) Bei Arzneimitteln steigen die Ausgaben, weil sich die Erstattungsbeträge für hochpreisige, patentgeschützte Arzneimittel nicht konsequent am therapeutischen Zusatznutzen orientieren. [↘ ZIFFER 233](#)

187. **Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in der GKV könnte durch eine verbesserte Ausgabensteuerung gedämpft werden.** Die im europäischen Vergleich schwach ausgeprägte Gesundheitsprävention in Deutschland könnte durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel gestärkt werden. Informationsbasierte Präventionsansätze stoßen häufig an Grenzen, weil sie sozial ungleich genutzt werden und verhaltensökonomische Hürden wie Gewohnheiten, Gegenwartspräferenz und begrenzte Selbstkontrolle nur unzureichend adressieren. [↘ ZIFFERN 239 FF.](#) Preissignale durch Steuern oder Mindestpreise könnten demgegenüber eine höhere Lenkungswirkung entfalten. Höhere allgemeine Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen der Versicherten reduzieren können. [↘ ZIFFERN 244 FF.](#) Im Krankenhausbereich bieten Reformen hin zu mehr Spezialisierung, klar überprüfbaren Qualitätsvorgaben und einer geringeren Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen erhebliche Effizienzpotenziale. [↘ ZIFFERN 250 FF.](#) Schließlich könnte der Anstieg der Arzneimittelausgaben gedämpft werden, indem die

Bepreisung innovativer Arzneimittel konsequent am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet wird. [↪ ZIFFER 256](#)

188. Die Stabilisierung der GKV erfordert in erster Linie eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs. **Einnahmenseitige Reformen können hierzu ergänzend beitragen, ersetzen jedoch keine strukturellen Anpassungen auf der Ausgabenseite.** Die Belastung der GKV durch nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) könnte entweder durch eine Erhöhung der Bundeszuschüsse oder eine Verringerung dieser Leistungen reduziert werden. [↪ ZIFFER 258](#) Hierzu kann auch eine Reform der beitragsfreien Mitversicherung beitragen, da diese die Erwerbsanreize von Zweitverdienenden erhöhen würde. [↪ ZIFFER 259](#) Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte die Finanzierung der GKV stärken, zugleich jedoch Ausweichreaktionen in die PKV auslösen. Durch eine Anhebung der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht in der GKV oder die Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten könnte die Finanzierung der GKV mithilfe einkommensstarker und im Durchschnitt gesünderer Versicherter gestärkt werden. [↪ ZIF-FERN 262 F.](#)

II. DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

1. Gesetzliche Krankenversicherung

189. Die GKV ist als Krankenvollversicherung ausgestaltet und umfasst sowohl pflichtversicherte als auch freiwillig versicherte Personen. [↪ PLUSTEXT 9](#) **Aktuell sind mit rund 75 Millionen Versicherten knapp 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert** (GKV-Spitzenverband, 2026a). Kinder und nicht erwerbstätige bzw. geringfügig beschäftigte Ehepartner können im Rahmen einer Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden. Im Jahr 2023 waren rund 16,8 Millionen Personen beitragsfrei mitversichert (Statistisches Bundesamt, 2025a).



[↪ PLUSTEXT 9](#)

Hintergrund: Pflichtversicherung in der GKV und Versicherungsfreiheit

Pflichtversichert in der GKV sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sofern ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG, 77 400 Euro im Jahr 2026) nicht überschreitet. Ebenso pflichtversichert sind Auszubildende und Studierende, solange sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Rentnerinnen und Rentner sind pflichtversichert, wenn sie eine gesetzliche Rente beziehen und die sog. Vorversicherungszeit erfüllen, d. h. in mindestens 90 % der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied der GKV waren. Schließlich sind auch Beziehende von Sozialleistungen und bestimmte Selbständige, wie Künstler und Publizisten, pflichtversichert.

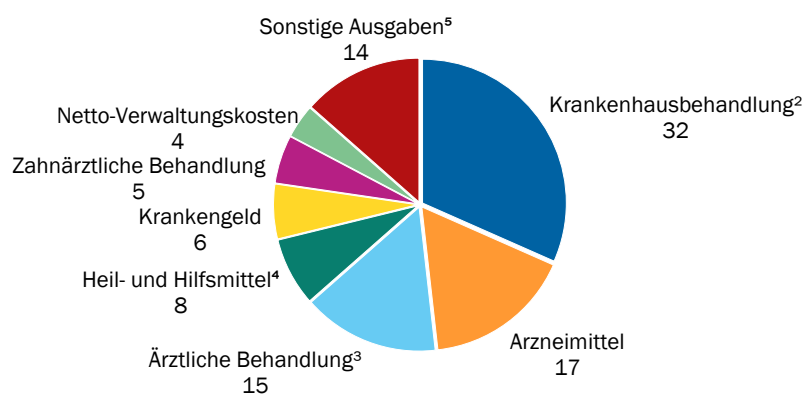
Versicherungsfreiheit besteht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei Überschreiten der JAEG, für Selbständige ohne Versicherungspflicht, für Beamtinnen und Beamte sowie für Rentnerinnen und Rentner, die die Voraussetzungen für

die Pflichtversicherung nicht erfüllen. Für rund 23 % der Bevölkerung besteht Versicherungsfreiheit (Werbeck et al., 2021), wobei sich knapp mehr als die Hälfte dieser Personen für die PKV statt für eine freiwillige Versicherung in der GKV entscheiden. Auch bei Versicherungsfreiheit besteht seit dem Jahr 2009 die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Nach Daten des Statistischen Bundesamts waren im Jahr 2023 in Deutschland rund 72 000 Menschen (weniger als 0,1 % der Bevölkerung) nicht durch eine Krankenversicherung oder sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung abgesichert (Statistisches Bundesamt, 2025b).

190. Die Aufgaben der GKV werden durch gesetzliche Krankenkassen in Selbstverwaltung wahrgenommen. Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und führen die ihnen zugewiesenen Aufgaben eigenverantwortlich unter Rechtsaufsicht des Bundes und der Länder durch. **Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich im Zeitverlauf aufgrund eines gestiegenen Wettbewerbs stark verringert.** Während es im Jahr 1990 noch 1 147 Krankenkassen gab, waren es im Jahr 2026 nur noch 93 (GKV-Spitzenverband, 2026a).
191. **Versicherte der GKV haben Anspruch auf eine ausreichende, dem medizinischen Bedarf entsprechende und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft gemäße Krankenbehandlung,** die durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt wird (SGB V). Hierbei gelten das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip (GKV-Spitzenverband, 2026b). Das **Solidaritätsprinzip** gewährleistet, dass alle Versicherten unabhängig von ihrer Beitragshöhe und ihrem Krankheitsrisiko Leistungen der GKV erhalten. Das **Sachleistungsprinzip** stellt die Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der

▸ ABBILDUNG 41

GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen im Jahr 2025¹
Anteil an den Ausgaben in %



1 – Vorläufige Ergebnisse. 2 – Stationäre Versorgung einschließlich aller im Krankenhaus erbrachten ärztlichen und pflegerischen Leistungen inklusive Pflegepersonalkosten. 3 – Ambulante Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie bestimmte sektorenübergreifende Leistungen in der integrierten Versorgung, Hochschulambulanzen oder Belegarztbehandlungen. 4 – Heilmittel sind nichtärztliche therapeutische Leistungen wie etwa Physiotherapie. Hilfsmittel sind sächliche medizinische Produkte wie zum Beispiel Rollstühle. 5 – Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege, Fahrkosten, Früherkennungsmaßnahmen, Reha und Vorsorge, Schutzimpfungen, Schwangerschaft/Mutterschaft und sonstige Aufwendungen.

Quellen: BMG, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-061-01

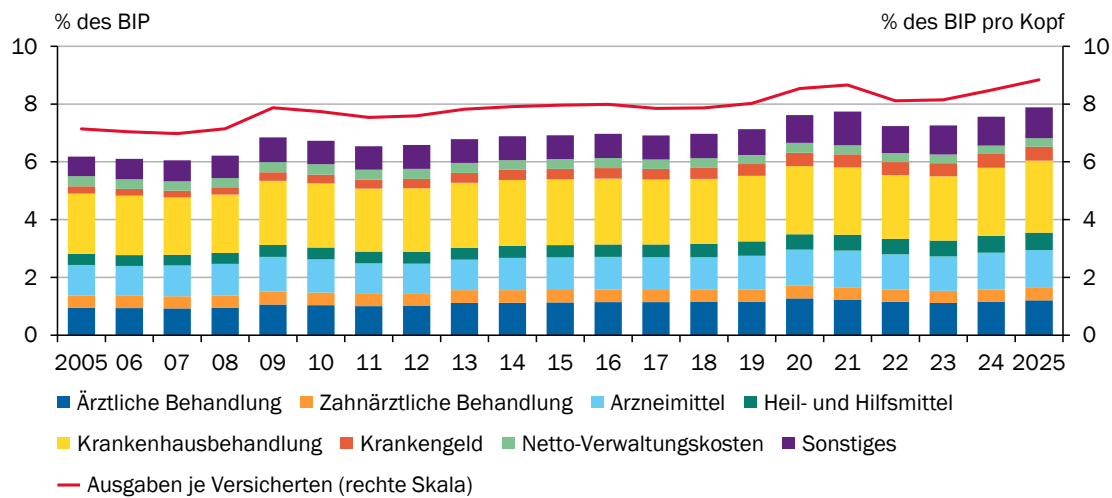
Versicherten sicher. Der Leistungsanspruch von Versicherten in der GKV ist nicht im Detail gesetzlich geregelt, sondern wird im Rahmen der Selbstverwaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt (BMG, 2026a). Der G-BA besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringer. Er konkretisiert den Leistungsumfang in verbindlichen Richtlinien und entscheidet über die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Bewertung von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

192. Die Ausgaben der GKV beliefen sich im Jahr 2025 auf rund 352 Mrd Euro. **Mit 32 % entfällt der größte Teil der Ausgaben auf Krankenhausbehandlungen, gefolgt von Arzneimitteln (17 %) und ärztlichen Behandlungen (15 %).** [↪ ABBILDUNG 41](#) Ein relativ geringer Anteil der Ausgaben entfällt auf Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen. So machten Rehabilitation, Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen nur knapp 2,3 % der Ausgaben der GKV im Jahr 2025 aus.

193. **Die Ausgaben der GKV je Versicherten sind im Zeitraum von 2005 bis 2025 jährlich preisbereinigt um knapp 2,2 % gestiegen**, wobei sich der Ausgabenanstieg zwischen den einzelnen Leistungsbereichen deutlich unterscheidet. [↪ ZIFFER 223](#) Gemessen am BIP pro Kopf haben sich die Ausgaben je Versicherten von rund 7,1 % im Jahr 2005 auf rund 8,8 % im Jahr 2025 erhöht. [↪ ABBILDUNG 42](#) Dies deutet darauf hin, dass die Ausgaben je Versicherten stärker gestiegen sind als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit tendenziell zu einem steigenden Finanzierungsdruck in der GKV beitragen.

194. Die Finanzierung der GKV erfolgt im **Umlageverfahren** überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge, die von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. von Rentenbeziehenden und Gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) jeweils überwiegend paritätisch getragen

[↪ ABBILDUNG 42](#)
Entwicklung der GKV-Ausgaben



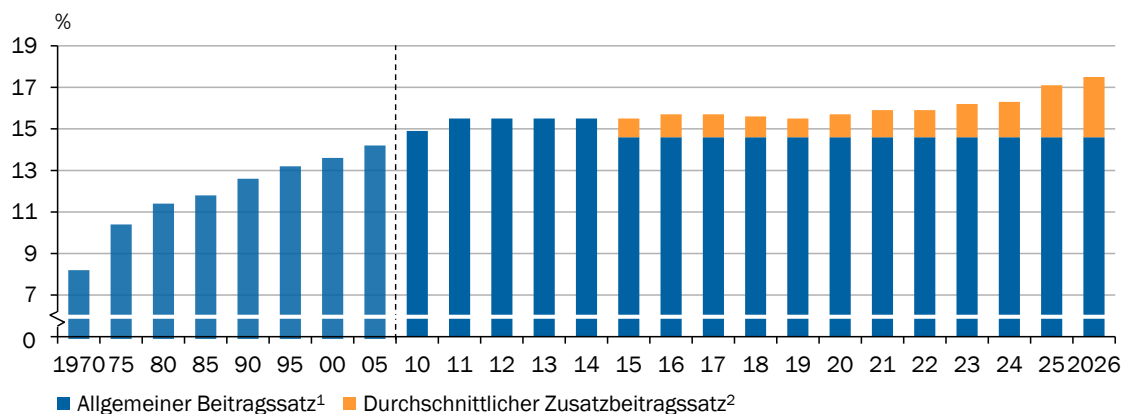
Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt
© Sachverständigenrat | 26-114-01

werden, sowie durch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse. Die Einnahmen der GKV werden seit dem Jahr 2009 im sog. Gesundheitsfonds als Sondervermögen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet. Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur GKV ist das beitragspflichtige jährliche Bruttoarbeitslohn bis zu jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze (BBG, 69 750 Euro im Jahr 2026) bzw. die gesetzliche Rente und gegebenenfalls weitere Alterseinkommen. Für freiwillig GKV-Versicherte werden alle Einkommensarten bis zur BBG herangezogen.

195. Der **Beitragssatz zur GKV** setzt sich aus dem allgemeinen Beitragssatz und einem kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz zusammen und wird paritätisch durch Arbeitgeber und Versicherte finanziert. [↘ PLUSTEXT 10](#) Krankenkassen erheben einen Zusatzbeitrag, um ihren Finanzbedarf jenseits der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken. In den vergangenen Jahrzehnten ist die Bemessungsgrundlage der Beiträge, die sog. beitragspflichtigen Einnahmen, deutlich langsamer gewachsen als die Ausgaben der GKV. Im Zeitraum von 2005 bis 2025 sind die beitragspflichtigen Einnahmen preisbereinigt um knapp 1,3 % jährlich gestiegen, während sich die Ausgaben der GKV preisbereinigt um jährlich 2,5 % erhöht haben. Aufgrund dieser auseinanderlaufenden Entwicklung wurde der **Beitragssatz der GKV in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erhöht** und dürfte im Jahr 2026 durchschnittlich 17,5 % betragen. [↘ ABBILDUNG 43](#) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist von 0,9 % im Jahr 2015 auf 2,9 % im Jahr 2026 gestiegen. [↘ ABBILDUNG 43](#) Die Höhe der Zusatzbeitragssätze unterscheidet sich deutlich zwischen den Krankenkassen und liegt für das Jahr 2026 zwischen 2,18 % und 4,39 %.

↘ ABBILDUNG 43

Entwicklung des Beitragssatzes zur GKV



1 – Zwischen den Jahren 2005 und 2014 einschließlich des GKV-Sonderbeitrags von 0,9 %, der allein von den Versicherten zu tragen war. Zwischen den Jahren 2010 und 2014 ohne Berücksichtigung einkommensunabhängiger monatlicher Zusatzbeiträge. 2 – Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine rein statistische Größe und entspricht ungefähr dem Prozentsatz, der aus den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV eine gegebenenfalls bestehende Finanzierungslücke schließen würde. Er bildet also nicht den Durchschnitt aller kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Der Zusatzbeitrag wurde bis zum Jahr 2019 allein von den Versicherten getragen, ab dem Jahr 2019 wird er paritätisch durch die Versicherten und die Arbeitgeber getragen.

Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
© Sachverständigenrat | 26-003-01



➤ PLUSTEXT 10

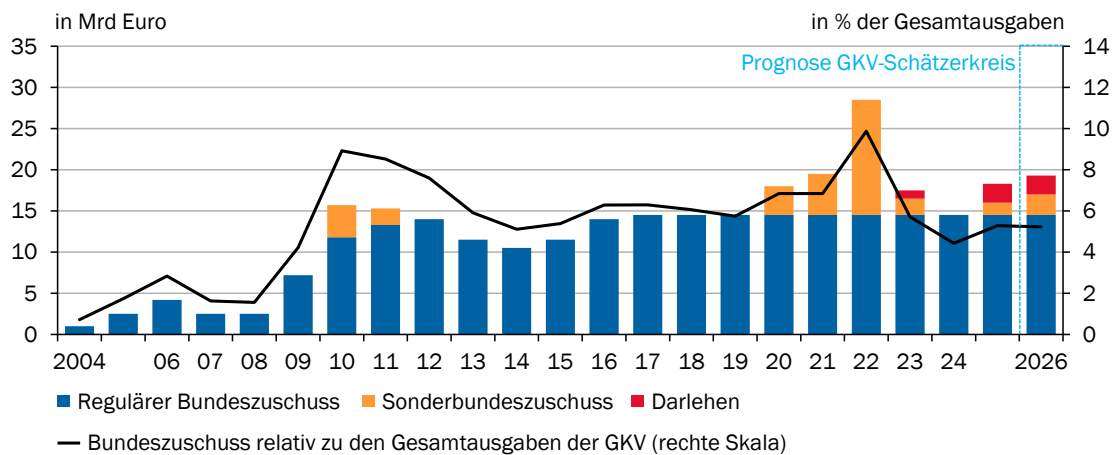
Finanzierung von Sonder- und Zusatzbeitrag

Historisch wurden die Beiträge in der GKV paritätisch von Arbeitgebern und Versicherten finanziert. Dies wurde im Jahr 2005 durch die Einführung eines sog. Sonderbeitragssatzes in Höhe von 0,9 Prozentpunkten durchbrochen, der allein von den Versicherten zu tragen war und bis Ende des Jahres 2014 Bestand hatte. Ab dem Jahr 2009 konnten die Krankenkassen zusätzlich absolut bemessene und damit einkommensunabhängige monatliche Zusatzbeiträge erheben oder Abschläge gewähren. Das Ziel war, Unterschiede in der Höhe der Krankenversicherungsbeiträge zwischen Krankenkassen transparenter abzubilden, um auf diese Weise den Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen zu intensivieren. Seit dem Jahr 2015 entfällt sowohl der Sonderbeitragssatz als auch der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag. Stattdessen wurde der allgemeine Beitragssatz von 15,5 % auf 14,6 % gesenkt und die Möglichkeit eines kassenspezifischen, einkommensabhängigen Zusatzbeitrags geschaffen. Dieser Zusatzbeitrag wurde bis Ende des Jahres 2018 allein von den Versicherten getragen, seitdem jedoch ebenfalls paritätisch geteilt.

- 196. Neben den einkommensabhängigen Beitragseinnahmen gibt es seit dem Jahr 2004 einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss, der zur pauschalen Deckung sog. **nicht beitragsgedeckter Leistungen** (NBL) dienen soll. Mangels einer rechtlichen Definition ist das tatsächliche Ausgabenvolumen für NBL in der GKV nicht genau bestimmbar. Nach den meisten Schätzungen liegt es jedoch deutlich über dem geleisteten Bundeszuschuss (BRH, 2021; Albrecht und Ochmann, 2025). ➤ KASTEN 10 Aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung dieser Leistungen kommt es somit zu einer Überwälzung der Ausgaben vom Bundeshaushalt auf die Versicherten der GKV. Der Bundeszuschuss wurde mehrfach zur temporären finanziellen Konsolidierung der GKV oder des Bundeshaushalts angepasst. ➤ ABBILDUNG 44 Seit dem Jahr 2017 beträgt der reguläre Bundeszuschuss 14,5 Mrd Euro. Während der Corona-Pandemie wurde dieser Zuschuss um einen Sonderbundes-

➤ ABBILDUNG 44

Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV



Quellen: BAS, BMG, Bundesrechnungshof, GKV-Schätzerkreis, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-042-01

zuschuss ergänzt und zur Stabilisierung des Beitragssatzes zuletzt durch ein Darlehen aufgestockt. Insgesamt ist der Anteil des Bundeszuschusses an den Gesamtausgaben der GKV in den vergangenen Jahren, mit Ausnahme der Corona-Pandemie, rückläufig und beträgt im Jahr 2026 voraussichtlich rund 5,2 % der Gesamtausgaben.

➤ KASTEN 10

Hintergrund: Nicht beitragsgedeckte Leistungen in der GKV

Nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL), auch versicherungsfremde Leistungen genannt, sind in der GKV nicht eindeutig definiert. Das BMG (2026a) definiert versicherungsfremde Leistungen als „medizinische Leistungen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind“. Es zählt hierzu unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehepartnern sowie Kindern, Leistungen rund um Schwangerschaft und Mutterschaft, Kinderkrankengeld oder auch die Förderung von Forschungsvorhaben zur innovativen medizinischen Versorgung (BMG, 2026b). Verschiedene Studien schätzen die Höhe von NBL in der GKV auf bis zu 60 Mrd Euro jährlich (BRH, 2021; Berndt et al., 2024; Albrecht und Ochmann, 2025).

In den meisten Studien wird die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern als NBL klassifiziert und stellt deren größten Posten dar. Die Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner beliefen sich nach Schätzungen in den Jahren 2022 und 2023 auf 9,4 bzw. 9,7 Mrd Euro und für beitragsfrei mitversicherte Kinder auf 23,3 bzw. 23,6 Mrd Euro (Berndt et al., 2024; Albrecht und Ochmann, 2025). Ältere Schätzungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Greß und Stegmüller, 2014; GKV-Spitzenverband, 2018). Bei der Klassifikation dieser Ausgaben als NBL ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Kindererziehung im Umlageverfahren der GKV eine konstitutive Rolle spielen. Kinder sind zukünftige Beitragszahler und sichern damit die Funktionsfähigkeit des Systems. Ihre beitragsfreie Mitversicherung (sowie jene kindererziehender Ehepartnerinnen und Ehepartner) kann daher auch als systemimmanentes Element des Umlageverfahrens interpretiert werden (Albrecht und Ochmann, 2025).

Ausgaben der GKV für Grundsicherungsgeldbeziehende werden in der Regel ebenfalls als NBL gewertet. Als nicht beitragsgedeckt kann die Differenz zwischen den vom Bund für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlten GKV-Pauschalbeiträgen (133 Euro pro Monat) und den tatsächlichen Ausgaben gewertet werden. Diese Differenz betrug für das Jahr 2022 5,8 Mrd Euro (bzw. 9,2 Mrd Euro, wenn Ausgaben für familienversicherte Angehörige hinzugerechnet werden (Albrecht und Ochmann, 2025)). Alternativ kann lediglich die Lücke zwischen der staatlichen Pauschale und dem hypothetischen GKV-Beitrag, der sich bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds ergibt, als nicht beitragsgedeckt betrachtet werden. Albrecht und Ochmann (2025) kommen so auf einen hypothetischen monatlichen GKV-Beitrag von rund 221 Euro, der deutlich über der aktuell gezahlten Pauschale von 133 Euro liegt. Gemäß dieser Berechnung ergibt sich, ohne Berücksichtigung familienversicherter Familienangehöriger, ein Volumen der NBL für Grundsicherungsgeldbeziehende von 4,2 Mrd Euro pro Jahr.

Die indirekte Mitfinanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die GKV-finanzierte Vergütung von Krankenhausleistungen wird ebenfalls häufig als NBL qualifiziert. Nach den im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankerten Regeln der dualen Finanzierung sollten diese Ausgaben von den Ländern getragen werden. Seit vielen Jahren ergibt sich jedoch eine Differenz zwischen dem tatsächlichen Bedarf und der dafür vorgesehenen Länderförderung. Diese Förderlücke wird für das Jahr 2022 auf 2,5 bis 4,5 Mrd Euro geschätzt und durch die Krankenhausvergütungen indirekt durch die GKV übernommen (KH-Regierungskommission, 2025).

Zur systematischen Einordnung schlagen Albrecht und Ochmann (2025) eine Klassifikation vor, nach der Leistungen als nicht beitragsgedeckt gelten, wenn sie nicht durch die Versicherungsgemeinschaft verursacht werden (Personenbezug), nicht dem Versicherungszweck zuzuordnen sind (Leistungsbezug) oder (teilweise) außerhalb der Versicherungsgemeinschaft wirken (Wirkungsbereich). Auf dieser Grundlage schätzen sie 21,7 Mrd Euro als „begründbar“ und weitere 35,9 Mrd Euro als „teilweise begründbar“ nicht beitragsgedeckt ein. [TABELLE 10](#) Ohne Berücksichtigung der in den Zuständigkeitsbereich der Länder fallenden Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen, ergäbe sich somit eine Unterdeckung des Bundeszuschusses von rund 4 bis 40 Mrd Euro.

[TABELLE 10](#)

Klassifizierung potenzieller nicht beitragsgedeckter Leistungen für das Jahr 2024 nach Albrecht und Ochmann (2025)¹

	Mio Euro
„Begründbar“ nicht beitragsgedeckt	
Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner (inkl. Verwaltungskosten)	11 353
Beitragsreduzierung für erwerbsfähige Grundsicherungsgeldbeziehende ²	4 200
Indirekte Mitfinanzierung von Krankenhausinvestitionen	3 430
Beitragsfreiheit für Eltern- und Mutterschaftsgeld	1 000
Beitragsreduzierung Midi-Jobs	808
Sonstiges ³	954
Insgesamt	21 745
„Teilweise begründbar“ nicht beitragsgedeckt	
Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Kinder (inkl. Verwaltungskosten)	25 125
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	5 243
Schutzimpfungen	3 224
Nicht-kostendeckende Beiträge für Grundsicherungsgeldbeziehende ⁴	1 607
Sonstiges ⁵	704
Insgesamt	35 903
„Kaum begründbar“ nicht beitragsgedeckt	
Hospiz- und Palliativversorgung	1 603
Freibeträge bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	1 200
Telematikinfrastruktur und Dateninfrastruktur	1 011
Verhütung von Zahnerkrankungen (individual-/Gruppenprophylaxe)	681
Strukturfonds, Förderung Geburtshilfe und weitere	583
Sonstiges ⁶	1 481
Insgesamt	6 559

1 – Aufgrund fehlender aktueller Daten basieren einige Berechnungen auf Daten der Jahre 2022 und 2023.

2 – Differenz zwischen den vom Bund für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlten Beiträgen und den Beiträgen, die bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds theoretisch anfallen würden. Ohne Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner und Kinder. 3 – Umfasst Beitragsreduzierung für pflichtversicherte Studierende, Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, anteilige Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege). 4 – Differenz zu den tatsächlichen Ausgaben für Grundsicherungsgeldbeziehende, die sich zusätzlich zu dem als „begründbar“ eingestuften Ansatz ergäbe. Ohne Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner und Kinder. 5 – Umfasst Kinderkrankengeld, Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern, Betriebs- und Haushaltshilfen. 6 – Umfasst Leistungen für Empfängnisverhütung, anteilige Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege), Primärprävention (Individualansatz), Innovationsförderung im Gesundheitswesen, Verbraucher- und Patientenschutz.

Quelle: Albrecht und Ochmann (2025)
© Sachverständigenrat | 26-025-01

197. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für jede versicherte Person eine einheitliche Grundpauschale, die Unterschiede der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ausgleicht. Im Rahmen eines **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)** werden auf diese Grundpauschale alters-, geschlechts-, risiko- und regional adjustierte Zu- und Abschläge angewandt. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge werden an die jeweiligen Krankenkassen ausgezahlt. Da sie auf Basis des durchschnittlichen Einkommens aller Versicherten berechnet werden, kommt es hierbei zu einem Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensstruktur zwischen den Krankenkassen. Durch den finanziellen Ausgleich der Ungleichverteilung von Ausgabenrisiken (Morbidität [↘ GLOSSAR](#)) soll die Risikoselektion von Versicherten vermieden und gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen für alle Krankenkassen geschaffen werden.

Die Ausgestaltung des Morbi-RSA setzt nur sehr schwache Anreize für die Krankenkassen, Prävention zu fördern. Derzeit erhalten alle Krankenkassen eine Vorsorgepauschale aus dem Morbi-RSA, wenn Versicherte Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen. Die finanziellen Effekte dieser Pauschale sind jedoch gering. Im Jahr 2021 machten die Zuweisungen für Vorsorgeleistungen nur knapp 0,1 % aller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus und deckten 5,2 % der Ausgaben für Vorsorgeleistungen (Drösler et al., 2025).

198. **Wettbewerbsmöglichkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen bestehen primär über den Zusatzbeitragsatz**, [↘ ZIFFER 195](#) da der Leistungskatalog weitgehend gesetzlich vorgegeben ist und der Morbi-RSA Unterschiede in der Versichertenstruktur finanziell neutralisiert. [↘ ZIFFER 197](#) Im internationalen Vergleich reagieren Versicherte in Deutschland sensibler auf Preisänderungen als beispielsweise in den Niederlanden (Pendzialek et al., 2016). Insbesondere zwischen den Jahren 2009 und 2015 kam es durch die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zu einem erhöhten Wechsel der Versicherten zwischen den Krankenkassen (Schmitz und Ziebarth, 2017). Weitere Differenzierungsmöglichkeiten bestehen aktuell über Wahltarife, [↘ ZIFFER 202](#) Serviceangebote und selektive Versorgungsverträge. Analysen mit dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) zeigen, dass sich diese Angebote kaum auf die Wahl der Krankenkasse auswirken (Bünnings et al., 2015).
199. **Versicherte in der GKV müssen sich an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen beteiligen.** Dies soll das Kostenbewusstsein bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stärken und präventives Verhalten fördern (BMG, 2025a), was jedoch in der Praxis nur begrenzt gelingt. [↘ KASTEN 11](#) Zudem werden, in geringem Umfang, zusätzliche Einnahmen für die GKV erzielt. Kostenbeteiligungen zielen auf das der GKV als Vollversicherung inhärente Moral-Hazard-Problem ab: Für Versicherte sind die Grenzkosten zusätzlicher Arztkontakte und Behandlungen gering, da die Kosten vollständig versichert sind (Hoh und Honekamp, 2010; Busse et al., 2017). Im internationalen Vergleich ist der Anteil der von Versicherten privat getragenen Kosten in Deutschland niedrig.

[↘ ABBILDUNG 45](#)

↳ KASTEN 11

Hintergrund: Empirische Evidenz zur Wirkung von Zuzahlungen

Empirische Studien haben sowohl international als auch für Deutschland gezeigt, dass Zuzahlungen einen Steuerungseffekt auf Arztbesuche, Medikamente und ambulante Versorgung haben und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen reduzieren (Kiil und Houlberg, 2014; Fusco et al., 2023). Beispielsweise führte die Erhöhung der Arzneimittelzuzahlungen um 5 DM im Jahr 1997 zu einem Rückgang der Zahl der Arztbesuche um 10 bis 15 % (Winkelmann, 2004). Im stationären Bereich haben geringe Kostenbeteiligungen hingegen vor allem eine Finanzierungsfunktion, da die Inanspruchnahme größtenteils durch ärztliche Entscheidungen oder akute Notfälle bestimmt ist, sodass Zuzahlungen kaum Steuerungswirkung entfalten (Kiil und Houlberg, 2014).

Für eine effektive Steuerungswirkung ist die Ausgestaltung und Zielrichtung der Zuzahlung relevant. Internationale Studien beziffern die Preiselastizität der Nachfrage auf etwa $-0,2$ (Manning et al., 1987; Chandra et al., 2010; Aron-Dine et al., 2013). Versicherte reagieren zudem besonders auf Kosten, die direkt bei der Inanspruchnahme der Leistung anfallen, und weniger auf zeitverzögert anfallende Kostenbeteiligungen (Aron-Dine et al., 2015; Simonsen et al., 2021). So führte die Erhebung einer Praxisgebühr von 10 Euro zwischen den Jahren 2004 und 2012 in Deutschland nicht zu einer Reduktion der Arztbesuche. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gebühr quartalsweise und nicht pro Arztbesuch erhoben wurde und somit nach dem ersten Arztbesuch in einem Quartal keine Steuerungswirkung entfaltete (Augurzky et al., 2006; Schreyögg und Grabka, 2010).

Jenseits der Steuerungswirkung können Zuzahlungen hinsichtlich ihres Effekts auf die kurz- und langfristige Gesundheit, auf die Gesundheitskosten sowie hinsichtlich ihrer Verteilungswirkung beurteilt werden. Die meisten empirischen Studien finden keine kurzfristigen negativen Effekte von höheren Zuzahlungen auf die Gesundheit der Versicherten (Kiil und Houlberg, 2014; Shigeoka, 2014; Fusco et al., 2023). Höhere Kostenbeteiligungen können jedoch das Ausbleiben medizinisch notwendiger Versorgungsleistungen befördern, da Patienten sowohl die Inanspruchnahme medizinisch nötiger als auch unnötiger Leistungen reduzieren (Chandra et al., 2010, 2024; Brot-Goldberg et al., 2017). Studien für die USA deuten darauf hin, dass höhere Zuzahlungen dort eine Verschiebung von Behandlungen aus dem ambulanten in den stationären Bereich verursachen, hinsichtlich der absoluten Gesundheitskosten jedoch neutral sind (Chandra et al., 2010; Fusco et al., 2023).

Pauschale Zuzahlungen wirken regressiv, da vulnerable Personen wie chronisch Kranke, Alte und Versicherte mit niedrigem Einkommen stärker durch Eigenbeteiligungen belastet werden. Entsprechend reduzieren vulnerable Gruppen auch bei geringen Zuzahlungen wie einer Praxisgebühr von 10 Euro die Inanspruchnahme von Leistungen stärker als andere Gruppen (Kiil und Houlberg, 2014; Johansson et al., 2019; Xu und Bittschi, 2022). In der Folge sind sie auch von negativen Auswirkungen auf die langfristige Gesundheit und Mortalität stärker betroffen (Chandra et al., 2010, 2024).

200. In der GKV werden obligatorische Kostenbeteiligungen in Form von **Zuzahlungen** geleistet. Versicherte leisten bei Arzneimitteln in der Regel eine Zuzahlung in Höhe von 10 %, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, aber nie mehr als die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels. Für Heilmittel, wie etwa Physiotherapie, sind 10 % des Abgabepreises zuzüglich 10 Euro je Verordnung zu zahlen, sofern die Zuzahlung die tatsächlichen Kosten nicht überschreitet. Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Krankenpflege betragen 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage. Im Jahr 2024 entrichteten GKV-Versicherte durchschnittlich 66 Euro an Zuzahlungen, davon 35

Euro für Arzneimittel. [↘ ABBILDUNG 55 ANHANG](#) Die Gesamteinnahmen der GKV durch Zuzahlungen im Jahr 2025 lagen bei 5,0 Mrd Euro (BMG, 2026c).

201. Die Zuzahlungen fallen für die einzelnen Versicherten nur bis zur sog. Belastungsgrenze an. Diese beträgt 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens (abzüglich von Freibeträgen) bzw. 1 % für chronisch kranke Versicherte. Die Belastungsgrenze soll Versicherte vor einer übermäßigen finanziellen Belastung schützen. Im Jahr 2025 waren knapp 4,3 Millionen Versicherte zuzahlungsbefreit, da sie die Belastungsgrenze von 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens überschritten hatten, und rund 200 000 Versicherte, da sie die Belastungsgrenze von 2 % überschritten hatten (BMG, 2026d).
202. Neben Zuzahlungen gibt es in der GKV weitere Instrumente der Kostenbeteiligung (SVR Gesundheit, 2018). Bonusprogramme der Krankenkassen sollen Versicherte zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Vorsorgemaßnahmen anhalten. Wahltarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen oder Leistungsbeschränkungen sollen ähnlich wie Zuzahlungen die Inanspruchnahme von Leistungen begrenzen. Empirische Studien für Deutschland zeigen, dass solche Instrumente die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen und Gesundheitskosten verringern und präventives Verhalten begünstigen können (Felder und Werblow, 2008; Thönnies, 2019; Augurzky et al., 2026). Gleichzeitig begünstigt der freiwillige Charakter Selektions- und Mitnahmeeffekte. In der Praxis nutzen die Krankenkassen Bonusprogramme verstärkt zur Mitgliederwerbung und -bindung (Deutscher Bundestag, 2021a), und Wahltarife mit Rückerstattungen werden von den Versicherten kaum genutzt. [↘ ZIFFER 266](#)

2. Private Krankenversicherungen

203. Neben der GKV können sich Personen entweder ergänzend oder unter bestimmten Voraussetzungen vollständig privat krankenversichern. Der Anteil der Gesundheitsausgaben für private Krankenversicherungsleistungen an den Gesamtausgaben betrug im Jahr 2023 rund 8 % (Statistisches Bundesamt, 2026a). Private Krankenzusatzversicherungen decken Leistungen ab, die nicht oder nur eingeschränkt Teil des Leistungskatalogs der GKV sind, etwa im Bereich von Zahnersatz oder stationären Wahlleistungen. Die vollständige private Krankenversicherung (PKV) ersetzt hingegen die GKV als Primärversicherung. In die PKV können Personen wechseln, für die eine Versicherungsfreiheit in der GKV besteht. [↘ PLUSTEXT 9](#) **Insgesamt sind fast 9 Millionen Personen, also etwa 10 % der Bevölkerung, vollständig privat krankenversichert**, wobei mehr als die Hälfte davon auf Beamtinnen und Beamte sowie deren Angehörige entfällt (PKV-Verband, 2026a). Ein Wechsel zurück in die GKV ist nur unter strengen Voraussetzungen möglich und ab einem Alter von 55 Jahren weitgehend ausgeschlossen.
204. Im Jahr 2024 hatten 43 % der GKV-Versicherten mindestens eine **private Zusatzversicherung** (PKV-Verband, 2026a). Mit 20,2 Millionen Versicherten sind Zahnzusatzversicherungen die häufigste private Zusatzversicherung zum GKV-Schutz, gefolgt von solchen für ambulante Leistungen (9,3 Millionen Versicherte) und Wahlleistungen im Krankenhaus (6,9 Millionen Versicherte). Ein Teil

der von Zusatzversicherungen abgedeckten Leistungen betrifft primär den Komfort (z. B. Einbettzimmer) und ist nicht zwingend mit besseren gesundheitlichen Behandlungsergebnissen verbunden.

205. Während die GKV überwiegend umlagefinanziert ist, **basiert die PKV auf dem Kapitaldeckungsverfahren**, [↘ GLOSSAR](#) mit einem international nahezu einzigartigen Arrangement. Beiträge in der PKV dienen neben der Deckung aktueller Krankheitskosten dem Aufbau individueller Alterungsrückstellungen, die die Prämien über den Lebensverlauf glätten und Beitragserhöhungen im Alter begrenzen. Die kapitalmarktbasierte Anlage dieser Rückstellungen macht die Finanzierung der PKV im Gegensatz zur GKV weitgehend unabhängig von der erwartbaren demografischen Entwicklung. Ihr Volumen belief sich im Jahr 2025 auf rund 355 Mrd Euro (PKV-Verband, 2026b). Aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit der Altersrückstellungen ist ein Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen kaum möglich. Zudem kennt die PKV keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, sodass für jede versicherte Person ein eigener Beitrag anfällt. Für Beamtinnen und Beamte übernimmt der Dienstherr im Rahmen der steuerfinanzierten **Beihilfe** einen Teil der Krankheitskosten.
206. Die Zugangsbeschränkung auf bestimmte Gruppen mit Versicherungsfreiheit, die risikoorientierte Beitragsgestaltung der PKV sowie die Möglichkeit zu einer freiwilligen GKV-Mitgliedschaft implizieren eine **systematische Risikoselektion**. Der Zugang zur privaten Krankenvollversicherung ist nur Personen eines bestimmten Erwerbsstatusses oder Einkommens möglich [↘ PLUSTEXT 9](#) und mit einer Gesundheitsprüfung verbunden. Die Prämienkalkulation erfolgt risikoorientiert und hängt insbesondere vom Eintrittsalter, vom Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss sowie vom gewählten Tarif ab, nicht jedoch vom laufenden Einkommen. Dies steht im Gegensatz zur GKV, die Risiken kollektiv bündelt und einen expliziten Einkommens- und Risikoausgleich vorsieht. Durch die Prämiengestaltung wird in der PKV versicherungsmathematische Äquivalenz erreicht, eine solidarische Risikoteilung findet nur hinsichtlich Verschlechterungen des Gesundheitszustandes nach Aufnahme in die Versicherung statt.

Privat Krankenversicherte sind älter, häufiger männlich, besser gebildet und verfügen über ein deutlich höheres Haushaltsnettoeinkommen als GKV-Versicherte. [↘ TABELLE 12 ANHANG](#) Zudem weisen sie einen besseren Gesundheitszustand auf, gemessen an subjektiver Gesundheit und der Prävalenz chronischer Erkrankungen. Trotz besserer Gesundheit besuchen sie Arztpraxen in gleicher Häufigkeit wie GKV-Versicherte, verweilen jedoch kürzer im Krankenhaus. Der bessere Gesundheitszustand ist auch mit einem präventiveren Lebensstil verbunden, etwa geringerem Tabakkonsum.

207. Die Vollversicherung in der PKV ermöglicht eine weitgehende **Differenzierung des Versicherungsschutzes** über Tarifwahl, Selbstbehalte sowie Zusatz- und Wahlleistungen und erlaubt damit eine stärkere Anpassung an individuelle Präferenzen und Zahlungsbereitschaften. Der Leistungsumfang in der PKV ist, abhängig vom gewählten Tarif, umfangreicher oder begrenzter als in der GKV. So ist beispielsweise Krankengeld nicht in der PKV enthalten und kann nur durch private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. In der ambulanten Versorgung

profitieren Privatversicherte von einem schnelleren Zugang zu neuen und innovativen Behandlungsmethoden als GKV-Versicherte (Walendzik et al., 2021), im stationären Bereich sind die Leistungsansprüche äquivalent. Ob die PKV bessere Gesundheitsergebnisse bei ihren Versicherten erzielt, ist empirisch umstritten (Hullegie und Klein, 2010; Stauder und Kossow, 2017; Dauth, 2021).

208. Auf der Angebotsseite unterscheiden sich GKV und PKV durch ihre Vergütungsmechanismen. Behandlungen von niedergelassenen Ärzten werden in der PKV nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in der GKV nach dem EBM vergütet, was mit unterschiedlichen Honorarniveaus und **Behandlungsanreizen** einhergeht. So erhalten Ärztinnen und Ärzte für die gleiche Leistung bei Privatversicherten im Durchschnitt ein bis zu mehr als doppelt so hohes Honorar wie bei GKV-Versicherten (Walendzik et al., 2008). Die für das Jahr 2026 angekündigte Reform der GOÄ könnte diese Vergütungsunterschiede weiter verstärken (Reinhardt, 2025). Privatabrechnungen machen gemessen an der Anzahl der Privatversicherten mit 28 % einen überproportional hohen Anteil an den Einnahmen der Arztpraxen aus (Statistisches Bundesamt, 2025c). Ob Vergütungsunterschiede zu einer Überversorgung der Privatversicherten führen, ist empirisch jedoch nicht belegt.

Vergütungsunterschiede und quartalsbezogene Mengenbeschränkungen im EBM führen dazu, dass Privatversicherte bei der Terminvergabe bevorzugt werden und infolgedessen halb so lange **Wartezeiten** wie GKV-Versicherte haben (Schmitz, 2013; Werbeck et al., 2021). Internationale Studien zeigen, dass sich längere Wartezeiten kaum auf die Genesung nach Bagatellerkrankungen auswirken (Lewis et al., 2018), jedoch die Mortalität erhöhen können, soweit sie Behandlungen schwererer Erkrankungen verzögern (Han et al., 2021; Arabadzhyan et al., 2025; Costantini, 2025). Insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit können längere ambulante Wartezeiten krankheitsbedingte Fehlzeiten und damit die unmittelbaren gesamtwirtschaftlichen Kosten von Erkrankungen erhöhen und die langfristige Erwerbsbeteiligung senken (Godøy et al., 2024; Prudon, 2025). In der stationären Versorgung entstehen durch die einheitliche, fallpauschalenbasierte Vergütung keine gesonderten Behandlungsanreize.

209. Die PKV erfüllt im deutschen Krankenversicherungssystem sowohl eine ergänzende als auch eine substitutive Funktion. Als Substitut zur GKV ermöglicht sie bestimmten Bevölkerungsgruppen den vollständigen Systemwechsel. Durch die positive Selektion in die PKV ist die Versicherung in der GKV teurer, als es bei einem vollständigen Pooling der Risiken und Einkommen aller Krankenversicherten der Fall wäre (Ochmann et al., 2020). Die PKV kann jedoch positive Externalitäten für GKV-Versicherte generieren, wenn sie durch die Nachfrage zusätzlicher Leistungen und die höhere ambulante Vergütung Investitionen in die medizinische Infrastruktur und Versorgungsqualität fördert, die auch die Versorgung von GKV-Versicherten verbessern. Zudem könnte die im Vergleich zur GKV frühere Erstattung neuer Behandlungsmethoden in der PKV die medizinische Innovationstätigkeit oder die Verbreitung neuer Verfahren begünstigen. Zur Bedeutung dieser Mechanismen gibt es jedoch keine empirische Evidenz. Durch ihre Alterungsrückstellungen trägt die PKV aber substanziell zur Vorfinanzierung zu-

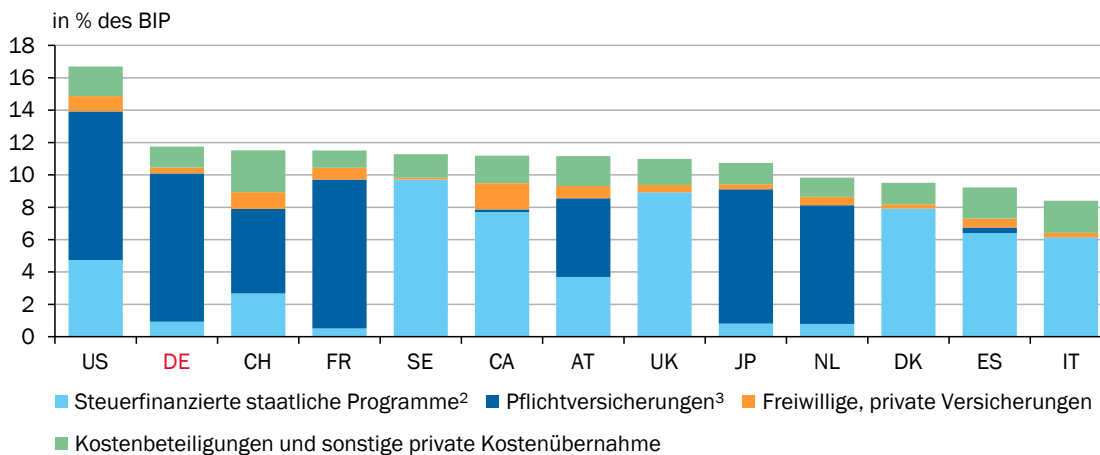
künftiger Gesundheitsausgaben bei, die in Folge der demografischen Alterung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten deutlich steigen dürften. [↘ ZIFFER 235](#)

3. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

- 210.** Die USA weisen im Vergleich der OECD-Staaten mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 16,7 % des BIP das kostenintensivste Gesundheitssystem auf. [↘ ABBILDUNG 45](#) **Im europäischen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland** mit 11,7 % des BIP im Jahr 2023 jedoch **am höchsten** (OECD und European Observatory, 2025). Diese Ausgaben werden in Deutschland zu knapp 79 % durch die verpflichtenden Krankenversicherungen finanziert und zu knapp 8 % durch staatliche Programme wie beispielsweise Beihilfe und Investitionen der Länder in die Krankenhausinfrastruktur. Die übrigen Gesundheitsausgaben speisen sich aus freiwilligen privaten Zusatzversicherungen (3 %) und Selbstzahlungen (11 %). Der internationale Vergleich zeigt deutliche Unterschiede in der Finanzierungsstruktur, insbesondere im Verhältnis zwischen steuerfinanzierten Systemen und beitragsfinanzierten Pflichtversicherungen. Diese Unterschiede haben Implikationen für Erwerbsanreize, Verteilungswirkungen und die Ausgabendynamik. Diese Unterschiede in der Finanzierungsstruktur von Gesundheitssystemen sind geprägt durch historisch-institutionelle Pfadabhängigkeiten.
- 211.** Die Unterschiede in der **Finanzierungsstruktur** lassen sich konzeptionell auf **zwei grundlegend verschiedene Modelle** zurückführen: Gesundheitsausgaben könnten im Extremfall entweder gänzlich nach dem **Solidarprinzip** durch allgemeine Steuermittel oder gänzlich nach dem **Versicherungsprinzip** durch einkommensunabhängige Prämien der Versicherten finanziert werden. **Internationa-**

[↘ ABBILDUNG 45](#)

Finanzierung von Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich¹ im Jahr 2023



1 – US-USA, DE-Deutschland, CH-Schweiz, FR-Frankreich, SE-Schweden, CA-Kanada, AT-Österreich, UK-Vereinigtes Königreich, JP-Japan, NL-Niederlande, DK-Dänemark, ES-Spanien, IT-Italien. 2 – Umfasst für Deutschland unter anderem staatliche Zuschüsse zur GKV. 3 – Umfasst für Deutschland die Beiträge zur GKV sowie zur PKV-Pflichtversicherung.

Quelle: OECD

© Sachverständigenrat | 26-041-03

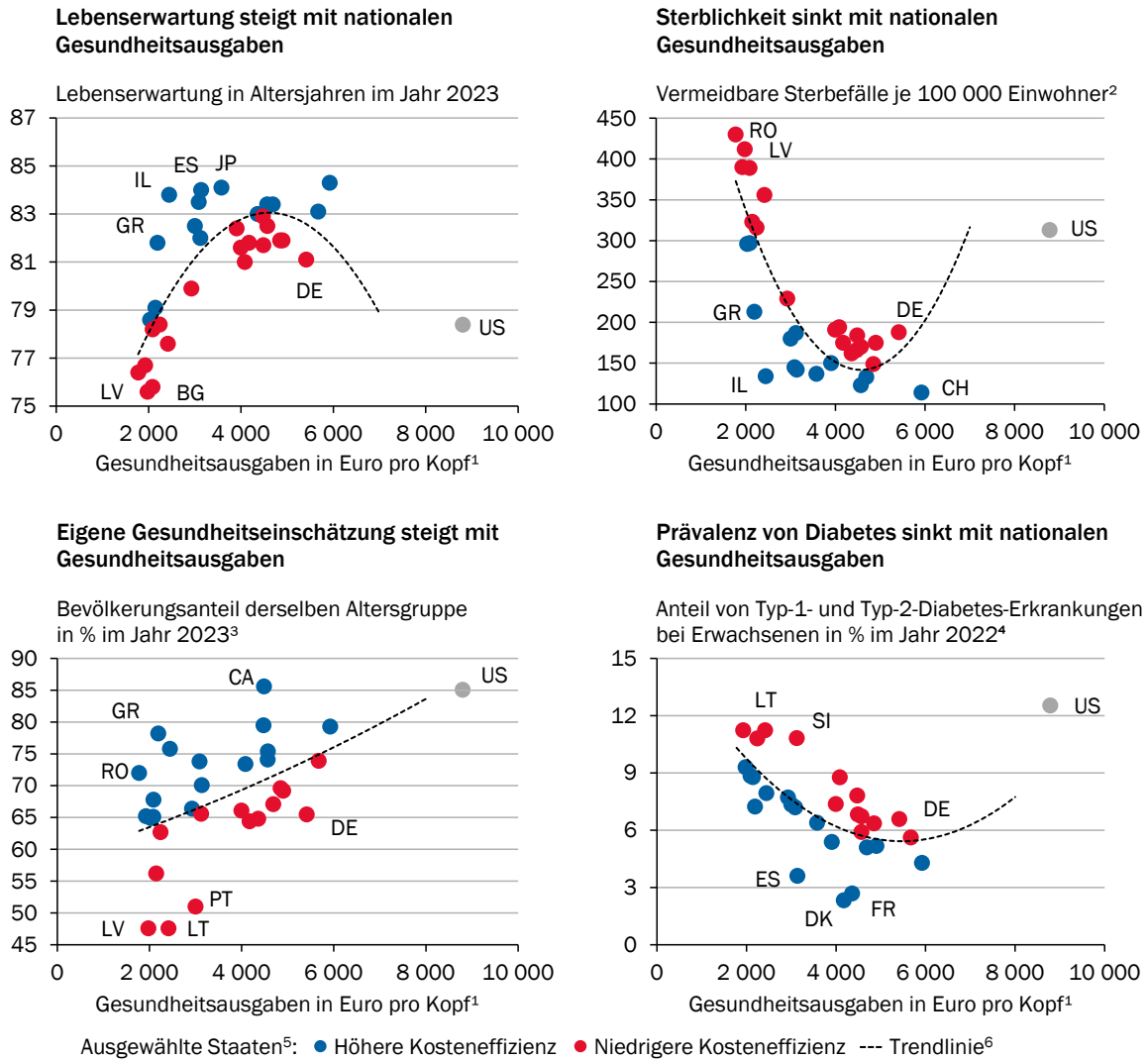
tional dominieren Mischsysteme, wobei einige Staaten (z. B. das Vereinigte Königreich und Italien) stärker auf steuerfinanzierte, andere (z. B. die Schweiz) stärker auf beitrags- oder prämienbasierte Systeme setzen. ↘ [ABBILDUNG 45](#) In Deutschland sind die von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragenen zweckgebundenen Beiträge die wichtigste Einnahmequelle der GKV. ↘ [ZIFFER 194](#) Sie sind abhängig vom Einkommen und haben aufgrund der damit verbundenen Umverteilungsmechanismen steuerähnlichen Charakter. ↘ [ZIFFERN 125 UND 127](#) Darüber hinaus existieren steuerfinanzierte Zuschüsse zur GKV. ↘ [ZIFFER 196](#) Neben der GKV existiert mit der PKV ein System, das auf einkommensunabhängigen, risikoorientierten Prämien beruht. ↘ [ZIFFER 203](#) **Das deutsche Gesundheitssystem finanziert sich somit überwiegend nach dem Solidarprinzip, weist aber auch Elemente einer Finanzierung nach dem Versicherungsprinzip auf.**

- 212.** In **steuerfinanzierten Systemen** werden die Finanzierungslasten des Gesundheitswesens aus dem allgemeinen Steueraufkommen gedeckt. Die Verteilungswirkungen hängen damit von der Steuerstruktur ab. Ein höherer Finanzierungsbedarf des Gesundheitswesens schlägt sich nicht unmittelbar in gesondert ausgewiesenen Belastungen der Versicherten nieder. In prämien- oder beitragsbasierten Systemen ist dieser Zusammenhang direkter, weil die Finanzierungslasten der Gesundheitsversorgung eigenständig gedeckt und damit für die Versicherten unmittelbar sichtbar werden. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in einem steuerfinanzierten System grundsätzlich unabhängig vom Einkommen und damit auch für einkommensschwache Haushalte gesichert. Insgesamt findet in einem solchen System ein Ausgleich sowohl hinsichtlich des individuellen Gesundheitsrisikos als auch hinsichtlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit statt. Durch die Integration der Gesundheitsausgaben in den öffentlichen Haushalt können Umfang und Entwicklung der Leistungen allerdings von der jeweiligen Haushaltssituation abhängen, sodass es zu Ausweitungen oder Einschränkungen des Leistungskatalogs kommen kann. Empirisch zeigt sich dies etwa im Vereinigten Königreich, wo Gesundheitsleistungen zunehmend durch Wartelisten rationiert werden und es zu hohen Wartezeiten und einer Erosion des faktischen Leistungsumfangs kommt (Darzi, 2024).
- 213.** In der Schweiz und den Niederlanden wird ein Großteil der Gesundheitsausgaben über weitgehend **einkommensunabhängige Prämien** finanziert (De Pietro et al., 2015; Kroneman et al., 2025). In diesen Staaten ist die Höhe der Prämie prinzipiell unabhängig vom Einkommen sowie vom individuellen Gesundheitszustand der Versicherten und variiert vor allem mit der Tarifgestaltung der Versicherungsträger. Damit findet ein sozialer Ausgleich hinsichtlich des individuellen Gesundheitsrisikos statt, nicht jedoch hinsichtlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Zur Begrenzung regressiver Verteilungswirkungen werden Systeme mit einkommensunabhängigen Prämien in der Praxis jedoch mit einem (steuerfinanzierten) Sozialausgleich kombiniert.
- 214.** **Neben der Finanzierung unterscheiden sich Gesundheitssysteme verschiedener Staaten auch hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit.** Die im internationalen Vergleich hohen Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland sind nicht automatisch ein Indikator für ein entsprechend hohes Leistungsvolumen, sondern können auch teure Preise bzw. hohe Margen im Versorgungssystem wider-

spiegeln. So können höhere Gesundheitsausgaben auch bei gleicher Inanspruchnahme daraus resultieren, dass Preise und Entgelte steigen oder dass sich die Preis-Kosten-Spannen (Mark-ups) im Gesundheitswesen ausweiten, etwa aufgrund von Marktmacht einzelner Anbieter, Engpässen bei Personal und Kapazitäten oder einer Vergütungsstruktur, die höhere Preise nicht zwingend mit einem proportionalen Mehr an Leistungen verknüpft (OECD, 2025; Zeeb et al., 2025).

ABBILDUNG 46

Indikatoren zur Kosteneffizienz des Gesundheitssystems



1 – Kaufkraftbereinigte Werte für das Jahr 2023. 2 – Daten für das Jahr 2023: Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn; Daten für das Jahr 2022: Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kanada, Polen, Portugal, Rumänien, USA; Daten für das Jahr 2019: Belgien, Deutschland, Japan, Kroatien, Vereinigtes Königreich. Keine Werte für Norwegen. 3 – Keine Daten für Island und Japan vorhanden. 4 – Altersstandardisierte Werte gemäß der WHO-Standardbevölkerung. Keine Werte für Bulgarien, Kroatien und Rumänien vorhanden. 5 – AT-Österreich, BE-Belgien, BG-Bulgarien, CA-Kanada, CH-Schweiz, CZ-Tschechien, DE-Deutschland, DK-Dänemark, EE-Estland, ES-Spanien, FI-Finnland, FR-Frankreich, GR-Griechenland, HR-Kroatien, HU-Ungarn, IE-Irland, IL-Israel, IS-Island, IT-Italien, JP-Japan, LT-Litauen, LU-Luxemburg, LV-Lettland, NL-Niederlande, NO-Norwegen, PL-Polen, PT-Portugal, RO-Rumänien, SE-Schweden, SI-Slowenien, SK-Slowakei, UK-Vereinigtes Königreich, US-USA. 6 – Trendlinie jeweils ohne Berücksichtigung der USA.

Quellen: OECD, WHO, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-070-02

215. Die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland lassen sich mit Blick auf die Versorgungseffizienz einordnen, also auf das Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und gesundheitlichem Nutzen für Patientinnen und Patienten. Ein internationaler Systemvergleich ist dabei methodisch anspruchsvoll, da sich Gesundheitssysteme nicht nur hinsichtlich ihrer Finanzierung, sondern auch entlang einer Vielzahl weiterer Dimensionen unterscheiden (Cylus et al., 2016). Gleichwohl liegt Deutschland trotz eines der höchsten Ausgabenniveaus im OECD-Vergleich bei zentralen Gesundheitsindikatoren unter dem Niveau vergleichbarer Länder mit geringeren Gesundheitsausgaben. [↘ ABBILDUNG 46](#) So sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland deutlich höher als im OECD-Durchschnitt (OECD, 2025), während Deutschland bei Indikatoren wie Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen, Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Diabetesprävalenz trotz des hohen Mitteleinsatzes nur durchschnittliche Ergebnisse erreicht. Dieses Muster zeigt sich sowohl in den jüngsten als auch in älteren Daten, was dafür spricht, **dass der hohe Ressourceneinsatz hierzulande nicht in entsprechend bessere gesundheitliche Ergebnisse umgesetzt wird und somit Effizienzdefizite bestehen**. Zu einem ähnlichen Befund kommen Dlouhý und Havlík (2024), die auf Basis eines multivariaten Input-Output Modells das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich als ineffizient einordnen. Ebenso zeigen Varabyova und Müller (2016) in einer Meta-Analyse bestehender Studien, dass Deutschland über verschiedene Modellspezifikationen hinweg im OECD-Vergleich eine niedrige Effizienz aufweist. Als strukturelle Ursachen nennen Blümel et al. (2020) unter anderem die ausgeprägte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die hohe Krankenhausdichte sowie Überversorgungstendenzen im stationären Bereich.

III. GESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND UND IHRE TREIBER

216. Die Ausgaben der GKV sind in den vergangenen Jahren deutlich rascher gewachsen als ihre Einnahmen. ↘ ZIFFER 195 Als Treiber dieser Entwicklung kommen zum einen allgemeine, auch in anderen Staaten wirkende Faktoren in Betracht. Dazu zählen die demografische Alterung, ↘ ZIFFER 217 das Einkommenswachstum ↘ ZIFFER 218 und die Verbreitung gesundheitsschädlicher Lebensstile, ↘ ZIFFER 219 die die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, ↘ ZIFFERN 221 F. der neue, häufig hoch spezialisierte Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Zum anderen wird die Ausgabenentwicklung der GKV durch spezifische Ausgabentreiber bestimmt, die aus der Organisation des deutschen Gesundheitswesens resultieren. ↘ ZIFFER 223 Aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtausgaben entfällt der größte Teil des Ausgabenanstiegs auf die Bereiche Krankenhausbehandlungen ↘ ZIFFERN 224 FF. und Arzneimittel. ↘ ZIFFERN 232 F.

1. Allgemeine Treiber der Gesundheitsausgaben

217. Im Zuge des demografischen Wandels altert die deutsche Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten deutlich. ↘ ZIFFER 92 **Für die zukünftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist dabei weniger das von der Bevölkerung erreichte Lebensalter ausschlaggebend, sondern ob die zusätzlichen Lebensjahre in Gesundheit oder Krankheit verbracht werden** und wie stark sich die relativ teure Behandlungsphase in der Nähe des Lebensendes konzentriert (Manton, 1982; Fries, 2002; Breyer et al., 2015; Nowossadeck et al., 2024). Die empirische Literatur findet hierfür ein Nebeneinander mehrerer Effekte. Einerseits kommt es zu einer Morbiditätskompression. Dabei sinkt der Anteil der Lebensjahre mit erheblichen Einschränkungen, da Erkrankungen später einsetzen. Andererseits expandiert die Morbidität, da die Anzahl der Lebensjahre mit Diagnosen zunimmt. Dabei handelt es sich häufig um chronische Diagnosen mit geringer Beeinträchtigung. Für Deutschland illustrieren Sperlich et al. (2022) anhand von Krankenkassendaten, dass es in höheren Altersgruppen eher zu einer Kompression schwerer Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) kommt, während jüngere und mittlere Altersgruppen eine Expansion chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Adipositas erfahren. Insgesamt spricht dies für eine Qualitätsverbesserung der Morbidität: Mehr Menschen leben länger mit chronischen Diagnosen, werden davon aber etwa bei der Erwerbstätigkeit weniger eingeschränkt.
218. **Neben der Demografie erzeugen weitere strukturelle Trends einen Aufwärtsdruck auf die Gesundheitsausgaben.** Erstens steigt mit wachsendem Einkommen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional, sodass der Ausgabenanteil für Gesundheit auch bei konstanter Versorgungsstruk-

tur zunimmt. [↘ ZIFFER 98](#) Zweitens wirkt die „Baumolsche Kostenkrankheit“. Bei arbeitsintensiven, schwer automatisierbaren Gesundheitsleistungen steigen Löhne mit der gesamtwirtschaftlichen Produktivität, während die sektorale Produktivität nur langsam zunimmt. Dadurch erhöhen sich relative Preise und Ausgabenanteile auch ohne Mengenanstieg. [↘ ZIFFER 99](#)

- 219. Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen**, wie beispielsweise Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel und unausgewogene Ernährung, **können den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verstärken**, weil sie die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen (Murray et al., 2020). Dazu zählen vor allem Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsarten. Insbesondere wenn solche Erkrankungen früh im Lebenszyklus auftreten, ergibt sich eine höhere und länger andauernde Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aktuelle Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich der daraus resultierende Ausgabendruck in Deutschland in mehreren Bereichen eher verstärkt als abschwächt. So hat der gesundheitsschädliche Alkoholkonsum seit dem Jahr 2020 wieder zugenommen (Bundesdrogenbeauftragter, 2026), die bislang rückläufige Entwicklung beim Tabakkonsum hat sich abgeflacht (Starker et al., 2025) und der Anteil der von Adipositas betroffenen Bevölkerung hat seit dem Jahr 2003 von 12,2 % auf 19,7 % zugenommen (Starker et al., 2025).

Gesundheitsschädliche Lebensstile verursachen in Deutschland externe Effekte in Form von hohen Gesundheitskosten für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler. Die Inzidenz von Adipositas steigt und laut Schätzungen betragen die jährlichen Kosten von Adipositas bis zu 113 Mrd Euro, darunter direkte Gesundheitskosten von 28 Mrd Euro (Effertz et al., 2016; Leopoldina, 2026). Bei Tabak werden die gesamtwirtschaftlichen Kosten auf rund 97,2 Mrd Euro pro Jahr geschätzt (Effertz, 2020), wovon etwa ein Drittel auf direkte Gesundheitsausgaben entfällt. Für riskanten Alkoholkonsum, dessen gesundheitsschädliche Folgen insbesondere bei Jugendlichen stark sind, werden die volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland je nach Abgrenzung auf 39 bis 57 Mrd Euro pro Jahr geschätzt, darunter direkte Gesundheitskosten von 8 Mrd Euro (Effertz et al., 2017; Effertz, 2020), wobei die aufgrund der kürzeren Lebenserwartung niedriger ausfallenden Rentenbezüge bereits gegengerechnet werden.

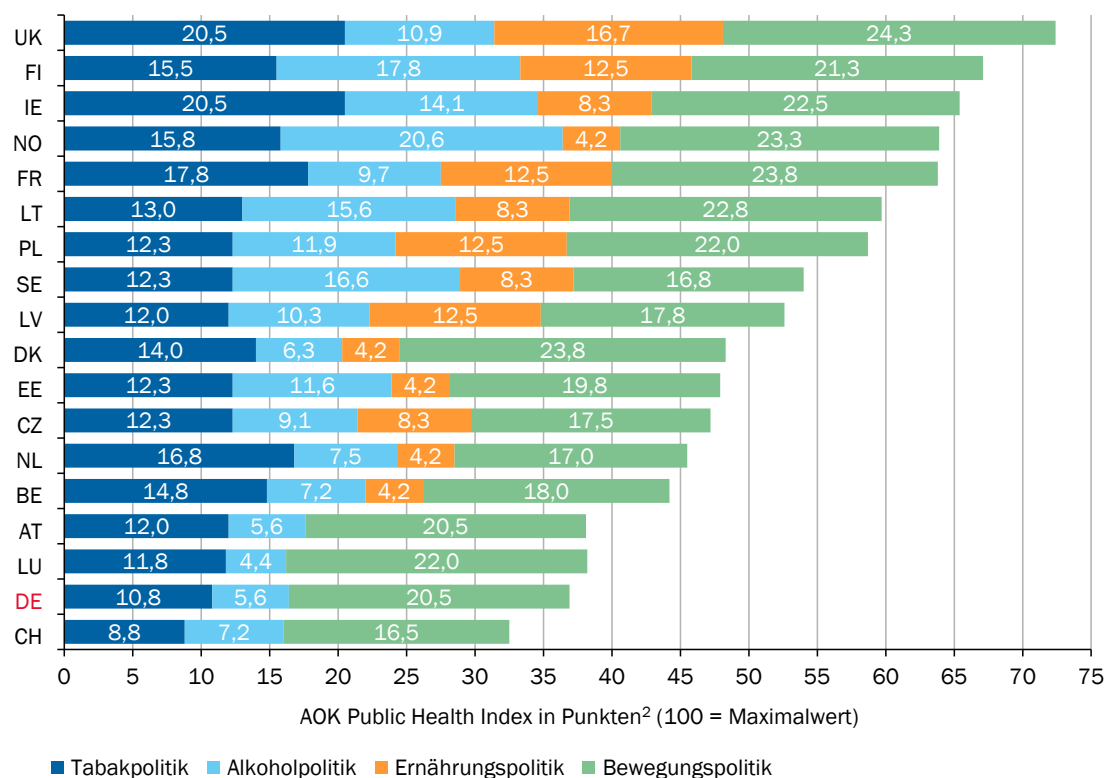
- 220. Der AOK Public Health Index attestiert Deutschland im europäischen Vergleich deutlichen Nachholbedarf bei der Prävention gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen.** [↘ ABBILDUNG 47](#) Der Index misst den Grad der Umsetzung wissenschaftlich empfohlener Präventionsmaßnahmen in 18 europäischen Staaten (AOK, 2025). Prävention umfasst neben Information und Bildung sowohl Verfügbarkeit und Vermarktung von Produkten (Verhältnisprävention) als auch Preissignale (Verhaltensprävention). Deutschland liegt vor allem bei verhältnispräventiven Maßnahmen im internationalen Vergleich zurück. Dazu zählen Werbeverbote und Marketingregeln (Donaldson et al., 2025; Saad et al., 2025), etwa bei an Kinder gerichteter Werbung für stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel (von Philipsborn et al., 2022; Boyland et al., 2025). Zudem gibt es in Deutschland vergleichsweise geringe Einschränkungen der zeitlichen und räumlichen Verfügbarkeit von Alkohol und Tabak, die den gesundheitsschädli-

chen Konsum und in der Folge dessen negative Externalitäten messbar reduzieren können (Sherk et al., 2018).

Insbesondere bei Präventionsmaßnahmen im Bereich der Ernährung schneidet Deutschland im internationalen Vergleich sehr schlecht ab. [ABBILDUNG 47](#) So sind zentrale Präventionsinstrumente unverbindlich ausgestaltet. Mit dem Nutri-Score liegt zwar eine wissenschaftlich fundierte Nährwertkennzeichnung vor (BMLEH, 2026a), ihre Verwendung bleibt jedoch freiwillig. Reine Informationsangebote sind allerdings nur begrenzt wirksam (Jepson et al., 2010). Sie setzen voraus, dass Kinder gesundheitsbezogene Inhalte aktiv wahrnehmen, verstehen und im Alltag in Verhaltensänderungen übersetzen. Empirische Evaluationen zufolge sind Maßnahmen besonders effektiv, die entweder die Ernährungsumgebung selbst verändern, etwa verbindliche Qualitätsstandards (von Philipsborn et al., 2022; Hundeshagen et al., 2024), oder diese Übersetzungsleistung durch praktische Ernährungsbildung unterstützen (Charlton et al., 2021; van der Horst et al., 2024; Vaughan et al., 2024). Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelten Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas und Schulen

ABBILDUNG 47

Präventionspolitik im internationalen Vergleich¹



1 – UK-Vereinigtes Königreich, FI-Finnland, IE-Irland, NO-Norwegen, FR-Frankreich, LT-Litauen, PL-Polen, SE-Schweden, LV-Lettland, DK-Dänemark, EE-Estland, CZ-Tschechien, NL-Niederlande, BE-Belgien, LU-Luxemburg, AT-Österreich, DE-Deutschland, CH-Schweiz. 2 – Die Ergebnisse der vier Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung fließen mit gleichen Anteilen in die Gesamtbewertung ein. Die maximal möglichen 100 Punkte im übergeordneten AOK Public Health Index ergeben sich jeweils zu 25 % aus den vier bewerteten Handlungsfeldern. Minimale Abweichungen bei den erreichten Punktzahlen können durch Rundungen entstehen.

Quelle: AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum
© Sachverständigenrat | 26-072-01

(DGE, 2023) sind jedoch nicht bundesweit verbindlich. Auch wurde bislang keine Abgabe auf stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel implementiert.

- 221. Der medizinisch-technische Fortschritt (MTF) ermöglicht neue Diagnose- und Behandlungsmethoden**, die in der Entwicklung und Anwendung oft kostenintensiv sind. Zudem erweitern Innovationen das Spektrum behandelbarer Krankheiten, wodurch insgesamt mehr Leistungen in Anspruch genommen werden (Deutscher Bundestag, 2015). Der MTF kann außerdem dazu führen, dass bisher nicht als Krankheiten anerkannte gesundheitliche Zustände diagnostiziert und/oder behandelt werden. Zuletzt kann lebensverlängernder MTF höhere Gesundheitsausgaben induzieren, weil in der verbleibenden Lebenszeit der behandelten Personen zusätzliche Aufwendungen für Krankheit und Pflege anfallen. Im Bereich der Digitalisierung kann der MTF einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, beispielsweise durch die Reduktion von Dokumentationszeiten und Effizienzgewinne durch eine Weiterentwicklung der IT-Infrastruktur. [↘ ZIFFERN 267 FF.](#)
- 222.** Grundsätzlich kann der MTF auf die Gesundheitsausgaben durch Prozessinnovationen oder Produktinnovationen kostensenkend wirken (Breyer, 2015). Kostensteigerungen sind vor allem bei solchen Produktinnovationen zu erwarten, die nicht kostensparend substituieren, sondern Behandlungsintensität, Fallzahlen und Qualitätsansprüche erhöhen, während Skaleneffekte ausbleiben und der Grenznutzen zusätzlicher Anwendungen sinkt. Wie sich der MTF auf die Gesundheitsausgaben auswirkt, bemisst sich zudem an den Regeln, nach denen Innovationen erstattungsfähig werden, etwa durch Aufnahme in den EBM, und zu welchen Konditionen sie vergütet werden. [↘ KASTEN 14 Empirische Befunde deuten darauf hin, dass der MTF eher zu Kostensteigerungen führt](#) (Blanco-Moreno et al., 2013; Breyer, 2015; Cinaroglu und Baser, 2018; Mason et al.). Eine Zerlegung der Leistungsausgaben in der GKV durch den Sachverständigenrat beziffert den mittleren Beitrag des MTF zum Ausgabenwachstum zwischen den Jahren 1998 und 2022 auf rund 30 %. Dies entspricht einem Anstieg der Leistungsausgaben um 0,9 % pro Jahr. [↘ KASTEN 12](#)

[↘ KASTEN 12](#)

SVR-Analyse: Treiber der GKV-Ausgaben

Der demografische Wandel wird neben weiteren nachfrageseitigen Faktoren als zentraler Treiber für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen genannt. [↘ ZIFFERN 217 F.](#) Zusammen können diese Faktoren den zuletzt beobachteten Anstieg jedoch nur teilweise erklären (Chandra und Skinner, 2012; Pretnar und Feldman, 2026). Empirische Analysen der Ausgabenentwicklung heben die kostensteigernde Wirkung des MTF hervor und beziffern seinen Beitrag zum Ausgabenanstieg auf 25 bis 50 % (Marino und Lorenzoni, 2019). Für Deutschland schätzten Willemé und Dumont (2016) einen Beitrag von 40 % zum Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben in den Jahren 1981 bis 2012, was einem Ausgabenwachstum von rund 1,6 % pro Jahr entspricht. Analysen auf Basis der GKV-Ausgaben im Zeitraum 1970 bis 2009 schätzen den MTF-induzierten Anstieg auf 0,8 bis 2,3 % pro Jahr (Breyer und Ulrich, 2000; Breyer et al., 2015).

Der Sachverständigenrat folgt dem empirischen Ansatz dieser Studien und zerlegt das historische Ausgabenwachstum in den Jahren 1998 bis 2022 mit Paneldaten des BAS. Dabei wird

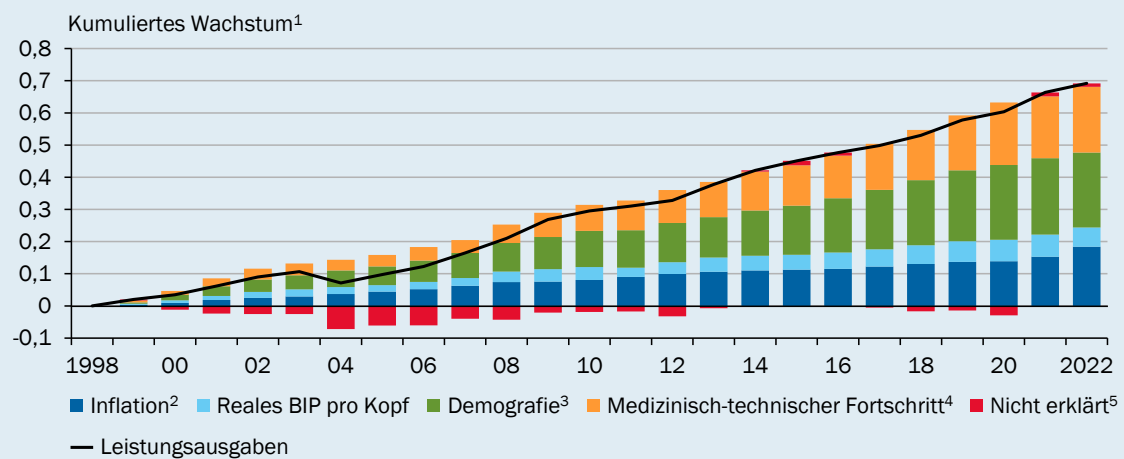
die folgende Regressionsgleichung geschätzt:

$$\Delta \log LA_{it} = \alpha \Delta \log X_{it} + \omega \Delta \log BIP_{t-2} + \delta_t + \epsilon_{it}$$

LA_{it} sind pro-Kopf-Leistungsausgaben im Jahr t in der Altersgruppe i . X_{it} sind Kontrollvariablen, deren Korrelation mit dem Wachstum der Leistungsausgaben durch die Schätzer α (und ω) gemessen wird. Der MTF wird hierbei durch die Proxy-Variablen Forschung und Entwicklung (FuE) und Produktivität im Gesundheitswesen gemessen. Weitere Kontrollvariablen sind Inflation, Wachstumsrate des realen pro-Kopf-BIP und Demografie (Veränderung des Anteils der 65- bis 79-Jährigen bzw. über 80-Jährigen sowie Veränderung der Restlebenserwartung). Aufgrund deskriptiver Evidenz für eine verzögerte Reaktion von Gesundheitsausgaben auf Veränderungen im BIP wird eine zeitliche Verzögerung (Lag) von 2 Jahren eingeführt (OECD, 2025). Die Nutzung altersgruppenspezifischer Lebenserwartungen in X_{it} berücksichtigt besonders hohe medizinische Kosten in den letzten Lebensjahren (Zweifel et al., 1999; Breyer und Lorenz, 2021). Alle Variablen wurden in Wachstumsraten transformiert und für die graphische Darstellung kumuliert. Jahresdummies δ_t in den Jahren $t = 1998, 2004, 2020$ und 2021 kontrollieren Sondereffekte von Reformen und die Corona-Pandemie.

▾ **ABBILDUNG 48**

Treiber des Wachstums der GKV-Leistungsausgaben



- 1 – Empirische Zerlegung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld der GKV in wirtschaftliche, demografische und technische Treiber auf Basis einer Panel-Regression in Wachstumsraten. 2 – Verbraucherpreisindex. 3 – Bevölkerungsanteile älterer Personen sowie Lebenserwartung. 4 – FuE und Produktivität im Gesundheitswesen. 5 – Modellresiduen sowie Variablen für Reformen und Corona-Pandemie.

Quellen: BAS, Eurostat, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-094-01

Die Zerlegung legt nahe, dass das Ausgabenwachstum der GKV von mehreren Faktoren abhängt. Rund 34 % des geschätzten Wachstums sind demografischen Faktoren zuzurechnen. ▾ **ABBILDUNG 48** Dies entspricht einem mittleren Wachstumsbeitrag von 1 Prozentpunkt pro Jahr. Weitere 30 % ergeben sich aus der positiven Korrelation mit dem MTF, dessen mittlerer Beitrag bei rund 0,9 Prozentpunkten pro Jahr liegt. Dieser Beitrag liegt im Mittel bisheriger Schätzungen (Marino und Lorenzoni, 2019). Dabei fällt auf, dass der Beitrag der Demografie relativ stetig wächst, während der Beitrag des MTF in den vergangenen Jahren eine stärkere Dynamik aufweist. Dies ist wirtschaftspolitisch besonders relevant, da der MTF kein rein exogener Faktor ist, sondern in seiner Ausgabenwirkung durch institutionelle Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen mitbestimmt wird.

Das verbleibende Drittel des Anstiegs ist allgemeinen Preissteigerungen und dem Anstieg des preisbereinigten BIP pro Kopf zuzurechnen. Zusätzlich haben gesundheitspolitische Refor-

men sowie außergewöhnliche Ereignisse wie die Corona-Pandemie einen eigenständigen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung. So zeigt besonders die Reform des Jahres 2004 eine kostensenkende Wirkung, während die Corona-Pandemie ab dem Jahr 2021 das Ausgabenwachstum beschleunigte.

2. Spezifische Ausgabentreiber in der GKV

223. Der Anstieg der Ausgaben der GKV [↘ ZIFFER 193](#) unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Leistungsbereichen. [↘ ABBILDUNG 49 OBEN](#) Die höchsten Wachstumsraten verzeichnen die Ausgaben für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege. Dagegen sind die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen und die Verwaltungskosten der Krankenkassen preisbereinigt kaum gestiegen. Hohe Wachstumsraten einzelner Leistungsbereiche gehen jedoch nicht notwendigerweise mit einem entsprechend hohen Beitrag zum Anstieg der Gesamtausgaben einher. Entscheidend ist vielmehr das Gewicht der jeweiligen Leistungsbereiche am Gesamtausgabenvolumen. [↘ ABBILDUNG 49 UNTEN](#) **Aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtausgaben entfällt der größte Teil des Anstiegs auf Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel.** Daneben trugen auch die Ausgaben für ärztliche Behandlungen und Krankengeld spürbar zum Anstieg bei. [↘ PLUSTEXT 11](#) Die hohen Wachstumsraten in der Behandlungspflege schlagen sich aufgrund des geringen Ausgangsniveaus hingegen bislang nur begrenzt in den Gesamtausgaben nieder.



[↘ PLUSTEXT 11](#)

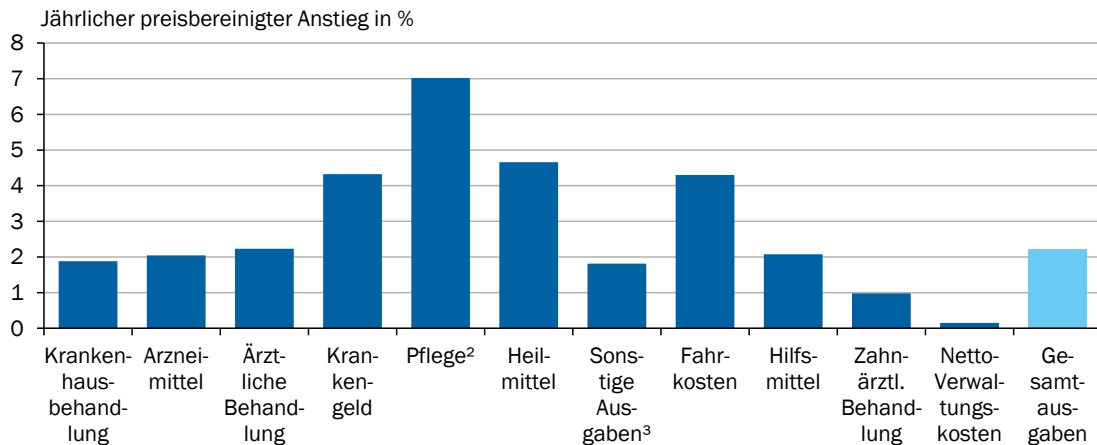
Hintergrund: Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld

Die preisbereinigten Ausgaben pro Versicherten für Krankengeld sind in den Jahren 2005 und 2025 im Durchschnitt um 4,3 % jährlich [↘ ABBILDUNG 49 OBEN](#) gestiegen und machen am aktuellen Rand bereits rund 6,1 % der gesamten GKV-Leistungsausgaben aus. [↘ ABBILDUNG 41](#) Der Anstieg dieser Ausgaben ist eng mit der Entwicklung des Krankenstands verbunden. Seit dem Jahr 2008 ist dieser deutlich gestiegen, die durchschnittlichen Krankheitstage je Versicherten nahmen von 8,6 auf 14,8 Tage im Jahr 2024 zu (Statistisches Bundesamt, 2026b). Der Krankenstand wirkt sich jedoch nur dann auf die GKV aus, wenn er durch längere Krankheitsdauern getrieben ist, da in den ersten bis zu sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt.

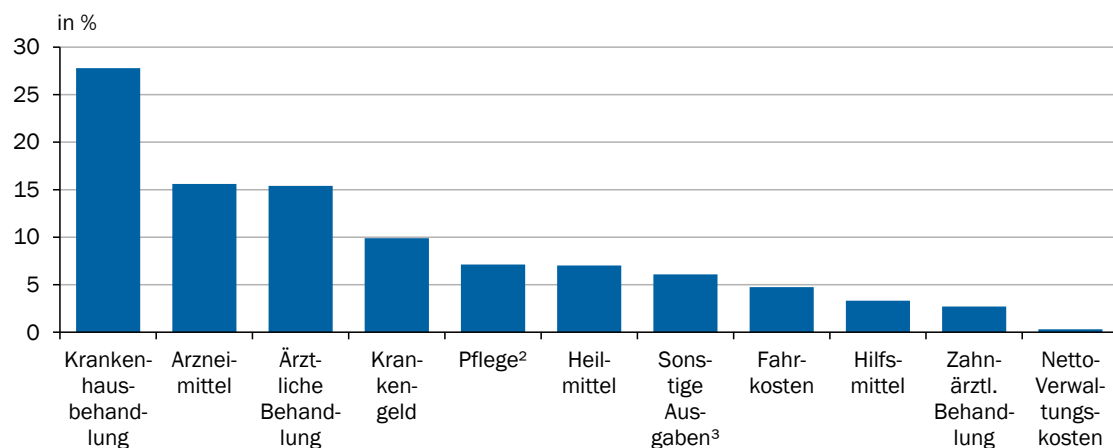
▸ **ABBILDUNG 49**

Entwicklung der GKV-Ausgaben im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2025¹

Entwicklung der preisbereinigten Ausgaben pro Versicherten



Anteil der Ausgaben am Anstieg der Gesamtausgaben



1 – Werte für das Jahr 2025 auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse. 2 – Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege. 3 – Reha und Vorsorge, Früherkennungsmaßnahmen, Schwangerschaft/Mutterschaft und sonstige Ausgaben.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-016-04

Krankenhausbehandlungen

224. Krankenhausbehandlungen stellen mit 111,4 Mrd Euro im Jahr 2025 und einem Anteil von knapp 32 % den größten Ausgabenblock der GKV dar. Die Ausgaben je Versicherten sind in den Jahren 2005 und 2025 preisbereinigt um 1,9 % pro Jahr gestiegen. ▸ **ABBILDUNG 49 OBEN Für diesen Ausgabenanstieg sind insbesondere anreizbedingte Mengenausweitungen, strukturelle Überkapazitäten sowie die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung zentral.**

225. Die Abrechnung der Krankenhauskosten gegenüber der GKV erfolgt vorrangig über ein **diagnosebezogenes Fallpauschalensystem** (DRG, Diagnosis Related Groups). ▸ **PLUSTEXT 12** Das DRG-System setzt ökonomische Anreize zur Ausweitung der Fallzahlen, da zusätzliche Behandlungen mit zusätzlichen Erlösen verbunden sind. Vor dem Hintergrund ausgeprägter Informationsasymmetrien

zwischen Arzt und Patient eröffnet dies Spielräume für angebotsinduzierte Nachfrage (McGuire, 2000; Schneider, 2002). Empirische Studien zeigen, dass die Einführung der Fallpauschalen zwar die Kosten pro Aufenthalt tendenziell reduziert (Böcking et al., 2005), gleichzeitig jedoch die Zahl der stationären Behandlungen systematisch erhöht hat (Quentin et al., 2010; Messerle und Schreyögg, 2024). Eine Reform, die die Finanzierung stärker an den vorgehaltenen Kapazitäten als den behandelten Fällen ausrichtet, wurde von der Ampel-Regierung der 20. Legislaturperiode auf den Weg gebracht und ist Gegenstand von Gesetzgebungsvorhaben der aktuellen Bundesregierung. [↪ KASTEN 13](#)



[↪ PLUSTEXT 12](#)

Hintergrund: Fallpauschalensystem

Die Höhe der DRG-Fallpauschalen richtet sich hauptsächlich nach Krankheitsart (Diagnose), Schweregrad der Erkrankung und Behandlungsmethode. Mit der Fallpauschale wird eine definierte Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer im Krankenhaus vergütet. Innerhalb dieser Bandbreite wird unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patientin bzw. des Patienten die gleiche, für eine mittlere Verweildauer kalkulierte Pauschale gezahlt. Für Patientinnen und Patienten mit einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben. Von Jahr zu Jahr werden die Pauschalen durch einen gesetzlich festgelegten Anpassungssatz angehoben (Landesbasisfallwert, § 10 KHEntgG). Dieser steigt mit dem Kostenindex für Krankenhauskosten (Orientierungswert), gemäß einer Meistbegünstigungsklausel jedoch mindestens mit der Entwicklung der GKV-Einnahmen (Grundlohnrate).

[↪ KASTEN 13](#)

Hintergrund: Krankenhausreform in Deutschland

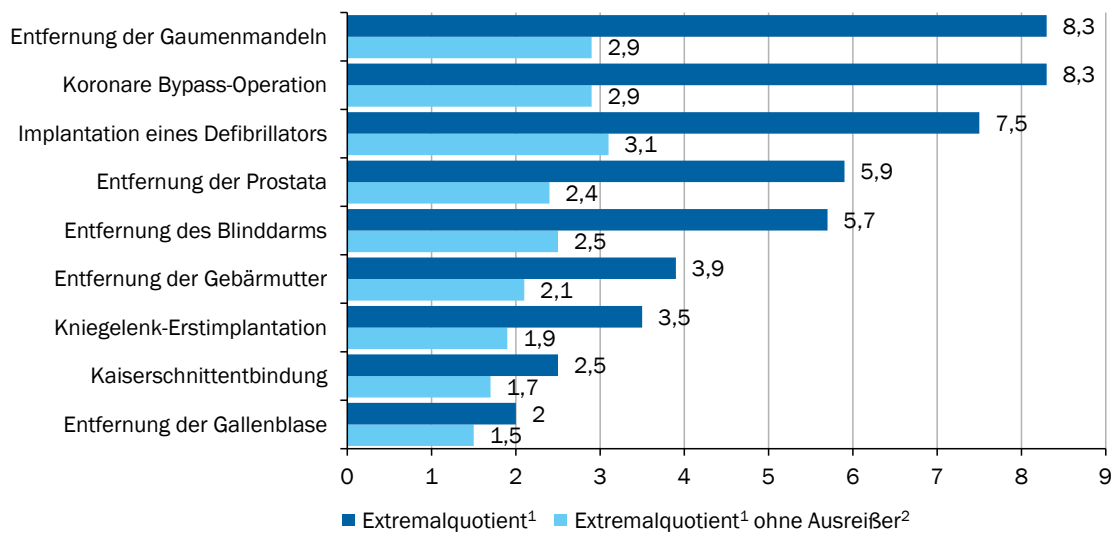
Das im Jahr 2024 beschlossene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll strukturelle Fehlanreize und Effizienzprobleme der bisherigen, fallzahlorientierten Krankenhausfinanzierung beheben. Das Ziel der Reform ist, Anreize zur Mengenausweitung abzuschwächen und Leistungen zu bündeln, ohne die flächendeckende Grundversorgung zu gefährden. Zugleich soll die wirtschaftliche Tragfähigkeit verbessert und eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser gefördert werden (BMG, 2024).

Kern der Reform ist der Wechsel von einer nahezu vollständig fallbezogenen Vergütung hin zu einem reduzierten DRG-Anteil und einer kombinierten Finanzierung mit fallunabhängigen Vorhaltepauschalen. Diese vergüten Kliniken für das Bereithalten von Kapazitäten (Betten, Personal, Technik), unabhängig von der tatsächlichen Patientenzahl, und sollen künftig rund 60 % der Betriebskosten abdecken (BMG, 2024). Bundeseinheitliche Leistungsgruppen für Krankenhäuser in qualitätsgebundenen Versorgungsstufen sollen eine Konzentration komplexer Leistungen und eine stärkere Spezialisierung ermöglichen. Zur Unterstützung der strukturellen Anpassungen wurde ein Krankenhausstransformationsfonds mit einem Volumen von bis zu 50 Mrd Euro für die Jahre 2026 bis 2035 errichtet (BMG, 2025b). Dieser soll unter anderem Umstrukturierungen von Standorten und die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen finanzieren. Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) plant die Bundesregierung Teile der Finanzierung des Fonds vom Gesundheitsfonds der GKV auf das Sondervermögen Infrastruktur

und Klimaneutralität zu verlagern, um den kurzfristigen Beitragsdruck auf die GKV zu mildern (Bundesregierung, 2025). Kurz- bis mittelfristig ist durch Transformations- und Anpassungskosten sowie parallele Strukturen in der Übergangsphase mit höheren Ausgaben zu rechnen (BMG, 2024). Langfristig dürfte eine Reduktion der Betten und Krankenhausstandorte jedoch den Ausgabenanstieg dämpfen (Augurzky und Karagiannidis, 2026).

- 226. Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Dichte an Krankenhäusern mit vielen kleinen Standorten und geringer Spezialisierung auf.** Empirische Effizienzanalysen für deutsche Akutkrankenhäuser zeigen, dass größere Häuser und spezialisierte Leistungsprofile systematisch mit höherer technischer Effizienz einhergehen, während kleine Kliniken mit einem breitem Leistungsspektrum ihre Gesundheitsdienstleistungen tendenziell weniger effizient erbringen (Lindlbauer und Schreyögg, 2014; Varabyova et al., 2017).
- 227.** Die erheblichen regionalen Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme lassen sich nicht durch Unterschiede im Bedarf erklären und deuten auf angebotsinduzierte Nachfrage und strukturelle Ineffizienzen hin. So dokumentieren Analysen auf Basis des SOEP, dass selbst nach Kontrolle von Morbidität und sozioökonomischen Faktoren systematische regionale Unterschiede der Inanspruchnahme, gemessen am Extremalquotienten, [↘ GLOSSAR](#) bestehen. Diese Disparität weist auf Angebots- und Praxisstilunterschiede als Quelle möglicher Ineffizienzen hin (Eibich und Ziebarth, 2014). Zum einen kann der regional verschiedene starke wirtschaftliche Druck Krankenhäuser dazu veranlassen, die Auslastung vorhandener Kapazitäten zu erhöhen (Reifferscheid et al., 2015). Zum anderen bestehen erhebliche Unterschiede in der Verbreitung ambulanter Operationen (Messerle et al., 2024; Tillmanns und Jäckel, 2024). Insgesamt fallen diese Unterschiede in der stationären Versorgung höher aus als in der ambulanten (Chuard und Hochuli, 2026). Nolting et al. (2011) zeigen, dass sich beispielsweise die relative Häufigkeit einer Mandeloperation bei Kindern zwischen den Landkreisen in Deutschland um mehr als den Faktor 8 unterscheidet. [↘ ABBILDUNG 50](#) Im Vergleich dazu scheinen regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung deutlich stärker durch patientenseitige Nachfrage erklärbar zu sein. So zeigen Salm und Wübker (2020) auf Basis von GKV-Routinedaten, dass in der ambulanten ärztlichen Versorgung über 90 % der regionalen Variation durch patientenseitige Nachfragefaktoren erklärt werden.
- 228. Die duale Krankenhausfinanzierung** nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, Betriebskosten über GKV-Fallpauschalen, Investitionskosten durch die Länder) **führt zu einem anhaltenden Investitionsdefizit**, da die Investitionen der Länder in die Krankenhausinfrastruktur seit dem Jahr 1991 preisbereinigt um rund 40 % zurückgegangen sind (DKG, 2025). Augurzky et al. (2024) zeigen, dass derzeit nur etwa die Hälfte des jährlichen Investitionsbedarfs von rund 6,8 Mrd Euro durch öffentliche Mittel gedeckt wird. Der von Bund, Ländern und Krankenhausträgern finanzierte Krankenhauszukunftsfonds mit einem Fördervolumen von 4,3 Mrd Euro wurde im Jahr 2020 aufgelegt, um die notwendige Modernisierung zu unterstützen (BAS, 2026a). Er kann die Finanzbedarfe jedoch nicht langfristig decken. **Krankenhäuser finanzieren notwendige Investitionen daher zunehmend aus Überschüssen der Leistungsent-**

▸ ABBILDUNG 50

Regionale Unterschiede von Operationshäufigkeiten

1 – Verhältnis des Operationsindex zwischen dem Landkreis mit der höchsten und jenem mit der niedrigsten Operationshäufigkeit. 2 – Verhältnis des Operationsindex am 95. und 5. Perzentil der Operationshäufigkeit.

Quelle: Nolting et al. (2011)

© Sachverständigenrat | 26-043-01

gelte, ▸ **KASTEN 10 was die Anreize zur Mengenausweitung verstärkt** (DKI und BDO, 2015). Gerade bei vielen kleinen und teilweise unterausgelasteten Standorten erhöht dies den Druck, Fallzahlen zu steigern, und begünstigt vermeidbare stationäre Behandlungen.

229. Das DRG-Vergütungssystem für stationäre Krankenhausleistungen ist die wichtigste Erlösquelle der Akutkrankenhäuser. Durch die **Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System** im Jahr 2020 wurde der Pauschalcharakter der Krankenhausvergütung teilweise abgeschwächt. Die stationären Personalkosten werden zu einem wachsenden Teil von derzeit 25 % der GKV-Ausgaben für Krankenhäuser über ein krankenhausesindividuell zu vereinbarendes **Pflegebudget** finanziert, das zweckgebunden der Finanzierung der Pflegepersonalkosten dient (BMG, 2026d; Hentschker et al., 2026b). Dadurch können Kostensteigerungen in der Pflege (z. B. durch Personalaufbau oder Tarifentwicklung) unmittelbar auf die Ausgaben der GKV durchschlagen, auch wenn Fallzahlen und Fallpauschalen unverändert bleiben (Hentschker et al., 2023). **Die parallele Finanzierung über DRG und Pflegebudget schwächt damit die kostenbegrenzende Wirkung des Pauschalsystems und erhöht zugleich die Komplexität der Vergütungsstruktur.**
230. Die Krankenhausreform zielt darauf ab, die bestehenden Fehlanreize zu reduzieren, insbesondere durch eine stärkere Entkopplung der Finanzierung von Fallzahlen und eine Förderung der Spezialisierung. ▸ **KASTEN 13** Kern ist die Einführung fallunabhängiger Vorhaltepauschalen sowie bundeseinheitlicher Leistungsgruppen. Simulationsrechnungen zeigen, dass langfristig eine deutliche Reduktion der Zahl der Kliniken (von rund 1 400 auf unter 600 Standorte) bei gleichzeitiger stärkerer Spezialisierung die Behandlungsqualität verbessern und Effizienzreserven heben könnte (Böcken, 2019). Kurzfristig ist aufgrund von Transformations-

kosten und parallelen Strukturen allerdings mit steigenden Ausgaben zu rechnen. Diese werden in den Jahren 2026 bis 2035 durch einen von Bund und Ländern paritätisch finanzierten Transformationsfonds von insgesamt 50 Mrd Euro getragen (BMG, 2024). **Langfristige Effizienzgewinne setzen voraus, dass tatsächlich Kapazitäten abgebaut und Leistungen stärker konzentriert werden.**

231. In Deutschland ist die Krankenhausversorgung sowohl durch vergleichsweise häufige Krankenhausaufenthalte als auch durch lange Verweildauern gekennzeichnet (OECD und European Observatory, 2025; JG 2018 Ziffern 802 ff.). Dies deutet auf Fehlanreize in der sektoralen Vergütungsstruktur hin, die stationäre Behandlungen gegenüber ambulanten Leistungen begünstigen. Im Rahmen der Krankenhausreform wurde daher ab dem Jahr 2024 eine sektorengleiche Vergütung („Hybrid-DRG“) für ausgewählte Eingriffe eingeführt. Für diese Leistungen gilt damit eine einheitliche Fallpauschale, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder (kurz-)stationär erfolgt. Entsprechend sinken die Fallpauschalen für Krankenhäuser, während die ambulante Behandlung im Vergleich zur Abrechnung nach EBM bzw. GOÄ höher vergütet wird. **Dadurch werden die relativen Vergütungsanreize zugunsten ambulanter Behandlungen verschoben, sodass Leistungen, die in vergleichbarer Qualität ambulant erbracht werden können, verstärkt aus dem stationären Bereich verlagert werden sollen.** Perspektivisch soll dies sowohl die Zahl stationärer Fälle als auch den Bedarf an stationären Kapazitäten verringern. Erste Auswertungen weisen auf einen höheren Anteil ambulanter Behandlungen und sinkende Gesamtkosten trotz steigender Fallzahlen hin (Hentschker et al., 2026a). Allerdings besteht das Risiko, dass eine Ausweitung der Gesamtzahl der Behandlungen mögliche Kostenersparnisse teilweise kompensiert.

Arzneimittelausgaben

232. Im Jahr 2025 wurden in der GKV 58,5 Mrd Euro für Arzneimittel ausgegeben, was einem Anteil von knapp 17 % der Gesamtausgaben entspricht. [↘ ZIFFER 192](#) **Der Anstieg der Arzneimittelausgaben wird maßgeblich durch den Einsatz zunehmend hochpreisiger, patentgeschützter Arzneimittel getrieben.** Deutschland weist bei Arzneimitteln im internationalen Vergleich sowohl einen hohen Verbrauch als auch ein hohes Preisniveau auf (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zwischen den Jahren 2005 und 2025 sind die Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten preisbereinigt um knapp 2,1 % pro Jahr gestiegen. [↘ ABBILDUNG 49](#) **OBEN** Die Nettokosten für Arzneimittel ergeben sich aus der Summe der Ausgaben der GKV und der Zuzahlungen der Versicherten abzüglich der Hersteller- und Apothekenabschläge (Schröder et al., 2025). Im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2024 stiegen die Nettokosten je verordneter Tagesdosis bei **patentgeschützten Arzneimitteln** um rund 106 %, bei nicht patentgeschützten Arzneimitteln um knapp 39 %. Gleichzeitig ist der Verordnungsanteil patentgeschützter Arzneimittel von 10 % auf 7 % gesunken, während ihr Anteil an den Gesamtausgaben von 53 % auf 54 % gestiegen ist. Patentgeschützte Arzneimittel machen damit trotz eines rückläufigen Anteils an den Verordnungen einen überproportional hohen Anteil an den Gesamtausgaben aus. Maßgeblich für diese Entwicklung ist der durch den

MTF ausgelöste Trend hin zu hochpreisigen, individualisierten Therapien (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

233. Die Arzneimittelausgaben der GKV werden im Wesentlichen durch die Verschreibungshäufigkeit und den **Erstattungsbetrag** der Arzneimittel bestimmt. Versicherte in der GKV bekommen den Großteil der verschreibungspflichtigen Arzneimittel von ihrer jeweiligen Krankenkasse erstattet, während die Kosten für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel zumeist nicht erstattet werden. In seinem letzten Gutachten hat der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege darauf hingewiesen, dass die aktuelle Preisfindung von Arzneimitteln in der GKV den Anstieg der Arzneimittelausgaben begünstigt (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

↪ KASTEN 14

Kritisiert wird insbesondere, dass sich die Bepreisung innovativer Arzneimittel nicht konsequent genug am therapeutischen **Zusatznutzen** ausrichtet, gemessen an einer zweckmäßigen Vergleichstherapie, und der MTF somit in diesem Bereich erheblich kostensteigernd wirkt. Insbesondere sog. Orphan Drugs für seltene Erkrankungen profitieren von umfassenden Sonderregelungen, haben jedoch oftmals keinen nachweisbaren Zusatznutzen. ↪ KASTEN 14 Sie machen weniger als 0,1 % der verordneten Tagesdosen aus, sind jedoch für 14 % der Ausgaben im GKV-Arzneimittelmarkt verantwortlich (Schröder et al., 2025). Dies verdeutlicht die hohe Konzentration der Ausgaben auf wenige, sehr teure Arzneimittel.

↪ KASTEN 14

Hintergrund: Bepreisung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der GKV

Die Bepreisung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der GKV erfolgt in einem zweigeteilten System. Im Neumarkt für patentgeschützte Arzneimittel ohne passende Festbetragsgruppe werden die Erstattungsbeträge im sog. AMNOG Verfahren zwischen GKV-Spitzenverband und den Herstellern verhandelt. Dabei soll der Preis den therapeutischen Zusatznutzen widerspiegeln. In diesem Verfahren sind Arzneimittel nach der Zulassung unmittelbar erstattungsfähig, wobei die pharmazeutischen Unternehmen den Preis für die ersten sechs Monate frei festsetzen. Parallel wird der Zusatznutzen bewertet, auf dessen Grundlage anschließend ein Erstattungsbetrag verhandelt wird, der rückwirkend gilt (Schröder et al., 2025). Ein belegter Zusatznutzen rechtfertigt einen Zuschlag auf die Kosten der Vergleichstherapie. Fehlt er, wird der Preis meist auf das Niveau der wirtschaftlichsten Standardtherapie gedeckelt. Dieses Zusammenspiel aus frühem Marktzugang und nachgelagerter Preisverhandlung führt dazu, dass innovative Arzneimittel zunächst zu hohen Preisen in den Markt eintreten, im internationalen Vergleich jedoch schnell verfügbar sind (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

Im Bestandsmarkt, der vorwiegend aus Generika und patentfreien Wirkstoffen besteht, können pharmazeutischen Unternehmen ihre Preise grundsätzlich frei festlegen. Das Preisniveau wird jedoch durch Festbeträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittelgruppen begrenzt. Für jede dieser Festbetragsgruppen setzt der GKV-Spitzenverband eine Höchstgrenze für die Erstattung durch die GKV (BfArM, 2026).

Eine Sonderregelung gilt für Orphan Drugs, also Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen. Für diese Arzneimittel gilt der Zusatznutzen bereits mit der Zulassung und bis zu einer Jahresumsatzgrenze als belegt, ohne dass ein empirischer Nutznachweis erforderlich ist („fiktiver Zusatznutzen“). Spätere reguläre Nutzenbewertungen zeigen, dass bei einem

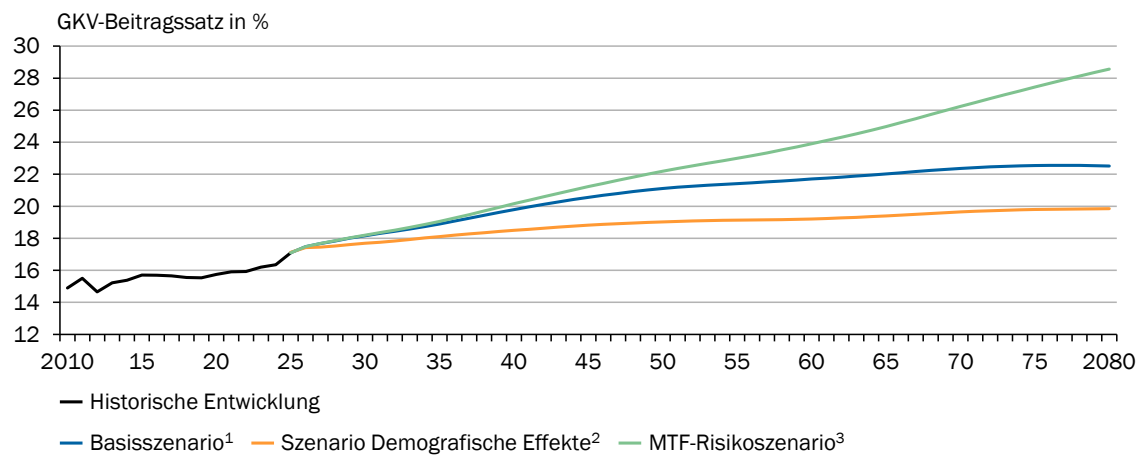
erheblichen Teil der Orphan Drugs kein Zusatznutzen nachweisbar ist (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zudem liegt ihr Erstattungspreis näher am ursprünglichen Markteintrittspreis als für andere Arzneimittel und ist somit tendenziell überhöht.

IV. BEITRAGSSATZENTWICKLUNG IM STATUS QUO

234. Der Sachverständigenrat projiziert die weitere Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der GKV auf Grundlage der Langfristsimulationen von Werding et al. (2026). Dabei wird abgeschätzt, wie sich der durchschnittliche Beitragssatz im bestehenden System der GKV unter geltender Rechtslage bis zum Jahr 2080 weiterentwickeln. Im Basisszenario werden steigende Finanzierungsbedarfe über höhere Beitragssätze ausgeglichen, während die Bundesmittel regelbasiert fortgeschrieben werden. [↪ ZIFFER 108](#) Daneben werden weitere Szenarien, unter anderem mit abweichenden Annahmen zur künftigen Bevölkerungsentwicklung, betrachtet. [↪ PLUSTEXT 5](#) In der GKV wirkt neben demografischen Effekten insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt (MTF) kostentreibend, über dessen zukünftige Entwicklung aber grundlegende Ungewissheit besteht. Im Basisszenario wird daher angenommen, dass der MTF am aktuellen Rand mit 0,9 Prozentpunkten pro Jahr zum Anstieg der Leistungsausgaben beiträgt und sich anschließend bis zum Ende des Projektionszeitraums kontinuierlich abschwächt. [↪ ZIFFER 222](#)
235. Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass es zu einem langfristigen Anstieg der Ausgaben und Beitragssätze in der GKV kommen dürfte. [↪ ABBILDUNG 51](#) Der Beitragssatz dürfte im Jahr 2027 durchschnittlich auf 17,7 % und bis zum Jahr 2030 auf 18,2 % ansteigen. Danach steigt er kontinuierlich weiter auf ein Niveau von 19,8 % im Jahr 2040 und erreicht im Jahr 2080 einen Wert von 22,5 %.
236. Im Vergleich zum Basisszenario zeigt ein Szenario mit rein demografischer Dynamik, das von kostensteigernden Innovationen des MTF abstrahiert, einen deutlich geringeren Ausgabenanstieg in der GKV. Der Beitragssatz steigt in diesem Fall bis zum Jahr 2040 auf 18,5 % und bis zum Jahr 2080 auf 19,8 %. In einem Risikoszenario wird hingegen eine stärkere Wirkung des MTF unterstellt, indem dessen historische Dynamik ungebremst fortgeschrieben wird. [↪ KASTEN 12](#) Dies führt zu einem erheblich stärkeren Ausgabenanstieg und damit zu einem deutlich höheren Beitragssatz von 20,2 % im Jahr 2040 und 28,6 % im Jahr 2080.

▸ ABBILDUNG 51

Simulation des GKV-Beitragssatzes im Status Quo



1 - Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 - Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel und bei erwarteter demografischer Entwicklung. 3 - Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit ungebremster Dynamik.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-064-02

V. REFORMOPTIONEN FÜR EINE NACHHALTIGE FINANZIERUNG DER KRANKENVERSICHERUNG

237. Der Sachverständigenrat diskutiert in diesem Abschnitt ausgaben- und einnahmensseitige Reformoptionen, die das Potenzial haben, die nachhaltige Finanzierung der GKV bei Gewährleistung eines angemessenen Leistungsniveaus zu sichern. [↪ PLUSTEXT 4](#) Einige weitere Reformoptionen wurden kürzlich von der FinanzKommission Gesundheit (FKG) vorgelegt. [↪ PLUSTEXT 13](#) Auf dieser Basis hat die Bundesregierung am 29. April 2026 im Bundeskabinett einen Entwurf für das geplante GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz verabschiedet (Bundesregierung, 2026).



[↪ PLUSTEXT 13](#)

Hintergrund: Reformvorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet die FKG Reformvorschläge zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der GKV bei gleichzeitiger Sicherung eines hohen Qualitäts- und Leistungsniveaus (FKG, 2026). Mit dem ersten Bericht wurden Vorschläge für Maßnahmen vorgelegt, die bereits ab dem Jahr 2027 greifen sollen und damit schon kurzfristig wirksam werden. Ein zweiter Bericht mit weitergehenden mittel- und langfristigen Strukturreformen ist für Ende des Jahres 2026 angekündigt. Als zentrale Ursache der dynamischen Ausgabenentwicklung identifiziert die Kommission insbesondere steigende Preise und Vergütungen im Gesundheitswesen, die sich zunehmend von der Einnahmementwicklung entkoppelt haben. Vor diesem Hintergrund legte sie ein Bündel von 66 Reformempfehlungen mit einem Entlastungspotenzial von 42,3 Mrd Euro im Jahr 2027 vor, das bis zum Jahr 2030 auf 63,9 Mrd Euro anwächst.

Die Reformvorschläge auf der Ausgabenseite zielen auf eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs. Vorgeschlagen werden Maßnahmen zur Effizienzsteigerung, zum Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie für eine stärkere Ausrichtung an evidenzbasierter Medizin. Ergänzend werden Anpassungen bei den Kostenbeteiligungen der Versicherten vorgeschlagen. Zentrale Leitlinie ist die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, wonach Ausgabensteigerungen künftig enger gedeckelt werden sollen. Auf der Einnahmenseite empfiehlt die Kommission eine moderate Ausweitung der Finanzierungsbasis. Dazu zählen die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung, eine stärkere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie präventiv ausgerichtete Maßnahmen wie die Erhöhung von Verbrauchsteuern auf gesundheitsschädliche Produkte (z. B. Tabak, Alkohol und zuckerhaltige Getränke).

1. Gesundheitskosten effektiver steuern

238. Die finanzielle Anspannung der GKV ist vor allem auf einen hohen Ausgabenanstieg zurückzuführen, der wesentlich durch nicht-demografische Faktoren getrieben wird. [↪ ZIFFERN 216 FF.](#) An erster Stelle werden hier daher ausgabenseitige Re-

formoptionen diskutiert. Insbesondere sollte die Finanzierung der Krankenhäuser unabhängiger von Fallzahlen ausgestaltet werden und die Vergütung sich durch Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel stärker am tatsächlichen Kostenanstieg orientieren. Zusätzlich sollte durch Anpassungen des Pflegebudgets verhindert werden, dass Pflegekräfte für andere Tätigkeiten eingesetzt werden. Zudem sollten die Preise für neue Arzneimittel konsequent am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet werden. Damit dürfte der Anstieg der beiden zentralen Treiber der GKV-Ausgaben gebremst werden. ↘ ZIFFER 223 Darüber hinaus sollten Kostenbeteiligungen zielgenauer eingesetzt und die Prävention gesundheitsschädlichen Konsumverhaltens durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch Preissignale gestärkt werden.

Durch stärkere Prävention Ausgaben langfristig dämpfen

- 239. Informations- und Bildungsmaßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Prävention, reichen für eine nachhaltige Verringerung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen jedoch häufig nicht aus** (Jepson et al., 2010). Sie setzen voraus, dass Individuen gesundheitsbezogene Informationsangebote aktiv wahrnehmen, verstehen und im Alltag in Verhaltensänderungen übersetzen. Gesundheitskompetenz ist jedoch sozial ungleich verteilt (Nickel und von dem Knesebeck, 2020; Karran et al., 2023). Entsprechend erreichen informationsbasierte Präventionsstrategien benachteiligte Gruppen häufig schlechter (Präventionsparadox; Rose, 2001; Wissenschaftsrat, 2026) und können bestehende Unterschiede im Gesundheitsverhalten teilweise sogar noch verstärken (Kaba-Schönstein und Kilian, 2023), etwa wenn Kommunen mit sozioökonomisch schwächerer Bevölkerung seltener an Programmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen (Herbert-Maul et al., 2023). Hinzu kommt, dass gesundheitsschädlicher Konsum vielfach durch Gewohnheiten, Gegenwartspräferenz und schwache Selbstkontrolle geprägt ist, die durch reine Wissensvermittlung nur begrenzt adressiert werden (Matjasko et al., 2016). Dies spricht dafür, Informations- und Bildungsangebote durch Instrumente zu ergänzen, wie etwa **Werbeverbote und Marketingregeln sowie verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen**.
- 240. In der Verhaltensprävention kann der Staat die Lenkungswirkung von Preissignalen gezielt nutzen**, indem er über Verbrauchsteuern oder Mindestpreise die Endverbraucherpreise erhöht. Steigende Preise für gesundheitsschädliche Produkte wie Tabak, Alkohol oder stark zuckerhaltige Lebensmittel führen empirisch erhärtet zu einem Rückgang des Konsums und damit mittel- bis langfristig zu einer geringeren Krankheitslast. Für Alkohol zeigen empirische Studien konsistent negative Preiselastizitäten der Nachfrage, sodass Preiserhöhungen mit spürbaren Rückgängen im Konsum einhergehen (Wagenaar et al., 2009; Fogarty, 2010; Neufeld et al., 2022). Schätzungen zufolge könnten durch eine deutliche Erhöhung der Verbrauchsteuern relevante Anteile alkoholbedingter Krankheits- und Todesfälle vermieden werden (Kilian et al., 2022). Auch die Preiselastizität der Nachfrage für Tabakprodukte ist hoch, wobei die Reaktion bei Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status besonders ausgeprägt ist (Hanewinkel und Isensee, 2003; Chaloupka et al., 2011).

- 241. Deutschland schneidet bei der präventiven Ernährungspolitik im europäischen Vergleich besonders schwach ab.** [↪ ABBILDUNG 47](#) So wurde in Deutschland bislang keine Abgabe auf stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel implementiert. Bisherige Präventionsmaßnahmen, etwa die im Jahr 2025 ausgelaufene Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie (BMLEH, 2026b), setzen auf freiwillige Reduktionsziele der Lebensmittelwirtschaft. Zwischenberichte zeigen Fortschritte bei einzelnen Produktgruppen, betonen jedoch fortbestehenden Handlungsbedarf (Gréa et al., 2025). **Vor diesem Hintergrund kann eine breit angelegte, am jeweiligen Zutatengehalt orientierte Abgabe als strukturelles Präventionsinstrument ansetzen** (Fischbacher et al., 2025). Im Gegensatz zu einer Ausgestaltung als Wertsteuer erzeugt ein solcher Ansatz neben der Lenkungswirkung für Konsumenten auch einen Anreiz für Produzenten, die Verwendung der besteuerten Inhaltsstoffe zu reduzieren (Bandy et al., 2020; Dickson et al., 2025).
- 242.** Kurzfristig wirken Verbrauchsteuern auf Tabak, Alkohol oder stark zuckerhaltige Lebensmittel tendenziell regressiv, weil Haushalte im unteren Einkommensbereich im Durchschnitt einen größeren Teil ihres Einkommens für den Konsum dieser Produkte aufwenden (Klosterhalfen und Kotz, 2025; Staudigel et al., 2025). Im europäischen Vergleich sind die sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Inzidenz dieser Risikofaktoren in Deutschland groß (OECD und European Observatory, 2025). Langfristig fallen die Preisreaktionen in diesen Gruppen häufig stärker aus, sodass Preiserhöhungen dort eine überproportionale gesundheitsbezogene Lenkungswirkung entfalten (Allcott et al., 2019) und bestehende Ungleichheiten in der Krankheitslast reduzieren können (Rogers et al., 2023; Cobiac et al., 2024). Über den Lebensverlauf dürfte die Nettoinzidenz solcher Steuern bei Einbezug der langfristigen Gesundheitsgewinne und den damit verbundenen höheren Lebenserwerbseinkommen tendenziell eher progressiv ausfallen (Nomaguchi et al., 2017; Fuchs et al., 2018).
- 243.** Für die effektive Lenkungswirkung von Abgabenerhöhungen sind mögliche Ausweichreaktionen zu berücksichtigen. Zum einen kann es bei hohem Preisgefälle zu grenzüberschreitenden Nachfrageverschiebungen kommen. Während der Preis für Tabak in Deutschland im Vergleich mit den Nachbarländern durch eine Reihe von Steuererhöhungen in der Vergangenheit bereits deutlich gestiegen ist, liegt der Preis für Alkohol auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (Eurostat, 2025). Insofern dürften Ausweichreaktionen dort geringer ausfallen. Zum anderen dürfte die Lenkungswirkung besonders hoch ausfallen, wenn Abgabenerhöhungen breite Gütergruppen gleichermaßen belasten und dadurch Ausweichreaktionen in Substitutionsprodukte, wie beispielsweise ihrerseits potenziell gesundheitsgefährdende Süßstoffe (BfR, 2023) im Fall einer Verbrauchsteuer auf Zucker, vermieden werden (Plamper et al., 2006; Müller et al., 2010; García-Chávez et al., 2025).

Kostenbeteiligungen zielgenau einsetzen

- 244.** Kostenbeteiligungen der Versicherten zum Zweck der Reduzierung der Nachfrage von Leistungen mit geringem medizinischen Nutzen wirken oftmals nicht zielgenau, da sie auch die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen re-

duzieren. [↘ KASTEN 11](#) Die medizinische Notwendigkeit von Leistungen kann in der Regel besser durch Fachpersonal als durch Versicherte beurteilt werden. **Maßnahmen zur Reduktion medizinisch nicht notwendiger Leistungen sollten daher primär bei den Leistungserbringern ansetzen.** Die Versicherten können die von ihnen verursachten Gesundheitskosten hingegen vor allem über ihren Gesundheitszustand beeinflussen. Um diesen zu verbessern, sollten die Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten gestärkt [↘ ZIFFER 239](#) und die Inanspruchnahme präventiver Leistungen gefördert werden. [↘ ZIFFER 248](#)

245. Zuzahlungen im ambulanten Bereich sind insbesondere dann sinnvoll, wenn sie bei gleicher Wirksamkeit Anreize zur **Wahl einer kostengünstigeren Gesundheitsleistung** anstelle einer höherpreisigen Alternative setzen. Dies ist aktuell im Bereich Arzneimittel und bei Kostenbeteiligungen am Zahnersatz der Fall. [↘ ZIFFERN 199 FF.](#) Eine pauschale Ausweitung von Kostenbeteiligungen, etwa durch eine Wiedereinführung der Praxisgebühr, ist hingegen kritisch zu bewerten, da sie auch notwendige Arztkontakte reduzieren kann. Stattdessen sollten **Instrumente zur Senkung der Kosten einzelner Arztkontakte** gestärkt werden, etwa durch den Einsatz von Telemedizin oder eine verbesserte Patientensteuerung. [↘ ZIFFER 254](#) Zuzahlungen auf Leistungen im stationären Bereich weisen hingegen eine geringe Nachfrageelastizität auf und leisten daher primär eine **Finanzierungsfunktion**.
246. Die pauschalen Zuzahlungen zu Leistungen der GKV wurden seit dem Jahr 2004 nicht erhöht. Die FKG beziffert die potenziellen Mehreinnahmen einer **Inflationsanpassung der pauschalen Zuzahlungen** auf 1,9 Mrd Euro (FKG, 2026). Die Belastungsgrenzen für Zuzahlungen dämpfen die Mehreinnahmen jedoch deutlich. [↘ ZIFFER 201](#) In Simulationen des Sachverständigenrates sinken die Mehreinnahmen unter Berücksichtigung der Belastungsgrenzen auf bis zu 1,1 Mrd Euro. Dies entspricht einer Erhöhung der Einnahmen der GKV aus Zuzahlungen um rund 22 % und würde eine unmittelbare Beitragssatzsenkung um 0,1 Prozentpunkte ermöglichen. Die tatsächlichen Mehreinnahmen dürften noch geringer ausfallen, wenn Versicherte ihr Verhalten anpassen oder weitere Versicherte die Belastungsgrenze erreichen. Zudem können höhere Zuzahlungen die Ausgaben einzelner Krankenkassen erhöhen, da sie bei Überschreiten der Belastungsgrenzen die Kosten tragen und diese nicht über den Morbi-RSA ausgeglichen werden (FKG, 2026).
247. Eine isolierte Erhöhung der Zuzahlungen hätte zugleich verteilungsrelevante Effekte. Zwar begrenzen die geltenden Belastungsgrenzen von 2 % des Bruttoeinkommens (bzw. 1 % für chronisch Kranke) die jährliche Gesamtbelastung, jedoch wirken punktuell anfallende, pauschale Zuzahlungen vor Erreichen dieser Schwellen insbesondere für einkommensschwache Haushalte mit Liquiditätsrestriktionen belastend. Empirische Evidenz zeigt, dass Kostenbeteiligungen gerade bei vulnerablen Gruppen zu gesundheitlich nachteiligen Verhaltensanpassungen führen können. [↘ KASTEN 11](#) Um diese Verteilungseffekte abzufedern, wäre eine zu Jahresbeginn erfolgende **Zuzahlungsbefreiung von Versicherten mit niedrigem Einkommen** zusätzlich zu den bestehenden Belastungsgrenzen sinnvoll (WHO, 2025). Die Krankenkassen könnten diese auf Antrag der Versi-

cherten umsetzen. Eine analoge Befreiungsregelung besteht bereits beim Festzuschussystem zum Zahnersatz. [↪ ZIFFER 265](#)

248. Kostenbeteiligungen in Form von Bonusprogrammen zur Förderung präventiven Verhaltens zeigen in ihrer aktuellen Ausgestaltung nur begrenzt Wirkung (Deutscher Bundestag, 2021a). Auf Seiten der Versicherten belohnen sie häufig nicht nur Verhaltensänderungen, sondern auch bereits bestehendes Verhalten, sodass Selektions- und Mitnahmeeffekte auftreten. Um effektive Verhaltensänderungen anzuregen, sollten Bonusprogramme nur solche Leistungen fördern, die einen wissenschaftlich erwiesenen zusätzlichen Nutzen für die Gesundheit haben (BVA, 2018). Breiter angelegte Kostenbeteiligungen wie Selbstbehalte wirken sich weder gezielt noch positiv auf Präventionsbemühungen aus (Brot-Goldberg et al., 2017). Auf Seiten der Krankenkassen könnte eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA Anreize schaffen, in effektive Präventionsleistungen und -anreize zu investieren. [↪ ZIFFER 197](#) Reformvorschläge umfassen insbesondere eine Erhöhung des finanziellen Volumens (Drösler et al., 2025), eine Ausweitung auf weitere Präventionsmaßnahmen (Berndt et al., 2025) sowie Anpassungen der Krankheitsgewichtung im Morbi-RSA (Häckl et al., 2016).
249. Neben Kostenbeteiligungen hat auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens das Potenzial, das Verhalten der Versicherten zu beeinflussen und dadurch Gesundheitskosten zu senken. Dabei könnte die im Jahr 2025 eingeführte elektronische Patientenakte (ePA) für digitales Nudging genutzt werden, indem die Versicherten individualisierte und digitale Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen, Impfauffrischungen oder Medikamenteneinnahme erhalten (Strandbygaard et al., 2010; Milkman et al., 2021; GKV-Spitzenverband, 2026c). Zudem könnte die Möglichkeit, Abrechnungsdaten in der ePA einzusehen, grundsätzlich zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit den eigenen Gesundheitskosten und damit zu einer kostenbewussteren Inanspruchnahme beitragen. Auch Abrechnungsbetrug könnte so einfacher von den Versicherten entdeckt werden (Deutsches Ärzteblatt, 2023; GKV-Spitzenverband, 2025). Da die Nutzerfreundlichkeit und die tatsächliche Nutzung der ePA noch erheblich verbessert werden können, bleibt dieses Potenzial derzeit größtenteils ungenutzt (von Kalckreuth et al., 2025; BMG, 2026e). [↪ ZIFFERN 267 FF.](#)

Krankenhausfinanzierung und Angebotsstruktur bedarfsgerecht ordnen

250. **Eine nachhaltige Begrenzung des Ausgabenanstiegs im Krankenhausbereich erfordert ein Zusammenspiel aus Strukturreformen, angepassten Vergütungsmechanismen und einer klareren Finanzierungsverantwortung.** Die von der Vorgängerregierung in der 20. Legislaturperiode angestoßene Krankenhausreform eröffnet die Möglichkeit, durch stärkere Spezialisierung, eine bessere Qualitätssicherung und eine weitergehende Entkopplung der Finanzierung der Krankenhäuser von der Zahl der behandelten Patienten Effizienzreserven zu heben und die Versorgungsqualität zu stärken (BMG, 2024). Damit adressiert sie zentrale strukturelle Ursachen des Ausgabenanstiegs im Krankenhausbereich.

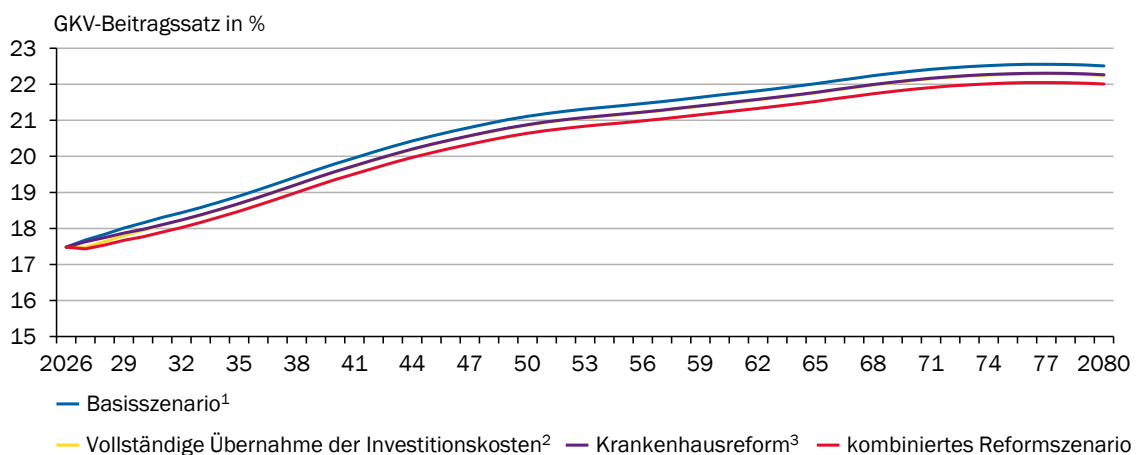
Eine konsequente Umsetzung der Reform könnte den durchschnittlichen Beitragssatz dauerhaft um bis zu 0,4 Prozentpunkte senken.

Nach den derzeitigen Änderungen im Rahmen des Krankenhausreformatpassungsgesetzes (KHAG) dürfte jedoch nur etwa die Hälfte dieses Entlastungspotenzials realisiert werden (Augurzky und Karagiannidis, 2026). Einen wesentlichen Beitrag zum Erreichen dieser Ziele können bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen für Krankenhäuser mit klar überprüfbaren Qualitätskriterien leisten. [↪ KASTEN 13](#) Im Zuge der Überarbeitung der Reform zeichnet sich jedoch ab, dass Qualitätsmaßstäbe gelockert und Umsetzungsfristen sowie Ausnahmeregelungen verlängert werden. [↪ ZIFFER 230](#) Übergangs- und Ausnahmeregelungen sollten daher eng auf Fälle begrenzt werden, in denen sie nachweislich erforderlich sind, um Versorgungslücken zu verhindern. Auf Basis der Simulationen des Sachverständigenrates dürfte eine **Umsetzung der abgeschwächten Reform** ab dem Jahr 2026 den **Beitragssatz** im Jahr 2030 gegenüber dem Basisszenario **um bis zu 0,2 Prozentpunkte auf 18,0 % senken**. [↪ ABBILDUNG 52](#) Gemessen an den Ausgaben für stationäre Behandlungen und am vermuteten Ausmaß der Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen erscheinen diese Effekte als eher klein.

251. Neben strukturellen Reformen können auch Anpassungen der Vergütungsmechanismen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs beitragen. Um den Ausgabenanstieg in der stationären Versorgung kurzfristig zu begrenzen, könnte die **Meistbegünstigungsklausel** für die nächsten Jahre ausgesetzt werden. [↪ PLUSTEXT 12](#) An ihre Stelle könnte in dieser Zeit ein Mechanismus treten, der die Vergütung auf die tatsächliche Kostenentwicklung (Orientierungswert) begrenzt. Die Effekte der einmaligen Aussetzung der Klausel im Jahr 2026 verdeutlicht die Größenordnung: Für das Jahr 2026 werden dadurch Ausgabensteigerungen der GKV von bis zu 1,8 Mrd Euro vermieden (Deutscher Bundestag, 2025a). Dies wirkt sich zudem

[↪ ABBILDUNG 52](#)

Effekte von Reformen der Krankenhausfinanzierung auf den GKV-Beitragssatz



1 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 – Effekte einer vollständigen Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder. 3 – Effekte der Krankenhausreform bei einer Umsetzung aller von der Vorgängerregierung in der 20. Legislaturperiode geplanten Maßnahmen.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-131-01

als Basiseffekt in den Folgejahren aus, weil spätere Steigerungen auf einem entsprechend niedrigeren Ausgangsniveau ansetzen.

Um den Ausgabenanstieg stärker zu dämpfen, könnte an die Stelle einer Orientierung an der durchschnittlichen Kostenentwicklung eine Vergleichsgröße treten, die die Qualität der Versorgung einbezieht und die effiziente Leistungserbringung stärkt. Jedoch könnte eine zu strikte Indexierung längerfristig zu Versorgungslücken führen, insbesondere wenn die Krankenhauskosten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts oder außergewöhnlicher Kostenschocks der Krankenhäuser stärker wachsen als erwartet. [↘ ZIFFERN 221 F.](#) Zur Vermeidung systemischer Unterfinanzierung könnte eine Reform der Meistbegünstigungsklausel um eine **befristete Ausnahmeregel** ergänzt werden, etwa bei Pandemien. Die Aktivierung könnte an formale Feststellungen geknüpft werden, beispielsweise an die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (§ 5 IfSG). In Krisenjahren wäre dann ein zeitlich befristeter Aufschlag möglich.

252. Um Fehlanreize der separaten Pflegefinanzierung zu reduzieren und gleichzeitig eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegepersonal sicherzustellen, ist eine rechtlich und operativ eindeutige Abgrenzung der finanzierungsfähigen Pflegedienstleistungen („Pflege am Bett“) entscheidend. Dadurch wird das Risiko begrenzt, dass Pflegekräfte für pflegefremde Tätigkeiten eingesetzt und entsprechende Kosten dem Pflegebudget zugerechnet werden. Eine Reform des Pflegebudgets sollte darauf abzielen, dass Kostensteigerungen weniger unmittelbar an die Versicherten weitergegeben werden, sondern die Leistungserbringer stärker Verantwortung für eine effiziente Personal- und Budgetorganisation tragen. [↘ ZIFFER 229](#) Zudem sollten Verbesserungen der pflegerischen Personalausstattung im Krankenhausbereich sektorübergreifend betrachtet werden, da Personalaufbau im stationären Sektor bei Pflegekräfteengpässen mit Verdrängungseffekten und damit potenziellen Versorgungsdefiziten in anderen Bereichen, beispielsweise bei der Altenpflege, einhergehen können.

253. Der sinkende Investitionszuschuss der Länder verstärkt den Anreiz für Krankenhäuser, notwendige Modernisierungen über zusätzliche Behandlungserlöse zu finanzieren. [↘ ZIFFER 228](#) Das Investitionsdefizit wirkt damit nicht nur als Finanzierungsproblem, sondern verstärkt zugleich die Anreize zur Mengenausweitung. Eine stärkere Wahrnehmung ihrer Verantwortung für Krankenhausinvestitionen durch die Länder könnte diese Anreize verringern. **Eine vollständige Übernahme der Investitionskosten durch die Länder würde die GKV um bis zu 4,5 Mrd Euro jährlich entlasten.** [↘ KASTEN 10](#) Damit würden die Beitragszahlenden entlastet, zugleich stiege jedoch der Konsolidierungsdruck in den Landeshaushalten und damit potenziell die Belastung der Steuerzahlenden.

Wie groß die Förderlücke langfristig ausfällt, hängt zudem von der konsequenten Umsetzung der Krankenhausreform ab: Sinkt die Zahl der Krankenhausstandorte, können sich langfristig auch der Erhaltungs- und Instandsetzungsbedarf reduzieren. Die mittelfristigen Umstellungskosten sollen über den Transformationsfonds abgedeckt werden. Dieser ist bis zum Jahr 2035 befristet und wird zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – also aus GKV-

Mitteln – finanziert (BAS, 2026b). Er kann damit den Übergang unterstützen, ersetzt Investitionen der Länder aber nicht dauerhaft. Hierfür bedarf es eines Aufwuchses der Landesmittel in der Größenordnung des verbleibenden Investitionsbedarfs nach Abschluss der Reform. Auf Basis der Simulationen des Sachverständigenrates dürfte eine vollständige Übernahme der Investitionskosten ab dem Jahr 2026 den Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario dauerhaft um bis zu 0,2 Prozentpunkte reduzieren. [↪ ABBILDUNG 52](#)

254. Ein weiterer zentraler Hebel zur Ausgabendämpfung liegt in der Reduktion vermeidbarer stationärer Behandlungen. Deutschland weist im internationalen Vergleich einen sehr hohen Anteil solcher vermeidbarer stationärer Behandlungen auf (OECD und European Observatory, 2025). [↪ ZIFFER 231](#) Ein Teil dieser Fälle lässt sich durch einen **Ausbau der ambulanten Versorgung** und eine **bessere Lenkung von Patienten** entlang der Versorgungskette vermeiden, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Zum einen kann der **Katalog für Ambulantes Operieren (AOP-Katalog)** weiterentwickelt werden, sodass geeignete Eingriffe regelhaft ambulant erfolgen. Dafür braucht es klare Qualitäts- und Nachsorgeanforderungen, um Versorgungslücken zu vermeiden. Zum anderen kann eine Ausweitung sektorneutraler Vergütungen, beispielsweise Hybrid-DRGs, die Anreize bei Leistungserbringern so verändern, dass die Wahl zwischen ambulanter und (kurz-)stationärer Behandlung stärker medizinisch statt ökonomisch bestimmt wird (Hengel et al., 2026). Zudem kann ein Ausbau der Patientensteuerung in der Primärversorgung dazu beitragen, vermeidbare stationäre Behandlungen zu reduzieren (Sripa et al., 2019; Marchildon et al., 2021). So können hausarztzentrierte Modelle die Versorgung stärker bündeln, unnötige Facharztkontakte und Doppeluntersuchungen verringern und die ambulante Nachsorge verlässlich organisieren (Hofmann und Mühlenweg, 2017; Gerlach und Szecsenyi, 2020).

Arzneimittelpreise stärker am Zusatznutzen ausrichten

255. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV wurde in den vergangenen Jahren vor allem durch neue, patentgeschützte Arzneimittel getrieben. [↪ ZIFFERN 232 F.](#) Angesichts der steigenden Zahl neuer, individualisierter Therapieverfahren infolge des medizinisch-technischen Fortschritts kommt der **Ausgestaltung der Preisbildung für Arzneimittel** eine zentrale Rolle für den zukünftigen Ausgabenanstieg der GKV zu.

Hierbei existiert jedoch ein Zielkonflikt. Strengere, nutzenbasierte Preisregeln können zwar zur Begrenzung der Ausgaben der GKV beitragen und für die Hersteller die Anreize erhöhen, belastbare Evidenz und therapeutischen Zusatznutzen zu generieren. Gleichzeitig besteht aber das Risiko, dass niedrigere erwartete Erlöse zu einer verzögerten Markteinführung neuer Arzneimittel führen und die Innovationstätigkeit der Hersteller, insbesondere bei inkrementellen Innovationen, mindern. Empirische Studien zeigen, dass es durch eine strengere Preisregulierung zu einer verzögerten Markteinführung neuer Arzneimittel kommen kann (Kamphuis et al., 2021; Büssgen und Stargardt, 2023). Es existiert jedoch keine eindeutige empirische Evidenz, in welchem Umfang Preisregulierung die Innovations- und Standortentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen be-

einflusst (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zudem ist die Förderung und Finanzierung von privatwirtschaftlichen Forschung und Entwicklungsaktivitäten nicht Teil der gesetzlich verankerten Aufgaben der GKV (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Eine Förderung des Pharmastandorts Deutschland sollte daher nicht über Preismechanismen, sondern über geeignete, bspw. aus Steuermitteln finanzierte Fördermaßnahmen erfolgen.

256. Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege hat zuletzt umfassende Reformvorschläge vorgelegt, nach denen die Bepreisung innovativer Arzneimittel stärker am therapeutischen Zusatznutzen orientiert werden könnte (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). So könnte unter anderem das bisherige Privileg für Orphan Drugs, einen fiktiven Zusatznutzen ohne reguläre Bewertung zu erhalten, abgeschafft werden. Der Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht dagegen eine gewisse Lockerung der bisherigen Preisregulierung vor. So sollen in der Zukunft auch Arzneimittel mit geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen wieder einen höheren Preis als die Vergleichstherapie beanspruchen können, um die damit einhergehende Innovation zu honorieren. Nur für Arzneimittel ohne Zusatznutzen bzw. mit nicht belegtem Zusatznutzen sollen weiterhin enge Preisgrenzen gesetzt werden. Flankiert werden diese Maßnahmen durch einen dynamischen Herstellerabschlag, der den Ausgabenanstieg bei patentgeschützten Arzneimitteln mit verhandeltem Erstattungsbetrag stärker an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen koppelt. Zugleich sieht der Gesetzentwurf für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine Befreiungsmöglichkeit von diesem dynamischen Herstellerabschlag vor, wenn klinische Prüfungen in relevantem Umfang in Deutschland durchgeführt wurden und die Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt (Bundesregierung, 2026). Solche standortpolitischen Ausnahmen zu Lasten der GKV sind aus den zuvor bereits genannten Gründen abzulehnen. [↘ ZIFFER 255](#)

2. Finanzierung neu kalibrieren

257. Die Finanzierung der GKV kann vor allem durch Reformen auf der Ausgabenseite stabilisiert werden. [↘ ZIFFER 238](#) Reformvorschläge für die GKV konzentrieren sich dennoch häufig auf die Einnahmenseite. Oft würden solche Vorschläge zwar den absehbaren Anstieg der Beitragssätze der GKV begrenzen, die mit der Finanzierung der Gesundheitskosten verbundenen Belastungen jedoch nicht vermindern, sondern nur verlagern. Dies würde zugleich den Druck verringern, bestehende Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu überwinden. Manche Vorschläge passen zudem nicht zum bestehenden, historisch gewachsenen dualen Krankenversicherungssystem mit GKV und PKV. Größere Verbesserungen ließen sich nur durch sehr grundlegende Reformen erreichen, die jedoch auch mit möglichen Nachteilen einhergehen. [↘ KASTEN 15](#) Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden einnahmenseitige Reformoptionen behandelt, die im bestehenden Beitragssystem der GKV als umsetzbar erscheinen. Betrachtet werden die Auswirkungen einer Erhöhung des Bundeszuschusses zur Deckung der NBL [↘ ZIFFER 258](#) sowie einer Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern. [↘ ZIFFER 259 F](#). Ergänzend werden die Effekte einer stärkeren Anhebung der BBG als mit dem allgemeinen Lohnwachstum, einer Ausweitung der Bemessungs-

grundlage auf weitere Einkunftsarten sowie einer Heraufsetzung der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder der Einbeziehung weiterer Personenkreise, etwa der Beamtinnen und Beamten, in die GKV diskutiert. [↘ ZIFFERN 262 FF.](#)

↘ KASTEN 15

Hintergrund: Alternative Finanzierungsmöglichkeiten der GKV durch Steuern vs. Prämien

Diskussionen über grundlegende Reformen der Einnahmenseite der GKV lassen sich auf zwei grundsätzliche Alternativen zuspitzen, die sich ansatzweise auch im internationalen Vergleich beobachten lassen: eine vollständige Steuerfinanzierung von Gesundheitsausgaben oder eine Finanzierung über einkommensunabhängige Prämien. [↘ ZIFFERN 211 FF.](#) Es ist fraglich, inwiefern entsprechende Reformen im historisch gewachsenen deutschen Gesundheitssystem umsetzbar wären. Trotzdem ist es interessant, die jeweils absehbaren institutionellen und ökonomischen Konsequenzen genauer zu beleuchten, weil dabei beiderseits Vor- und Nachteile zutage treten.

Beim Übergang zu einer vollständigen Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems würden die heutigen Beiträge zur GKV entfallen und müssten durch entsprechend höhere Steuern ersetzt werden. Ausgehend vom aktuellen Beitragsaufkommen ergäbe sich ein zusätzlich benötigtes Steueraufkommen von rund 350 Mrd Euro. Die Verteilungswirkungen eines solchen Systemwechsels hingen maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung der Gegenfinanzierung ab. Eine Finanzierung über Einkommensteuern würde tendenziell progressiv wirken, während eine stärkere Finanzierung über indirekte Steuern, wie die Umsatzsteuer, eher regressiv wirken würde. Damit ließen sich die Verteilungswirkungen zwar bei der Umstellung gestalten, im weiteren Verlauf der Haushaltsentwicklung würden sie aber deutlich intransparenter als im bestehenden Beitragssystem. Zudem würde einerseits die bei einer Beitragsfinanzierung resultierende, prinzipielle Begrenzung des Budgets für staatliche Gesundheitsleistungen aufgehoben. Andererseits würden sie auf Dauer ohne besondere Priorisierung in die Konkurrenz um allgemeine Haushaltsmittel einbezogen. Die Auswirkungen auf Arbeitsanreize hingen ebenfalls wesentlich davon ab, in welchem Umfang das erforderliche Steueraufkommen durch Steuern auf Erwerbseinkommen generiert würde. Tendenziell dürfte die Belastung des Faktors Arbeit jedoch geringer ausfallen als im Status Quo, sofern die Finanzierung zumindest teilweise über andere Steuerquellen erfolgt. Ein wichtiger Vorteil wäre, dass durch eine Steuerfinanzierung bisher privat Versicherte in die Umverteilung einbezogen würden, die bislang nur innerhalb der Gruppe der GKV-Versicherten stattfindet. Gleichzeitig würde das Geschäftsmodell der PKV grundsätzlich infrage gestellt. Private Krankenversicherungen könnten lediglich Zusatzversicherungen für Leistungen anbieten, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Eine vollständige Abschaffung der PKV würde allerdings an rechtliche Hürden stoßen. [↘ ZIFFER 264](#) Schließlich würden sich bei einer vollständigen Steuerfinanzierung auch die Lenkungsmöglichkeiten gegenüber den Versicherten verändern. Während es durch unterschiedliche Zusatzbeiträge und Wahltarife aktuell zumindest teilweise Anreize für Kostenbewusstsein oder die Wahl kostengünstiger Versorgungsformen gibt, wäre eine solche Leistungssteuerung in einem ausschließlich steuerfinanzierten System weitgehend aufgehoben. Steuerungswirkungen gegenüber den Leistungserbringern könnten bei vollständiger Steuerfinanzierung nicht mehr über den Wettbewerb und die Vertragsgestaltung der Krankenkassen erfolgen, sondern müssten allein über regulatorische Instrumente, Vergütungsstrukturen und Budgetierungen angestrebt werden.

Ein Wechsel hin zu einem System mit einkommensunabhängigen Prämien in der GKV würde die Versicherungsfunktion der Krankenversicherung von der Umverteilungsfunktion trennen. Eine solche Trennung kann ökonomisch sinnvoll sein, da Versicherungs- und Umverteilungsziele über verschiedene Instrumente effizienter und transparenter verfolgt werden können. Um regressive Verteilungswirkungen zu vermeiden, müsste die bislang innerhalb der GKV erfol-

gende Umverteilung in das allgemeine Steuer- und Transfersystem verlagert werden, sodass sich daran auch in diesem Fall bisher privat Versicherte beteiligen würden. Die Prämienfinanzierung müsste dabei fest mit einem verlässlichen und möglichst bürokratiearmen Sozialausgleich verbunden werden, was schwierig sein dürfte. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates würde eine kostendeckende Prämie im Jahr 2025 bei etwa 390 Euro (bzw. 480 Euro bei weiterhin beitragsfreier Mitversicherung von Kindern) liegen und einkommensschwache Haushalte finanziell überfordern. Der Sozialausgleich müsste dauerhaft an die Entwicklung der Prämien gekoppelt und möglichst automatisiert ausgestaltet werden, um Fälle von Nicht-Inanspruchnahme zu vermeiden. Ein Vorteil eines solchen Systems bestünde darin, dass die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nicht mehr direkt mit dem Faktor Arbeit verknüpft wäre. Einkommensabhängige Beiträge erhöhen derzeit die marginale Belastung von Erwerbseinkommen; bei pauschalen Prämien würde diese Belastung aufgehoben. Zugleich würden durch den steuerfinanzierten Sozialausgleich, ähnlich wie bei einer vollständigen Steuerfinanzierung, neben Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten herangezogen. Hierbei würden jedoch weiterhin marginale Belastungen von Erwerbseinkommen entstehen. Zudem würde auch der Sozialausgleich in die allgemeine Budgetkonkurrenz geraten, was die Verlässlichkeit seiner Finanzierung beeinträchtigen kann. Pauschale Prämien erweitern die Steuerungsmöglichkeiten gegenüber Versicherten, weil sie differenziertere Tarife mit Selbsthalten, Beitragsrückerstattungen oder Zusatzversicherungen erlauben. Hierdurch könnte der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt werden. Nochmals erweitern ließen sich diese Steuerungsmöglichkeiten, wenn die Prämien nicht mehr hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden, sondern die Arbeitgeberanteile in höhere Bruttolöhne überführt und die Prämien allein von den Versicherten übernommen werden. In diesem Fall müssten künftige Prämiensteigerungen vollständig von den Versicherten getragen werden, diese würden Prämienunterschiede aber stärker wahrnehmen. Zudem ließen sich Prämien für Personen definieren und erheben, die bisher beitragsfrei mitversichert sind, wie etwa nicht-erwerbstätige Ehegatten ohne Betreuungspflichten. [↪ ZIFFER 260](#) Die Steuerungsmöglichkeiten gegenüber Leistungserbringern blieben grundsätzlich erhalten und könnten durch ein stärkeres Versorgungsmanagement der Kassen intensiviert werden. Schließlich könnte ein System mit einkommensunabhängigen Prämien weiterhin parallel zur PKV bestehen.

In Form pauschaler Zusatzbeiträge, die marginale Entscheidungen der Versicherten über ihren Versicherungsschutz beeinflussen sollten, ohne einen abrupten Systemwechsel vorzunehmen, wurde ein solches Modell in der Vergangenheit in Deutschland bereits kurzzeitig erprobt. Es wurde jedoch wieder abgeschafft, bevor belastbare Erkenntnisse über die Auswirkungen auf Wettbewerb und Versichertenverhalten gewonnen werden konnten. [↪ PLUSTEXT 10](#)

Anpassungen bei NBL und beitragsfreier Mitversicherung

- 258.** Durch den Bundeszuschuss beteiligt sich der Bund an den Kosten für Leistungen, die die GKV aus gesamtgesellschaftlichem Interesse erbringt. [↪ ZIFFER 196](#) Der Bundeszuschuss soll diese sog. NBL pauschal abdecken. Mangels einer rechtlichen Definition lässt sich jedoch nicht genau feststellen, in welchem Umfang der Zuschuss solche Leistungen abdeckt. Bei enger Abgrenzung der NBL deckt der aktuelle reguläre Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd Euro die tatsächlich anfallenden und dem Bund zuzurechnenden NBL um rund 4 Mrd Euro zu wenig. [↪ KASTEN 10](#) Bei weiter Abgrenzung, die insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als nicht beitragsgedeckt einstuft, beträgt die Unterdeckung bis zu 40 Mrd Euro. **Eine Erhöhung des Bundeszuschusses in diesen Größenordnungen würde den Beitragssatz dauerhaft um 0,2 bis 2,5 Prozent**

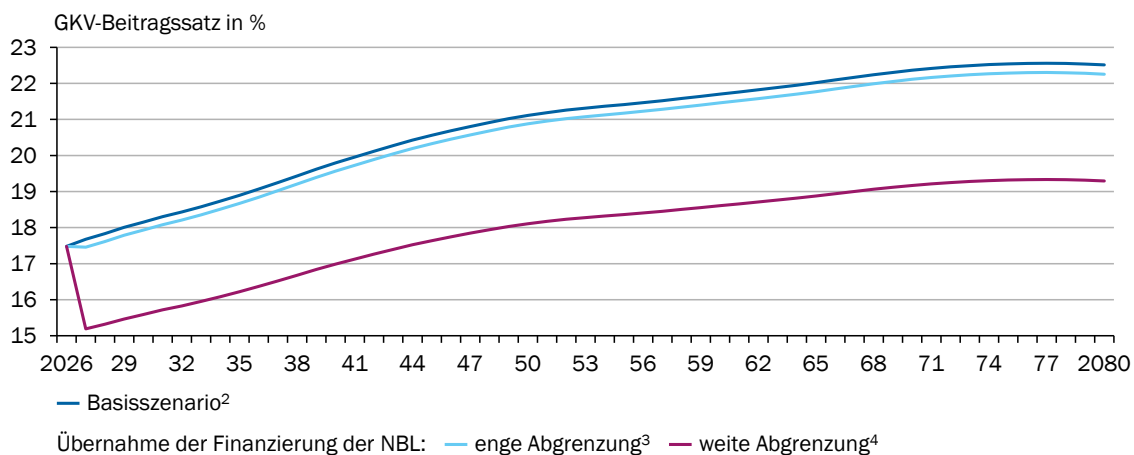
punkte senken, [↘ ABBILDUNG 53](#) den langfristigen Anstieg des Beitragssatzes insgesamt jedoch nur geringfügig dämpfen. Gleichzeitig wäre ein höherer Bundeszuschuss ohne entsprechende, je nach Umfang der NBL unter Umständen substanzielle Anpassungen im Bundeshaushalt nicht finanzierbar.

In jedem Fall sollte eine **Dynamisierung** des Bundeszuschusses vorgenommen werden, damit sein Anteil an den Gesamteinnahmen nicht sinkt. [↘ ABBILDUNG 44](#) Insbesondere sollte der Bundeszuschuss nicht zur Konsolidierung des Bundeshaushalts abgesenkt werden. Zudem sollte der Bund zeitnah zumindest die für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlte Pauschale von aktuell 133 Euro auf 221 Euro erhöhen, entsprechend dem Beitrag bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds. Dies würde zu **Mehreinnahmen der GKV von mindestens 4,2 Mrd Euro** führen und den Beitragssatz um knapp 0,2 Prozentpunkte senken. [↘ KASTEN 10](#)

259. Eine der größten als nicht beitragsgedeckt einstuftbaren Leistungen ist die **beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern**, die nicht selbst oder nur geringfügig erwerbstätig sind. Die Leistungsausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner beliefen sich für das Jahr 2023 gemäß Schätzungen von Albrecht und Ochmann (2025) auf rund 11,4 Mrd Euro. Im Vergleich zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern lässt sich diese nicht immer durch die Erwartung späterer Beiträge zur Umlagefinanzierung der GKV rechtfertigen. Eine Ausnahme könnte die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern bilden, die Kindererziehung übernehmen. Berechnungen auf Basis des SOEP zeigen, dass lediglich ein Drittel der Ehepaare mit einem beitragsfrei mitversicherten Ehepartner ein Kind unter 18 Jahren hat. **Von der beitragsfreien Mitversicherung profitieren somit in nennenswertem Umfang Ehepartner, die keine Kin-**

[↘ ABBILDUNG 53](#)

Effekte der Finanzierung der NBL¹ auf den GKV-Beitragssatz



1 – Effekte einer Finanzierung der nicht beitragsgedeckten Leistungen (NBL) durch den Bundeshaushalt. 2 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 3 – Die enge Abgrenzung umfasst die „begründbar“ nicht beitragsgedeckten Leistungen (siehe Tabelle 10) exklusive der Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen. 4 – Die weite Abgrenzung umfasst die „begründbar“ und „teilweise begründbar“ nicht beitragsgedeckten Leistungen (siehe Tabelle 10) exklusive der Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-130-01

der erziehen. Sie begünstigt Alleinverdienerhaushalte und verringert die Erwerbsanreize. [↪ KASTEN 16](#)

[↪ KASTEN 16](#)

Hintergrund: Mögliche Erwerbsanreizeffekte durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnerinnen und Ehepartnern führt zu einem sprunghaften Anstieg der effektiven Grenzbelastungen für Zweitverdienende, da bereits eine geringfügige Überschreitung der Einkommensgrenze den Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung und damit die Pflicht zur Zahlung eigener GKV-Beiträge auslöst. [↪ ZIFFER 116](#)

[↪ TABELLE 11](#)

Änderung der Erwerbsquote von Müttern und des Haushaltseinkommens im Szenario¹: „Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV“

	Änderung der Erwerbsquote von Müttern	Änderung der durchschnittlichen Arbeitsstunden von Müttern	Änderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens ²
	Prozentpunkte	absolut (%)	Euro/Monat in Preisen des Jahres 2025 ³
Gesamt	1,1	1,4 Stunden (3,9 %)	23,5
Familie mit 1 Kind ⁴	0,9	0,4 Stunden (3,3 %)	30,4
Familie mit 2 Kindern ⁴	1,3	0,5 Stunden (4,4 %)	16,6
Familie mit 3 Kindern ⁴	1,4	0,5 Stunden (6,5 %)	- 4,2
Jüngstes Kind < 1 Jahr	0,4	0,2 Stunden (7,2 %)	- 29,1
Jüngstes Kind >= 1 Jahr und < 2 Jahre	1,6	1,2 Stunden (5,7 %)	9,7
Jüngstes Kind >= 2 und < 3 Jahre	1,3	1,4 Stunden (3,8 %)	20,8
Alleinerziehende	0,2	0,3 Stunden (0,8 %)	15,2
Einkommen: 1. Quartil	0,1	0,3 Stunden (0,7 %)	6,9
Einkommen: 2. Quartil	1,2	1,4 Stunden (4,7 %)	8,3
Einkommen: 3. Quartil	1,7	2,3 Stunden (6,5 %)	24,9
Einkommen: 4. Quartil	1,4	1,4 Stunden (3,8 %)	15,2

1 – Alle bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartnerinnen und Ehepartner müssen einen monatlichen GKV-Beitrag in Höhe von 132,15 Euro im Jahr 2010 (182,85 Euro in Preisen des Jahres 2025) bezahlen. Basierend auf dem Steuer-Transfermodell STMS des DIW, Datenbasis SOEP 2010 und FiD 2010. 2 – Erwartungswert der Einkommensänderungen nach Anpassung von Beschäftigung und Betreuungsform. 3 – Inflationsbereinigung anhand des Verbraucherpreisindex nach Berechnungen des Sachverständigenrates. 4 – Kinder unter zwölf Jahren, es können weitere ältere Kinder im Haushalt leben.

Quellen: Müller et al. (2013), Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-082-01

Mehrere empirische Studien für die USA zeigen, dass eine beitragsfreie Krankenversicherung für verheiratete Frauen negative Effekte auf deren Erwerbsbeteiligung hat. Die Studien beruhen überwiegend auf dem Vergleich von Frauen, deren Ehemänner über eine arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherung verfügen, und solchen ohne diesen Zugang. Diese Identifikationsstrategie setzt voraus, dass der Krankenversicherungsschutz des Ehemanns exogen ist. Diese Annahme ist jedoch problematisch, wenn Haushalte eine gemeinsame Arbeitsangebotsentscheidung treffen (Gruber und Madrian, 2002). Die geschätzten Effekte für die Erwerbsbeteiligung von Frauen reichen von etwa 2,6 % bis zu 12 % (Olson, 1998; Buchmueller und

Valletta, 1999; Cebi und Wang, 2013).

Eine Simulationsstudie mit SOEP-Daten aus dem Jahr 2010 von Müller et al. (2013) betrachtet ein hypothetisches Szenario einer aufkommensneutralen Reform für Deutschland. Sie schätzen, dass die Erwerbsquote von Müttern um 1,1 Prozentpunkte zunehmen würde, wenn alle bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartner einen monatlichen Beitrag in Höhe von 132,15 Euro (182,85 Euro in Preisen des Jahres 2025) entrichten müssten. Allerdings müssten vor allem Paare mit vielen und jüngeren Kindern Einkommensverluste hinnehmen, da unter diesen Familien häufiger Alleinverdiener-Paare zu finden sind, bei denen der Zweitverdienende sein Arbeitsangebot nur begrenzt ausweiten kann. [TABELLE 11](#) Es wäre daher sinnvoll, die beitragsfreie Mitversicherung für kindererziehende Ehepartner beizubehalten.

- 260. Durch die Erhebung von Beiträgen für bisher beitragsfrei mitversicherte Ehepartnerinnen und Ehepartner könnte die GKV entlastet und Erwerbsanreize für Zweitverdienende erhöht werden.** Um zu vermeiden, dass Paare belastet werden, die aufgrund von Kindererziehung ihr Arbeitsangebot kaum ausweiten können, [KASTEN 16](#) erscheint eine Fortführung der beitragsfreien Mitversicherung während der ersten Jahre der Kindererziehung als sinnvoll. Für aktuell beitragsfrei mitversicherte Ehepartnerinnen und Ehepartner, die keine Kinder erziehen, müsste ein angemessener Beitrag definiert werden. So könnte, ähnlich wie bei der freiwilligen Versicherung in der GKV, ein Mindestbeitrag festgelegt werden. Für freiwillig GKV-Versicherte ist dies im Jahr 2026 mit durchschnittlich 222,80 Euro der Beitrag, der auf ein fiktives monatliches Einkommen von 1 318,33 Euro anfallen würde (BMG, 2026f). Die FKG schätzt die möglichen Mehreinnahmen durch die Erhebung eines Mindestbeitrags für Ehepaare ohne Kinder unter sechs Jahren bei Ausnahme von Ehepartnerinnen und Ehepartner über der Regelaltersgrenze auf bis zu 4,4 Mrd Euro (FKG, 2026). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die tatsächlichen Mehreinnahmen der GKV ändern, wenn die Beitragserhebung die erwünschten positiven Erwerbsanreizeffekte entfaltet. Bei Aufnahme einer Beschäftigung durch die bisher beitragsfreien Ehepartnerinnen oder Ehepartner würde der Mindestbeitrag entfallen, gleichzeitig würden jedoch zusätzliche Beitrags- und Steuereinnahmen generiert. Der positive Effekt könnte dadurch begrenzt werden, dass bereits die Aufnahme eines Midijobs knapp über der Minijobgrenze für den Wegfall des Mindestbeitrags ausreichen würde (Breyer, 2025).
- 261.** Im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird eine Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung auf Ehepartnerinnen und Ehepartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze vorgeschlagen (Bundesregierung, 2026). In anderen Fällen sollen Mitglieder mit derzeit beitragsfrei mitversicherten Ehepartnerinnen und Ehepartnern einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen zahlen. Der zu zahlende Betrag ist dadurch stets deutlich niedriger als der Mindestbeitrag für freiwillig GKV-Versicherte und führt zu geringeren Einnahmen als von der FKG veranschlagt. Aufgrund der niedrigen Beiträge ist zudem fraglich, ob die Erwerbsanreize für Zweitverdienende durch die Beitragserhebung signifikant erhöht werden.

Ausweitung der Bemessungsgrundlage oder des versicherten Personenkreises

262. Die Einnahmen der GKV ließen sich zudem durch eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage, entweder durch Anhebung der BBG oder durch den Einbezug weiterer Einkommensarten, vergrößern. Eine **Erhöhung der BBG auf das Niveau der JAEG** (von 69 750 auf 77 400 Euro jährlich) würde Versicherte ohne Versicherungsfreiheit mit Einkommen über der aktuellen BBG stärker in die Finanzierung der GKV einbeziehen. Gleichzeitig würden für Versicherte mit Versicherungsfreiheit und Einkommen über der aktuellen BBG Anreize zum Wechsel in die PKV steigen. Dies könnte die zusätzlichen Einnahmen der GKV dämpfen. Im Entwurf des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes wird eine einmalige, außerordentliche Erhöhung der BBG um 3 600 Euro vorgeschlagen. Gleichzeitig soll die JAEG um 3 600 Euro erhöht werden, um Wechsel in die PKV zu begrenzen. Eine deutlichere Anhebung oder vollständige Abschaffung der BBG könnte verfassungsrechtliche Konflikte aufwerfen (Deutscher Bundestag, 2021b). So gilt in der GKV im Gegensatz zur GRV nicht das Äquivalenzprinzip. Einer Erhöhung des individuellen Beitrags stehen damit nicht höhere Leistungen gegenüber, sodass sich der steuerähnliche Charakter der GKV-Finanzierung weiter verstärken würde. [↪ ZIFFER 211](#) Um Ausweichreaktionen in die PKV abzufangen, müsste sowohl bei einer Anhebung der BBG als auch bei der Einbeziehung weiterer Einkommensarten auch die JAEG angepasst werden (Deutscher Bundestag, 2010). Dies ist aus den genannten Gründen systemlogisch konsequent, wirft jedoch ebenfalls verfassungsrechtliche Fragen auf. [↪ ZIFFER 264](#)

Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage in der GKV um **weitere Einkommenskomponenten** wie Zinsen, Dividenden oder Mieteinnahmen würde die Finanzierungsbasis formal verbreitern. Sie beträfe jedoch nur Pflichtversicherte, da bei freiwillig Versicherten aktuell bereits alle Einkommensarten bis zur BBG einbezogen werden. Nach Berechnungen von Steuernagel und Thum (2023) auf Basis des Jahres 2019 würden die beitragspflichtigen Einkommen um höchstens 2,5 % steigen, was die Einnahmen der GKV um 4,2 Mrd Euro erhöht hätte. Aufgrund von administrativen Kosten sowie Ausweichreaktionen, insbesondere Wechsel in die PKV bei Überschreiten der JAEG, dürfte der Nettoeffekt noch geringer ausfallen. Eine Ausweitung auf Kapitaleinkünfte würde zudem die Anreize zur Erzielung von Kapitaleinkünften senken. Ein Einbezug weiterer Einkommensarten erscheint daher nicht als sinnvoll.

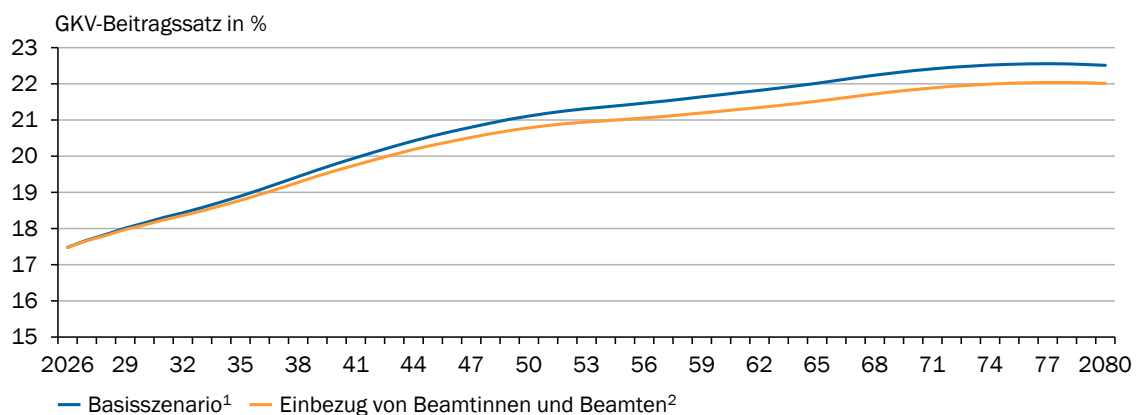
263. Die Einbeziehung (von Teilen) der Privatversicherten in die GKV, etwa durch die Anhebung der JAEG oder durch die Überführung der Beamtinnen und Beamten in die GKV, hätte ebenfalls positive einnahmenseitige Effekte. Aufgrund der einkommens- und risikobezogenen Selektion in die PKV stünden deutlich höhere beitragspflichtige Einkommen der Privatversicherten ihren knapp höheren Leistungsausgaben gegenüber, die sich aus der ungünstigeren Altersstruktur ergeben. [↪ TABELLE 12 ANHANG](#) Bei einem hypothetischen **Einbezug aller Privatversicherten in die GKV** ergäbe sich nach Schätzungen von Ochmann et al. (2020) für das Referenzjahr 2016 ein positiver Nettofinanzüberschuss von bis zu 10,6 Mrd Euro pro Jahr, was seinerzeit einer Absenkung des ausgabendeckenden Beitragsatzes um maximal 0,7 Beitragssatzpunkte entsprochen hätte. Wenn jedoch

gleichzeitig das Vergütungsvolumen in der ambulanten Versorgung so angepasst worden wäre, dass die bisherigen Ausgaben der PKV zusätzlich von der GKV erbracht werden, hätte der Nettofinanzüberschuss maximal 4,3 Mrd Euro pro Jahr betragen und nur eine Senkung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um maximal 0,3 Punkte ermöglicht (Ochmann et al., 2020).

Als Reformszenario erscheint eine **Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten** in die GKV als möglich. Simulationen des Sachverständigenrates ergeben, dass ein Einbezug aller neu Verbeamteten den Beitragssatz im Zeitverlauf graduell senken kann. [↪ ABBILDUNG 54](#) Im Jahr 2030 würde dies den Beitragssatz um 0,05 Prozentpunkte reduzieren, im Jahr 2040 um 0,19 Prozentpunkte. Wie eine Simulation der Effekte des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten in GKV und Soziale Pflegeversicherung (SPV) für deren Finanzen und für die staatlichen Beihilfenausgaben zeigt, würde dies die öffentlichen Haushalte während einer langen, von der Altersstruktur der Beamtinnen und Beamten in den verschiedenen Systemen geprägten Übergangsphase zusätzlich belasten. [↪ ABBILDUNG 56 ANHANG](#) Ochmann et al. (2017) simulieren die finanziellen Effekte einer andersartigen Reform, bei der ab sofort alle Beamtinnen und Beamte derselben Versicherungspflicht in der GKV bis zur JAEG unterworfen werden wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In diesem Reformszenario wären 88 % der Beamtinnen und Beamten in der GKV versichert. Dies würde ebenfalls Mehreinnahmen für die GKV generieren und zugleich Nettoentlastungen für die öffentlichen Haushalte und die Beamtinnen und Beamten erzeugen. Als weiterer Reformvorschlag wird die Einführung einer pauschalen Beihilfe nach dem Vorbild einiger Länder diskutiert, bei der der Dienstherr einen Zuschuss in Höhe des Arbeitgeberanteils zum GKV-Beitrag leistet (Deutscher Bundestag, 2025b). Dies würde es den Beamtinnen und Beamten ermöglichen, sich ohne finanzielle Nachteile gegenüber PKV-Verträgen in der GKV zu versichern.

↪ ABBILDUNG 54

Effekte des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten auf den GKV-Beitragssatz



1 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die GKV.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-132-01

264. Reformen, die zu einer vollständigen Abschaffung der PKV führen würden, stünden vor erheblichen rechtlichen Hürden, insbesondere hinsichtlich der Verwendung der gebildeten Kapitalrücklagen (Deutscher Bundestag, 2010). Eine einheitliche Versicherungspflicht zu einem bestimmten Stichtag nach dem Vorbild der Niederlande, die ihr duales Krankenversicherungssystem zum Jahr 2006 vereinheitlichte, erscheint daher nicht als umsetzbar (Greß und Lungen, 2017). Stattdessen werden verschiedene Übergangslösungen durch eine allgemeine Versicherungspflicht in der GKV mit einem Bestandsschutz für Altverträge der PKV und einer Wechselmöglichkeit in die GKV vorgeschlagen (Rothgang und Götze, 2013; Greß und Lungen, 2017). Als Folge würden die Tarife bestehender PKV-Mitglieder ohne Neuzugänge stark altern. Probleme bereiten dabei jedoch regelmäßig die Fragen, welche Rolle die gebildeten Alterungsrückstellungen dabei spielen können und ob der Gesundheitsfonds der GKV Zugriff darauf erhalten darf. In jedem Fall würde die heutige Teilkapitaldeckung zukünftiger Gesundheitskosten damit abgewickelt. Anstelle einer Versicherungspflicht in der GKV bestehen weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Wahl- und Wechselrechte zwischen GKV und PKV (Kingreen, 2025).

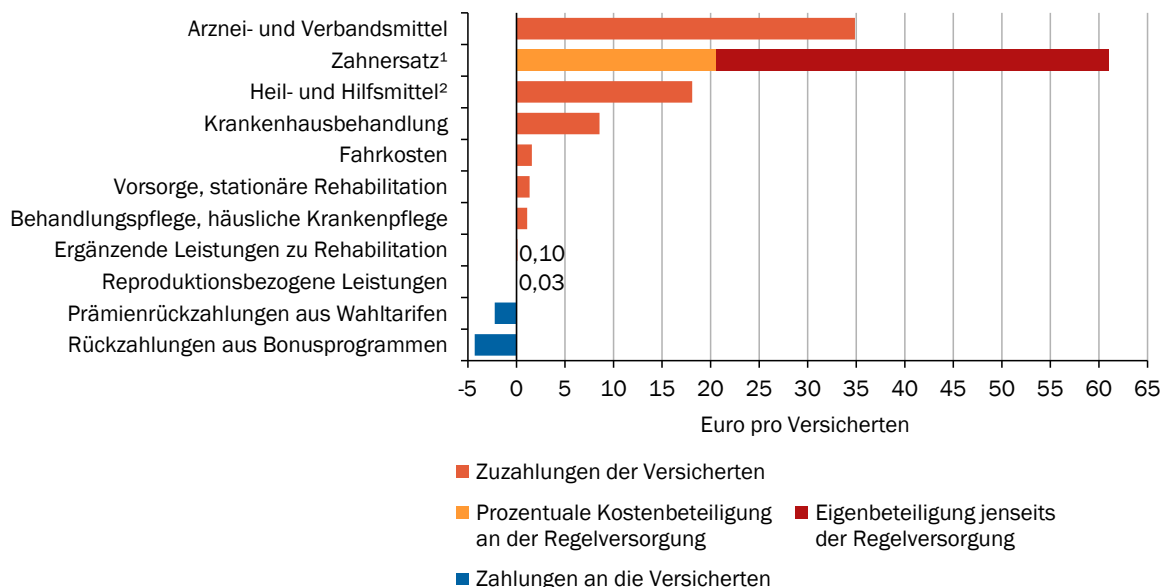
ANHANG

1. Kostenbeteiligungen

265. In der GKV werden Kostenbeteiligungen hauptsächlich in Form von Zuzahlungen erhoben. [↪ ZIFFER 200](#) Eine Ausnahme bildet das Festzuschusssystem beim Zahnersatz. Für Zahnersatz gewährt die GKV, abhängig vom Vorsorgeverhalten der Versicherten, befundbezogene Festzuschüsse in Höhe von 60 bis 75 % der Durchschnittskosten der Regelversorgung. Der verbleibende Anteil an diesen Kosten sowie Mehrkosten bei der Wahl höherwertiger Leistungen sind von den Versicherten zu tragen und lagen im Jahr 2024 durchschnittlich bei 61 Euro je Versicherten. [↪ ABBILDUNG 55](#) Insgesamt werden so zwei Drittel der Kosten für Zahnersatz privat getragen. Die Kostenbeteiligung an der Regelversorgung unterliegen nicht der Belastungsgrenze, lediglich für Versicherte unterhalb definierter Einkommensgrenzen (1 582 Euro Bruttoeinkommen bei Alleinstehenden im Jahr 2026) werden die Kosten der Regelversorgung auf Antrag vollständig übernommen.
266. Wahltarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen oder Leistungsbeschränkungen sind ein weiteres Instrument der Kostenbeteiligung in der GKV. Trotz Erstattungsmöglichkeiten von bis zu 600 Euro jährlich nutzten im Jahr 2024 lediglich 1 % der GKV-Versicherten Tarife mit Selbstbehalten oder Beitrags-

[↪ ABBILDUNG 55](#)

Kostenbeteiligungen in der GKV nach Leistungsbereichen im Jahr 2024
Durchschnittlicher Betrag pro versicherter Person



1 – Beim Zahnersatz entspricht die prozentuale Kostenbeteiligung an der Regelversorgung der Differenz zwischen dem Festzuschuss der GKV zur Regelversorgung und den Kosten der Leistung. Das Festzuschusssystem beim Zahnersatz wirkt als Teilversicherung, die Eigenbeteiligungen zur Regelversorgung werden daher formal nicht als Zuzahlungen geführt.

2 – Heilmittel sind nichtärztliche therapeutische Leistungen wie etwa Physiotherapie. Hilfsmittel sind sächliche medizinische Produkte wie zum Beispiel Rollstühle.

Quellen: BMG, KZBV, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-108-01

rückerstattungen (BMG, 2026g), wodurch es nur zu geringen Zahlungen der Krankenkassen an die Versicherten kam. [ABBILDUNG 55](#) In der PKV ist die Kostenbeteiligung durch solche Instrumente deutlich höher. Selbstbehalte können dort bei Vertragsabschluss absolut oder prozentual gewählt werden und sind auf 9 000 Euro jährlich begrenzt. Sie lagen im Jahr 2026 durchschnittlich bei 575 Euro (PKV-Verband, 2026c). Im Jahr 2023 zahlte die PKV Beitragsrückerstattungen in Höhe von 3,1 % der Einnahmen an die Versicherten aus (PKV-Verband, 2025).

2. Elektronische Patientenakte – Potenzial und Hürden

267. Ein wichtiger Baustein für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist die einheitliche elektronische Patientenakte (ePA), die seit dem Jahr 2025 für Leistungserbringer verpflichtend ist. Durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine effizientere sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Leistungserbringern bietet die ePA erhebliches Einsparpotenzial (Haas, 2017). Internationale Studien zur Einführung einer ePA zeigen, dass diese die Produktivität im Gesundheitswesen steigern, die Durchschnittskosten von Krankenhäusern um bis zu 12 % senken und Dokumentationszeiten langfristig signifikant reduzieren kann (Campanella et al., 2016; Highfill, 2020).
268. Die realisierten Einsparungen hängen maßgeblich von der flächendeckenden Nutzung der ePA ab. Um diese zu begünstigen, wurde die ePA mit einer Opt-out-Regelung eingeführt, bei der GKV-Versicherte automatisch einbezogen werden und einer Teilnahme aktiv widersprechen müssen. Für Privatversicherte besteht eine solche Regelung bislang nicht (SVR Gesundheit & Pflege, 2024). Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer, die die ePA aktiv verwenden, lag im Februar 2026 jedoch bei nur 4 Millionen (4,8 %) Versicherten (BMG, 2026e). Dies ist durch Hürden in der digitalen Nutzung für die Versicherten sowie einer schleichenden Annahme durch die Arztpraxen begründet (vzbv, 2026).
269. Diese Umsetzungsschwierigkeiten deuten auf tieferliegende Probleme der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen hin. Die mangelnde Bedienungs-freundlichkeit bei digitalen Angeboten von Behörden ist in Deutschland ein grundsätzliches Problem (Initiative D21 und TUM, 2024). Ebenso haben die Vielzahl der beteiligten Akteure sowie das Fehlen einer übergreifenden Koordinationsinstanz und messbarer Zielvorgaben die Digitalisierung des Gesundheitswesens bisher verzögert (Caumanns, 2019; Bratan et al., 2022; BRH, 2025). Solange diese Defizite fortbestehen, dürfte das Einsparpotenzial der ePA weitgehend ungenutzt bleiben (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

Auch die Nutzung der ePA-Daten für Forschungszwecke bleibt aufgrund rechtlich-technischer Hürden bislang hinter ihrem Potenzial zurück (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Dabei könnten bevölkerungsweite Gesundheitsdaten erhebliche Fortschritte ermöglichen, etwa bei der Früherkennung von Krankheiten oder in der Versorgungsforschung (SVR Gesundheit, 2021).

270. Internationale Erfahrungen zeigen, welche Maßnahmen eine erfolgreiche Nutzung der ePA ermöglichen. Dänemark kombiniert finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte mit einer automatischen Integration der ePA in Arztpraxissysteme, einer einheitlichen Registrierung über ein nationales Portal und transparentem Datenzugriff für Patientinnen und Patienten, wodurch eine vollständige Adoption durch Ärztinnen und Ärzte erreicht wurde (Commonwealth Fund, 2010; Jensen und Thorseng, 2017; Dewing et al., 2018). In Estland ist die ePA Teil eines verpflichtenden elektronischen Informationssystems, das weitere Funktionen wie etwa e-Rezepte und e-Abrechnungen umfasst und von nahezu allen Ärztinnen und Ärzten genutzt wird (Metsallik et al., 2019).

3. Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

▾ TABELLE 12

Sozioökonomische Charakteristika nach Krankenversicherungstyp

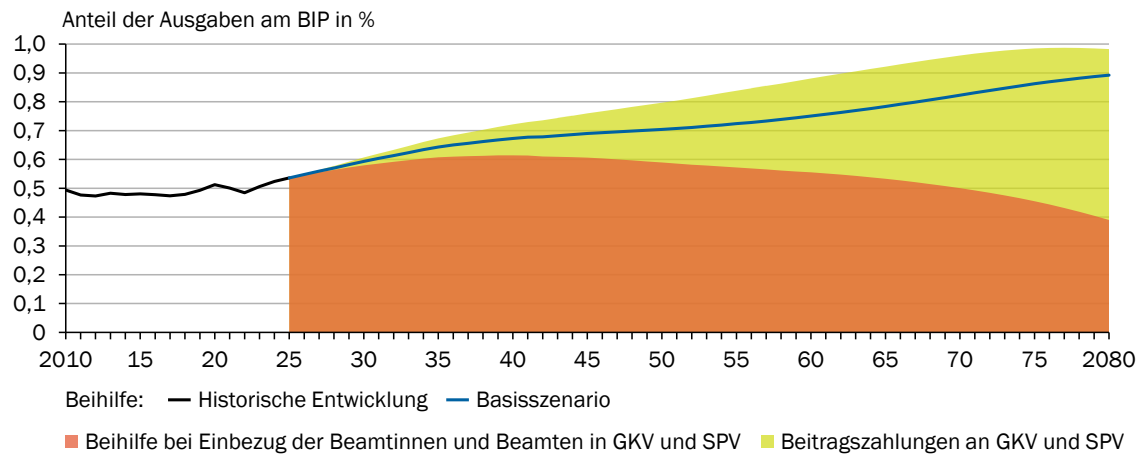
	Einheit	GKV	PKV	Differenz
		%		Prozentpunkte
Demografische Zusammensetzung				
Alter	Jahre	51,1	55,5	4,3
Frauen	%	53,0	39,4	-13,6
Kinder unter 14 Jahren im Haushalt	%	17,8	19,0	1,2
Hohe Bildung ¹	%	29,3	62,2	32,9
Erwerbsstruktur				
Erwerbstätig ²	%	64,6	62,2	- 2,5
Beamteninnen und Beamte ²	%	0,7	44,4	43,7
Selbständige ²	%	6,4	26,5	20,1
Angestellte ²	%	73,4	25,8	-47,6
Arbeiterinnen und Arbeiter ^{2,3}	%	19,5	3,3	-16,2
Arbeitslos	%	3,8	0,4	- 3,5
Rentnerinnen und Rentner	%	21,4	28,6	7,2
Nicht erwerbstätig	%	8,2	6,1	- 2,2
Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf ⁴	Euro	27 501	45 162	17 661
Gesundheitszustand				
Gute Gesundheit ⁵	%	45,0	54,4	9,4
Chronisch krank	%	46,9	42,4	- 4,4
Arztbesuch in den letzten 3 Monaten	Anzahl	2,5	2,5	- 0,0
Krankenhausnächte im Vorjahr	Anzahl	1,2	0,8	- 0,3
Body-Mass-Index ⁶		26,7	25,6	- 1,0
Raucherinnen und Raucher	%	23,8	14,7	- 9,1

1 – Tertiäre Bildung nach ISCED-2011. 2 – Beamteninnen und Beamte, Selbständige, Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte anteilig an den erwerbstätigen Versicherten. 3 – Inkl. Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten. 4 – Äquivalenzgewichtete gemäß der modifizierten OECD-Skala. 5 – Selbstangabe, einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu haben. 6 – Körpergewicht (kg) / quadrierte Körpergröße (m²); Maß zur Einordnung von Übergewicht (≥ 25).

Quellen: SOEP v40.1, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-067-02

ABBILDUNG 56

Effekt des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten¹ in GKV und SPV auf die Ausgaben der öffentlichen Haushalte



1 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die GKV und die SPV.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-133-01

LITERATUR

- Albrecht, M. und R. Ochmann (2025), Versicherungsfremde Leistungen in der GKV: Systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Ergebnisbericht für das Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), IGES Institut, Berlin.
- Allcott, H., B.B. Lockwood und D. Taubinsky (2019), Regressive sin taxes, with an application to the optimal soda tax, *Quarterly Journal of Economics* 134 (3), 1557–1626.
- AOK (2025), AOK PLUS fordert Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem: Public-Health-Index der AOK zeigt: Deutschland muss mehr Prävention wagen, Pressemitteilung, Dresden, 4. Dezember.
- Arabadzhyan, A., R. Santos und L. Siciliani (2025), The effect of waiting times on health outcomes for coronary bypass and angioplasty, *Journal of Economic Behavior & Organization* 240, 107150.
- Aron-Dine, A., L. Einav und A. Finkelstein (2013), The RAND Health Insurance Experiment, three decades later, *Journal of Economic Perspectives* 27 (1), 197–222.
- Aron-Dine, A., L. Einav, A. Finkelstein und M. Cullen (2015), Moral hazard in health insurance: Do dynamic incentives matter?, *Review of Economics and Statistics* 97 (4), 725–741.
- Augurzky, B., T.K. Bauer und S. Schaffner (2006), Copayments in the German health system – Do they work?, *RWI Discussion Paper 43*, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
- Augurzky, B., S. Weiler und A. Pilny (2024), Krankenhaus Rating Report 2024: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2022 erneut verschlechtert, Pressemitteilung, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, 27. Juni.
- Augurzky, B. und C. Karagiannidis (2026), Die Krankenhausstrukturen zukunftsfest machen!, *RWI Impact Notes*, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
- Augurzky, B., A.R. Reichert, C.M. Schmidt und A. Wübker (2026), Participation in a bonus program for preventive behavior and its association with health care expenditures, *Empirica* 53 (1), 231–252.
- Bandy, L.K., P. Scarborough, R.A. Harrington, M. Rayner und S.A. Jebb (2020), Reductions in sugar sales from soft drinks in the UK from 2015 to 2018, *BMC Medicine* 18 (1), 20.
- BAS (2026a), Krankenhauszukunftsfonds, Bundesamt für Soziale Sicherung, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/>, abgerufen am 31.3.2026.
- BAS (2026b), Transformationsfonds, Bundesamt für Soziale Sicherung, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/transformationsofoeberblick>, abgerufen am 31.3.2026.
- Berndt, B., M. Müller, I. Urukova, R. Böttcher und R. Müller (2025), Analyse zu Präventionsanreizen im reformierten Risikostrukturausgleich, WIG2-Gutachten im Auftrag der Interessensgemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.
- Berndt, B., I. Urukova, R. Böttcher, L. Wedekind und T. Höpfner (2024), Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragssatz, WIG2-Expertise im Auftrag der IKK gesund plus, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.
- BfArM (2026), Arzneimittel-Festbeträge, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn und Köln.
- BfR (2023), Süßungsmittel: Mehrheit der Studien bestätigt keine Gesundheitsbeeinträchtigung – allerdings ist die Studienlage unzureichend, BfR-Stellungnahme 004/2023 vom 07. Februar 2023 (Bewertungsstand 23. September 2019), Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin.
- Blanco-Moreno, Á., R.M. Urbanos-Garrido und I.J. Thuissard-Vasallo (2013), Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors, *Health Policy* 111 (1), 34–42.
- Blümel, M., A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso und R. Busse (2020), Germany: Health system review, *Health Systems in Transition* 22 (6), European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen.
- BMG (2026a), Leistungen der (gesetzlichen) Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog>, abgerufen am 30.3.2026.

- BMG (2026b), Versicherungsfremde Leistungen, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen>, abgerufen am 31.3.2026.
- BMG (2026c), Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=664&p_archiv_id=7340430&p_sprache=D&p_action=A, abgerufen am 24.4.2026.
- BMG (2026d), Finanzergebnisse der GKV, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse>, abgerufen am 24.4.2026.
- BMG (2026e), Gemeinsam Digital 2026: Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG (2026f), Beiträge, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>, abgerufen am 24.4.2026.
- BMG (2026g), Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wahltarifen nach § 53 SGB V im Jahresdurchschnitt, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=856&p_archiv_id=7340431&p_sprache=D&p_action=A, abgerufen am 24.4.2026.
- BMG (2025a), Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Informationsblatt 223-06, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn und Berlin.
- BMG (2025b), Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV), Drucksache 64/25, Bundesrat, 7. Februar.
- BMG (2024), Referentenentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVVG), Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 15. April.
- BMLEH (2026a), Nutri-Score, Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, https://www.bmlch.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score_node.html, abgerufen am 24.4.2026.
- BMLEH (2026b), Reduktions- und Innovationsstrategie, Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, https://www.bmlch.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/reduktionsstrategie/reduktionsstrategie_node.html, abgerufen am 31.3.2026.
- Böcken, J. (2019), Mit weniger als der Hälfte der Krankenhäuser wären Patienten in Deutschland besser versorgt, Pressemitteilung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 15. Juli.
- Böcking, W., U. Ahrens, W. Kirch und M. Milakovic (2005), First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries, *Journal of Public Health* 13 (3), 128–137.
- Boylund, E. et al. (2025), Food marketing, eating and health outcomes in children and adults: A systematic review and meta-analysis, *British Journal of Nutrition* 133 (6), 781–805.
- Bratan, T. et al. (2022), E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich, Studie zum deutschen Innovationssystem 12–2022, Fraunhofer ISI im Auftrag der Expertenkommission Forschung und Innovation, Berlin.
- Breyer, F. (2025), Gesetzliche Krankenversicherung: Mitversicherung abschaffen?, *Wirtschaftsdienst* 105 (11), 773.
- Breyer, F. (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 16 (3), 215–230.
- Breyer, F. und N. Lorenz (2021), The “red herring” after 20 years: Ageing and health care expenditures, *European Journal of Health Economics* 22 (5), 661–667.
- Breyer, F., N. Lorenz und T. Niebel (2015), Health care expenditures and longevity: Is there a Eubie Blake effect?, *European Journal of Health Economics* 16 (1), 95–112.
- Breyer, F. und V. Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220 (1), 1–17.
- BRH (2025), Verwaltungsdigitalisierung: Empfehlungen für die 21. Legislaturperiode, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Bundesrechnungshof, Potsdam.

BRH (2021), Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung Gz.: IX 1-2020-0345, Bundesrechnungshof, Potsdam.

Brot-Goldberg, Z.C., A. Chandra, B.R. Handel und J.T. Kolstad (2017), What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics, *Quarterly Journal of Economics* 132 (3), 1261–1318.

Buchmueller, T.C. und R.G. Valletta (1999), The effect of health insurance on married female labor supply, *Journal of Human Resources* 34 (1), 42–70.

Bundesdrogenbeauftragter (2026), Alkoholkonsum in Deutschland, <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/alkohol>, abgerufen am 24.4.2026.

Bundesregierung (2026), Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), Deutscher Bundestag, 16. April.

Bundesregierung (2025), Referentenentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG), Deutscher Bundestag, 5. August.

Bünnings, C., H. Schmitz, H. Tauchmann und N.R. Ziebarth (2015), How health plan enrollees value prices relative to supplemental benefits and service quality, SOEPpaper on Multidisciplinary Panel Data Research 741, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

Busse, R., M. Blümel, F. Knieps und T. Bärnighausen (2017), Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, *The Lancet* 390 (10097), 882–897.

Büssgen, M. und T. Stargardt (2023), Does health technology assessment compromise access to pharmaceuticals?, *European Journal of Health Economics* 24 (3), 437–451.

BVA (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesversicherungsamt, Bonn.

Campanella, P. et al. (2016), The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis, *European Journal of Public Health* 26 (1), 60–64.

Caumanns, J. (2019), Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 143, 22–29.

Cebi, M. und C. Wang (2013), Employer-provided health insurance and labor supply of married women, *Eastern Economic Journal* 39 (4), 493–510.

Chaloupka, F.J., K. Straif und M.E. Leon (2011), Effectiveness of tax and price policies in tobacco control, *Tobacco Control* 20 (3), 235–238.

Chandra, A., E. Flack und Z. Obermeyer (2024), The health costs of cost sharing, *Quarterly Journal of Economics* 139 (4), 2037–2082.

Chandra, A., J. Gruber und R. McKnight (2010), Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly, *American Economic Review* 100 (1), 193–213.

Chandra, A. und J. Skinner (2012), Technology growth and expenditure growth in health care, *Journal of Economic Literature* 50 (3), 645–680.

Charlton, K., T. Comerford, N. Deavin und K. Walton (2021), Characteristics of successful primary school-based experiential nutrition programmes: A systematic literature review, *Public Health Nutrition* 24 (14), 4642–4662.

Chuard, C. und P. Hochuli (2026), Unpacking regional variation in health care: Insights from internal migration in Switzerland, CSS Institut Working Paper 2025/02, CSS Institute for Empirical Health Economics, Luzern.

Cinaroglu, S. und O. Baser (2018), The relationship between medical innovation and health expenditure before and after health reform, *Health Policy and Technology* 7 (4), 379–387.

Cobiac, L.J. et al. (2024), Impact of the UK soft drinks industry levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study, *PLOS Medicine* 21 (3), e1004371.

Commonwealth Fund (2010), 100 Percent of primary care doctors in Denmark use electronic medical records, Pressemitteilung, The Commonwealth Fund, New York, NY, 11. März.

Costantini, S. (2025), How do mental health treatment delays impact long-term mortality?, *American Economic Review* 115 (5), 1672–1707.

Cylus, J., I. Papanicolas und P.C. Smith (Hrsg.) (2016), Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management, Health policy series 46, European Observatory on Health Systems and Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Darzi, A. (2024), Independent investigation of the National Health Service in England, Independent report, Department of Health and Social Care, London.

Dauth, C. (2021), The effects of private versus public health insurance on health and labor market outcomes, IAB-Discussion Paper 3/2021, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

De Pietro, C. et al. (2015), Switzerland: Health system review, *Health Systems in Transition* 17 (4), European Observatory on Health Systems and Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Deutscher Bundestag (2025a), Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – Drucksachen 21/1511, 21/1935, 21/2641, 21/2642 – Anrufung des Vermittlungsausschusses, Drucksache 21/2893, Unterrichtung durch den Bundesrat, 24. November.

Deutscher Bundestag (2025b), Beamte in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Pauschale Beihilfe in einzelnen Bundesländern, WD 8 – 3000 – 046/25, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2021a), Dokumentation: Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten, WD 9 – 3000 – 090/20, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2021b), Ausarbeitung: 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, WD 3 – 3000 – 035/21, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2015), Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen?, Drucksache 18/4283, Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung, Berlin.

Deutscher Bundestag (2010), Ausarbeitung: Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung, WD 3 – 3000 – 486/10, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutsches Ärzteblatt (2023), Patienten sollen in ePA ärztliche Abrechnungen überprüfen, <https://www.aerzteblatt.de/news/patienten-sollen-in-epa-aerztliche-abrechnungen-ueberpruefen>, abgerufen am 24.4.2026.

Dewing, C., T. Jones und S.K. Steffensen (2018), The future of patient data: A Danish perspective, DTU Business Healthcare und Future Agenda, London.

DGE (2023), DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kitas, 6. Auflage, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Bonn.

Dickson, A., M. Gehrsitz und J. Kemp (2025), Does a spoonful of sugar levy help the calories go down? An analysis of the UK soft drinks industry levy, *Review of Economics and Statistics* 107 (6), 1754–1763.

DKG (2025), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2025, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Geschäftsbereich II – Krankenhausfinanzierung und Versorgungsplanung, Berlin.

DKI und BDO (2015), Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Deutsches Krankenhausinstitut, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln.

Dlouhý, M. und P. Havlík (2024), Efficiency evaluation of 28 health systems by MCDA and DEA, *Health Economics Review* 14 (1), 59.

Donaldson, S.I. et al. (2025), Association between exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: A systematic review and meta-analysis, *The Lancet Public Health* 10 (11), e912–e922.

Drösler, S. et al. (2025), Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021, Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherheit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.

- Effertz, T. (2020), Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), DHS Jahrbuch Sucht 2020, Pabst Science Publishers, Lengerich, 225–234.
- Effertz, T., S. Engel, F. Verheyen und R. Linder (2016), The costs and consequences of obesity in Germany: A new approach from a prevalence and life-cycle perspective, *European Journal of Health Economics* 17 (9), 1141–1158.
- Effertz, T., F. Verheyen und R. Linder (2017), The costs of hazardous alcohol consumption in Germany, *European Journal of Health Economics* 18 (6), 703–713.
- Eibich, P. und N.R. Ziebarth (2014), Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata, *Health Policy* 114 (1), 41–53.
- Eurostat (2025), Kaufkraftparitäten, Preisniveauintizes sowie nominale und reale Ausgaben nach analytischen Kategorien – basierend auf dem Coicop 1999, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/PRC_PPP_IND, abgerufen am 24.4.2026.
- Felder, S. und A. Werblow (2008), A physician fee that applies to acute but not to preventive care: Evidence from a German deductible program, *Journal of Contextual Economics – Schmollers Jahrbuch* 128 (2), 191–212.
- Fischbacher, S., F.-W. Dippel und O. Schöffski (2025), Zuckersteuer: Wie lange können wir es uns noch leisten, nichts zu tun?, *Aktuelle Ernährungsmedizin* 50 (01), 29–35.
- FKG (2026), Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027, FinanzKommission Gesundheit, Berlin.
- Fogarty, J. (2010), The demand for beer, wine and spirits: A survey of the literature, *Journal of Economic Surveys* 24 (3), 428–478.
- Fries, J.F. (2002), Aging, natural death, and the compression of morbidity (1980), *Bulletin of the World Health Organization* 80 (3), 245–250.
- Fuchs, A., G. Del Carmen und A.K. Mukon (2018), Long-run impacts of increasing tobacco taxes: Evidence from South Africa, Weltbank, Washington, DC.
- Fusco, N., B. Sils, J.S. Graff, K. Kistler und K. Ruiz (2023), Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review, *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 29 (1), 4–16.
- García-Chávez, C.G., T. Barrientos-Gutierrez, S.W. Ng, J.A. Rivera und M.A. Colchero (2025), Changes in sugar-sweetened beverages and non-essential energy-dense food purchases overall and by type before and after the implementation of taxes in Mexico: Repeated cross-sectional national surveys (2008–2018), *BMJ Public Health* 3 (1), e001524.
- Gerlach, F. und J. Szecsenyi (2020), Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, Zusammenfassung der Ergebnisse, Goethe-Universität Frankfurt am Main und Universitätsklinikum Heidelberg, Frankfurt am Main und Heidelberg.
- GKV-Spitzenverband (2026a), Die gesetzlichen Krankenkassen, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 30.3.2026.
- GKV-Spitzenverband (2026b), Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, abgerufen am 30.3.2026.
- GKV-Spitzenverband (2026c), Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich stärken, Positionspapier, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2025), Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Bericht des Vorstands an den Verwaltungsrat gem. §§ 197 Absatz 5 SGB V, 47a SGB XI, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2018), Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2018 zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen“ (Drucksache 19/2514) und der Fraktion DIE LINKE „Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen“ (Drucksache 19/2699), Berlin.
- Godøy, A., V.F. Haaland, I. Huitfeldt und M. Votruba (2024), Hospital queues, patient health, and labor supply, *American Economic Journal: Economic Policy* 16 (2), 150–181.

- Gréa, C. et al. (2025), Produktmonitoring 2024: Ergebnisbericht, MRI-Bericht, Max Rubner-Institut, Karlsruhe.
- Greß, S. und M. Lungen (2017), Die Einführung einer Bürgerversicherung: Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV, Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (3–4), 68–74.
- Greß, S. und K. Stegmüller (2014), Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014 – BT-Drucksache 18/1050, Deutscher Bundestag, Berlin, 4. April.
- Gruber, J. und B. Madrian (2002), Health insurance, labor supply, and job mobility: A critical review of the literature, NBER Working Paper 8817, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Haas, P. (2017), Elektronische Patientenakten: Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen, Expertise, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Häckl, D., I. Weinhold, N. Kossack und C. Schindler (2016), Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA, WIG2-Gutachten für den IKK, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.
- Han, K.-T., W. Kim, A. Song, Y.J. Ju, D.-W. Choi und S. Kim (2021), Is time-to-treatment associated with higher mortality in Korean elderly lung cancer patients?, Health Policy 125 (8), 1047–1053.
- Hanewinkel, R. und B. Isensee (2003), Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung in Deutschland vom 1. Januar 2002, SUCHT 49 (3), 168–179.
- Hengel, P., U. Nimptsch, C. Pioch und R. Busse (2026), Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Ambulantisierungspotenzial für Hybrid-DRGs und AOP-Katalog sowie Trends seit der Corona-Pandemie. Analyse der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten 2018–2023, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 201, 60–68.
- Hentschker, C., G. Goerdt und D. Scheller-Kreinsen (2023), Das Pflegebudget der Krankenhäuser im dritten Jahr der Umsetzung: Analysen und Entwicklungen, in: Klauber, J., J. Wasem, A. Beivers und C. Mostert (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2023: Schwerpunkt: Personal, Springer, Berlin und Heidelberg, 251–264.
- Hentschker, C., R. Messerle, J. Schlüter, J. Schmitt und J. Malzahn (2026a), Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten, Monitor Versorgungsforschung (01/26), 73–81.
- Hentschker, C., C. Mostert-Brenck und D. Scheller-Kreinsen (2026b), Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz, WIdO e-Paper 6, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.
- Herbert-Maul, A., K. Abu-Omar, M. Till, T. Fleuren, A.R. Wolff und A.K. Reimers (2023), Präventionsdilemma auf kommunaler Ebene? Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Kommunen an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung 18 (3), 327–334.
- Highfill, T. (2020), Do hospitals with electronic health records have lower costs? A systematic review and meta-analysis, International Journal of Healthcare Management 13 (1), 65–71.
- Hofmann, S.M. und A.M. Mühlenweg (2017), Primary care physicians as gatekeepers in the German healthcare system: Quasi-experimental evidence on coordination of care, quality indicators, and ambulatory costs, American Journal of Medical Research 4 (2), 47–72.
- Hoh, C. und I. Honekamp (2010), Co-payment as a solution to the moral hazard problem in the pharmaceutical market?, MPRA Paper 27425, Munich Personal RePEc Archive und Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München, München.
- van der Horst, K. et al. (2024), Outcomes of children’s cooking programs: A systematic review of intervention studies, Journal of Nutrition Education and Behavior 56 (12), 881–892.
- Hullegie, P. und T.J. Klein (2010), The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany, Health Economics 19 (9), 1048–1062.
- Hundeshagen, C., H. Rosmann und J. Lindenmeier (2024), The effect of obligatory versus voluntary school food standard implementation on the fulfillment of the school food standard requirements in Germany, NFS Journal 37, 100197.
- Initiative D21 und TUM (2024), eGovernment MONITOR 2024: Nutzung und Akzeptanz digitaler Verwaltungsleistungen aus Sicht der Bürger*innen – Die deutschen Bundesländer, Deutschland, Österreich und die Schweiz im Vergleich, Initiative D21 und Technische Universität München, Berlin und München.
- Jensen, T.B. und A.A. Thorseng (2017), Building national healthcare infrastructure: The case of the Danish e-health portal, in: Aanestad, M., M. Grisot, O. Hanseth und P. Vassilakopoulou (Hrsg.), Information Infrastructures within European Health Care, Health informatics, Springer, Cham, 209–224.

- Jepson, R.G., F.M. Harris, S. Platt und C. Tannahill (2010), The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews, *BMC Public Health* 10 (1), 538.
- Johansson, N., N. Jakobsson und M. Svensson (2019), Effects of primary care cost-sharing among young adults: Varying impact across income groups and gender, *European Journal of Health Economics* 20 (8), 1271–1280.
- Kaba-Schönstein, L. und H. Kilian (2023), Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0>.
- von Kalckreuth, N., M. Kopka, C. Schmid, C. Kratzer, A. Reptuschenko und M.A. Feufel (2025), Trustworthiness of the electronic health record in Germany: An exploratory, user-centered analysis, *Frontiers in Digital Health* 7, 1473326.
- Kamphuis, B., A.-M. Fontrier, J. Gill, O. Efthymiadou, H. Salyga und P. Kanavos (2021), Access to medicines in Europe: Delays and challenges for patient access, LSE Consulting, London School of Economics, London.
- Karran, E.L. et al. (2023), Do health education initiatives assist socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review and meta-analyses, *BMC Public Health* 23 (1), 453.
- KH-Regierungskommission (2025), Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen, Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung, Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Berlin.
- Kiil, A. und K. Houlberg (2014), How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011, *European Journal of Health Economics* 15 (8), 813–828.
- Kilian, C., P. Rovira, M. Neufeld, J. Manthey und J. Rehm (2022), Potenzielle Auswirkungen erhöhter Alkoholsteuern auf die alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland: Eine Modellierungsstudie, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 65 (6), 668–676.
- Kingreen, T. (2025), Eine integrierte Krankenversicherungsordnung: Zu versicherungs- und verfassungsrechtlichen Fragen der Ausgestaltung und Zulässigkeit, Working Paper Forschungsförderung 372, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Klosterhalfen, S. und D. Kotz (2025), Proportionate income spent on nicotine and tobacco products and the use of untaxed cigarettes in Germany: Findings from a cross-sectional survey, *BMJ Public Health* 3 (2), e003340.
- Kroneman, M., J. de Jong, K. Polin und E. Webb (2025), The Netherlands: Health system summary 2024, European Observatory on Health Systems and Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.
- Leopoldina (2026), Prävention stärken & neue Therapieansätze nutzen: Wie lässt sich die Adipositas-Epidemie eindämmen?, Leopoldina Fokus 5, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale).
- Lewis, A.K., K.E. Harding, D.A. Snowdon und N.F. Taylor (2018), Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: A systematic review, *BMC Health Services Research* 18 (1), 869.
- Lindlbauer, I. und J. Schreyögg (2014), The relationship between hospital specialization and hospital efficiency: Do different measures of specialization lead to different results?, *Health Care Management Science* 17 (4), 365–378.
- Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz und M.S. Marquis (1987), Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review* 77 (3), 251–277.
- Manton, K.G. (1982), Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population, *The Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society* 60 (2), 183–244.
- Marchildon, G.P. et al. (2021), Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries, *Health Policy* 125 (12), 1507–1516.
- Marino, A. und L. Lorenzoni (2019), The impact of technological advancements on health spending: A literature review, OECD Health Working Paper 113, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

- Mason, A. et al., Drivers of health care expenditure: Final report, CHE Research Paper 169, University of York, Centre for Health Economics, York.
- Matjasko, J.L., J.H. Cawley, M.M. Baker-Goering und D.V. Yokum (2016), Applying behavioral economics to public health policy, *American Journal of Preventive Medicine* 50 (5), S13–S19.
- McGuire, T.G. (2000), Physician agency, in: Culyer, A.J. und J.P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Bd. 1A, Elsevier Science, Amsterdam, 461–536.
- Messerle, R., F. Hoogestraat und E.-M. Wild (2024), Which factors influence the decision of hospitals to provide procedures on an outpatient basis? Mixed-methods evidence from Germany, *Health Policy* 150, 105193.
- Messerle, R. und J. Schreyögg (2024), Country-level effects of diagnosis-related groups: Evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments, *European Journal of Health Economics* 25 (6), 1013–1030.
- Metsallik, J., P. Ross, D. Draheim und G. Piho (2019), Ten years of the e-health system in Estonia, *CEUR Workshop Proceedings* 2336, Bergen.
- Milkman, K.L. et al. (2021), A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated at an upcoming doctor's appointment, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 118 (20), e2101165118.
- Müller, K.-U. et al. (2013), Evaluationsmodul: Förderung und Wohlergehen von Kindern, *Politikberatung kompakt* 73, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Müller, S., D. Piontek, A. Pabst, S.E. Baumeister und L. Kraus (2010), Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany, *Addiction* 105 (7), 1205–1213.
- Murray, C.J.L. et al. (2020), Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet* 396 (10258), 1223–1249.
- Neufeld, M. et al. (2022), Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: A modelling study, *The Lancet Regional Health – Europe* 15, 100325.
- Nickel, S. und O. von dem Knesebeck (2020), Do multiple community-based interventions on health promotion tackle health inequalities?, *International Journal for Equity in Health* 19 (1), 157.
- Nolting, H.-D. et al. (2011), *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Nowaguchi, T., M. Cunich, B. Zapata-Diomedes und J.L. Veerman (2017), The impact on productivity of a hypothetical tax on sugar-sweetened beverages, *Health Policy* 121 (6), 715–725.
- Nowossadeck, S., E. Nowossadeck, F. Tetzlaff und J. Tetzlaff (2024), Wie hat sich die Lebenserwartung ohne funktionelle Einschränkungen in Deutschland entwickelt? Eine Analyse mit Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 67 (5), 564–571.
- Ochmann, R., M. Albrecht und G. Schiffhorst (2020), *Geteilter Krankenversicherungsmarkt: Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte*, IGES-Studie, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Ochmann, R., M. Albrecht und G. Schiffhorst (2017), *Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige: Teilbericht Beamte*, IGES-Studie, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- OECD (2025), *Health at a Glance 2025: Germany*, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.
- OECD und European Observatory (2025), *Länderprofil Gesundheit 2025: Deutschland*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie European Observatory on Health Systems and Policies, Paris und Brüssel.
- Olson, C.A. (1998), A comparison of parametric and semiparametric estimates of the effect of spousal health insurance coverage on weekly hours worked by wives, *Journal of Applied Econometrics* 13 (5), 543–565.
- Pendzialek, J.B., D. Simic und S. Stock (2016), Differences in price elasticities of demand for health insurance: A systematic review, *European Journal of Health Economics* 17 (1), 5–21.

- von Philipsborn, P., K. Geffert, C. Klinger, A. Hebestreit, J. Stratil und E.A. Rehfues (2022), Nutrition policies in Germany: A systematic assessment with the Food Environment Policy Index, *Public Health Nutrition* 25 (6), 1691–1700.
- PKV-Verband (2026a), PKV-Zahlenportal, Verband der Privaten Krankenversicherung, <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2014/2024/12>, abgerufen am 11.4.2026.
- PKV-Verband (2026b), Nachhaltige Finanzierung in der Privaten Krankenversicherung, Verband der Privaten Krankenversicherung, <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/nachhaltige-finanzierung/>, abgerufen am 24.4.2026.
- PKV-Verband (2026c), Ausgestaltung und Wirkung von Selbstbehalten, Interne Arbeitsunterlage, Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln.
- PKV-Verband (2025), Beitragsrückerstattung der privaten Krankensicherer weiter auf hohem Niveau, Pressemitteilung, Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, 24. Februar.
- Plamper, E., G. Klever Deichert und K.W. Lauterbach (2006), Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen in Deutschland auf den Tabakkonsum und Konsequenzen für die Gesundheitspolitik, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (7), 660–664.
- Pretnar, N. und M. Feldman (2026), Health sector structural change, *American Economic Journal: Macroeconomics*, im Erscheinen.
- Prudon, R. (2025), Is delayed mental health treatment detrimental to employment?, *Review of Economics and Statistics*, im Erscheinen, <https://doi.org/10.1162/rest.a.257>.
- Quentin, W., A. Geissler, D. Scheller-Kreinsen und R. Busse (2010), DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system, *Euro Observer* 12 (3), 4–7.
- Reifferscheid, A., N. Pomorin und J. Wasem (2015), Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140 (13), e129–e135.
- Reinhardt, K. (2025), TOP IV: Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Rede, 129. Deutscher Ärztetag, Leipzig, 30. Mai.
- Rogers, N.T. et al. (2023), Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data, *PLOS Medicine* 20 (1), e1004160.
- Rose, G. (2001), Sick individuals and sick populations, *International Journal of Epidemiology* 30 (3), 427–432.
- Rothgang, H. und R. Götze (2013), Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, K. und S. Schulze (Hrsg.), *Die Krankenversicherung der Zukunft: Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, WIdO-Reihe, KomPart, Berlin, 125–173.
- Saad, C. et al. (2025), Effectiveness of tobacco advertising, promotion and sponsorship bans on smoking prevalence, initiation and cessation: A systematic review and meta-analysis, *Tobacco Control*, im Erscheinen, <https://doi.org/10.1136/tc-2024-058903>.
- Salm, M. und A. Wübker (2020), Sources of regional variation in healthcare utilization in Germany, *Journal of Health Economics* 69, 102271.
- Schmitz, H. (2013), Practice budgets and the patient mix of physicians – The effect of a remuneration system reform on health care utilisation, *Journal of Health Economics* 32 (6), 1240–1249.
- Schmitz, H. und N.R. Ziebarth (2017), Does price framing affect the consumer price sensitivity of health plan choice?, *Journal of Human Resources* 52 (1), 88–127.
- Schneider, U. (2002), Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (4), 447–458.
- Schreyögg, J. und M.M. Grabka (2010), Copayments for ambulatory care in Germany: A natural experiment using a difference-in-difference approach, *European Journal of Health Economics* 11 (3), 331–341.
- Schröder, H., P.A. Thürmann, M. Thiede, S. Enners und R. Busse (Hrsg.) (2025), *Arzneimittel-Kompass 2025 – Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen*, Springer, Berlin.
- Sherk, A. et al. (2018), Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: Systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 79 (1), 58–67.

- Shigeoka, H. (2014), The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection, *American Economic Review* 104 (7), 2152–2184.
- Simonsen, M., L. Skipper, N. Skipper und A. Illemann Christensen (2021), Spot price biases in non-linear health insurance contracts, *Journal of Public Economics* 203, 104508.
- Sperlich, S. et al. (2022), Die langzeitliche Entwicklung von Morbidität und Gesundheit in Deutschland – mehr Gesundheit für alle?, in: Siegrist, J., U. Stöbel und A. Trojan (Hrsg.), *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen, Gesundheit und Gesellschaft*, Springer VS, Wiesbaden, 179–203.
- Sripa, P., B. Hayhoe, P. Garg, A. Majeed und G. Greenfield (2019), Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: A systematic review, *British Journal of General Practice* 69 (682), e294–e303.
- Starker, A., A. Schienkewitz, S. Damerow und R. Kuhnert (2025), Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023, *Journal of Health Monitoring* 10 (1), e12990.
- Statistisches Bundesamt (2026a), Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html>, abgerufen am 31.3.2026.
- Statistisches Bundesamt (2026b), Krankenstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html>, abgerufen am 31.3.2026.
- Statistisches Bundesamt (2025a), Zur Krankenversicherung befragte Personen für das Jahr 2023, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/kv_befragtepersonen-geschl-versicherungsverh.html, abgerufen am 31.3.2026.
- Statistisches Bundesamt (2025b), 72 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, Pressemitteilung N060, Wiesbaden, 29. Oktober.
- Statistisches Bundesamt (2025c), Arztpraxen erzielten 2023 zwei Drittel ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung, Pressemitteilung 431, Wiesbaden, 4. Dezember.
- Stauder, J. und T. Kossow (2017), Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte?, *Das Gesundheitswesen* 79 (03), 181–187.
- Staudigel, M., K.M.F. Emmert-Fees, M. Laxy und J. Roosen (2025), The demand for non-alcoholic beverages across income groups and implications for sugar-sweetened beverage taxation in Germany, *Q Open* 5 (2), qoaf020.
- Steuernagel, A. und M. Thum (2023), Wie viel Beitragsaufkommen lässt sich durch die Einbeziehung zusätzlicher Einkommenskomponenten in der Sozialversicherung erzielen?, *ifo Dresden berichtet* 30 (5), 14–18.
- Strandbygaard, U., S.F. Thomsen und V. Backer (2010), A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: A three-month follow-up study, *Respiratory Medicine* 104 (2), 166–171.
- SVR Gesundheit (2021), Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn.
- SVR Gesundheit (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn.
- SVR Gesundheit & Pflege (2025), Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem, Gutachten 2025, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Bonn.
- SVR Gesundheit & Pflege (2024), Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Bonn.
- Thönnies, S. (2019), Ex-post moral hazard in the health insurance market: Empirical evidence from German data, *European Journal of Health Economics* 20 (9), 1317–1333.
- Tillmanns, H. und D. Jäckel (2024), Entwicklung der Ambulantisierung, in: Klauber, J., J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert und D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform*, Springer, Berlin und Heidelberg, 225–268.

- [Varabyova, Y., C.R. Blankart, A. Torbica und J. Schreyögg \(2017\)](#), Comparing the efficiency of hospitals in Italy and Germany: Nonparametric conditional approach based on partial frontier, *Health Care Management Science* 20 (3), 379–394.
- [Varabyova, Y. und J.-M. Müller \(2016\)](#), The efficiency of health care production in OECD countries: A systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons, *Health Policy* 120 (3), 252–263.
- [Vaughan, K.L., J.E. Cade, M.M. Hetherington, J. Webster und C.E.L. Evans \(2024\)](#), The impact of school-based cooking classes on vegetable intake, cooking skills and food literacy of children aged 4–12 years: A systematic review of the evidence 2001–2021, *Appetite* 195, 107238.
- [vzbv \(2026\)](#), Elektronische Patientenakte: Viel Potenzial, bislang wenig Nutzen, Pressemitteilung, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin, 18. Februar.
- [Wagenaar, A.C., M.J. Salois und K.A. Komro \(2009\)](#), Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies, *Addiction* 104 (2), 179–190.
- [Walendzik, A., C. Abels und J. Wasem \(2021\)](#), Die Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, *Das Gesundheitswesen* 85 (05), 462–470.
- [Walendzik, A., S. Greß, M. Manouguian und J. Wasem \(2008\)](#), Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften 165, Universität Duisburg-Essen, Essen.
- [Werbeck, A., A. Wübker und N.R. Ziebarth \(2021\)](#), Cream skimming by health care providers and inequality in health care access: Evidence from a randomized field experiment, *Journal of Economic Behavior & Organization* 188, 1325–1350.
- [Werdning, M. et al. \(2026\)](#), Alterungsschub und Sozialbeiträge: Simulationen zu GKV und Pflegeversicherung, SVR-Arbeitspapier, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Berlin, im Erscheinen.
- [WHO \(2025\)](#), European health report 2024: Keeping health high on the agenda, Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.
- [Willemé, P. und M. Dumont \(2016\)](#), Machines that go 'ping': Medical technology and health expenditures in OECD countries, *Health Economics* 25 (3), 387–388.
- [Winkelmann, R. \(2004\)](#), Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – Evidence from a natural experiment, *Health Economics* 13 (11), 1081–1089.
- [Wissenschaftsrat \(2026\)](#), Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft, Positionspapier 3003–26, Köln.
- [Xu, M. und B. Bittschi \(2022\)](#), Does the abolition of copayment increase ambulatory care utilization?: A quasi-experimental study in Germany, *European Journal of Health Economics* 23 (8), 1319–1328.
- [Zeeb, H. et al. \(2025\)](#), Public health in Germany: Structures, dynamics, and ways forward, *The Lancet Public Health* 10 (4), e333–e342.
- [Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers \(1999\)](#), Ageing of population and health care expenditure: A red herring?, *Health Economics* 8 (6), 485–496.

4

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG: FOKUSSIERT UND GENERATIONENGERECHT FINANZIEREN

I. Einleitung

II. Pflegebedarf und -organisation

1. Pflegebedürftige
2. Pflegenden

III. Absicherung des Pflegerisikos

1. Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung
2. Finanzielle Situation der SPV

IV. Eigenanteile und gesellschaftliche Kosten der Pflege

1. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen
2. Auswirkungen informeller Pflege

V. Zukünftige Finanzierung der Pflegeausgaben im demografischen Wandel

VI. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege

1. Zugang zu Leistungen und Leistungsumfang der SPV korrigieren
2. Teilleistungssystem beibehalten
3. Kapitaldeckung in der SPV stärken

Eine andere Meinung

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

- ↘ Die Ausgaben der SPV sind seit Einführung des 2. Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2017 stark gestiegen. Gründe dafür sind der vereinfachte Zugang zu sowie die starke Ausweitung der Leistungen. Die demografische Alterung lässt die Pflegekosten künftig weiter steigen.
- ↘ Die SPV sollte eine Teilversicherung bleiben. Eine Rückführung des Zugangs zu Leistungen der SPV auf ein fachlich empfohlenes Niveau sowie die Abschaffung von Leistungszuschlag und Entlastungsbetrag würden den Ausgabenanstieg deutlich dämpfen.
- ↘ In Kombination mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung können solche Reformen ein angemessenes Leistungsniveau mit generationengerechter Finanzierung langfristig sichern.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde in Deutschland im Jahr 1995 als fünfter Zweig der Sozialversicherung eingeführt, um das finanzielle Risiko von Pflegebedürftigkeit teilweise abzusichern und soziale Härten aufgrund von Pflegebedürftigkeit abzufedern. Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend im hohen Alter auf und ist damit auf wenige Jahre begrenzt. Die daraus entstehenden finanziellen Belastungen können große Teile der Bevölkerung selbst tragen, weil überwiegend Angehörige die Pflege übernehmen und viele Pflegebedürftige auf Vermögen zur Finanzierung der Pflege zurückgreifen können.

Die Ausgaben der SPV sind in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Dies ist wesentlich auf die Reformen der letzten zehn Jahre, insbesondere auf das 2. Pflegestärkungsgesetz (PSG II) aus dem Jahr 2017, zurückzuführen. Das PSG II hat den Zugang zu Leistungen stark vereinfacht und die Leistungen sprunghaft ausgeweitet. Der im Jahr 2022 eingeführte Leistungszuschlag zur Absenkung der pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Versorgung hat die Ausgaben weiter erhöht. Mit der demografischen Alterung werden die Ausgaben weiter steigen, während gleichzeitig die Einnahmen langsamer wachsen. Da die SPV umlagefinanziert ist, werden deshalb fortlaufend Beitragssatzerhöhungen notwendig werden. Bis zum Jahr 2040 rechnet der Sachverständigenrat unter Annahme des geltenden Rechts und einer Lohndynamisierung der Leistungen der SPV mit einer Steigerung des Beitragssatzes von aktuell durchschnittlich 3,7 % auf 5,2 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Diese Entwicklung ist aus drei Gründen problematisch. Erstens führen höhere Beitragssätze zu einer stärkeren intergenerationellen Umverteilung zulasten der jüngeren Generationen. Zweitens belasten höhere Beitragssätze Personen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze relativ stärker als Personen oberhalb. Drittens können steigende Beitragssätze die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen.

Um das strukturelle Finanzierungsproblem der SPV zu adressieren, sollte der im Jahr 2017 erleichterte Zugang zu Leistungen der SPV auf ein fachlich empfohlenes Maß zurückgeführt werden. Zudem sollten wenig zielgenaue Leistungen, insbesondere der Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung und der Entlastungsbetrag in allen Pflegegraden, entfallen. In Kombination mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung könnten diese Reformen ein angemessenes Leistungsniveau langfristig stabilisieren und für eine generationengerechte Verteilung der finanziellen Belastungen aus Pflegebedürftigkeit sorgen.

I. EINLEITUNG

271. Pflegebedürftigkeit ist ein elementares Lebensrisiko, das für Betroffene und ihre Familien mit erheblichen organisatorischen und finanziellen Belastungen verbunden sein kann. Während früher fast ausschließlich Familienangehörige die Pflege übernommen haben, ist dies heute im Zuge gesunkener Geburtenraten, einer höheren Erwerbsbeteiligung und einer steigenden Anzahl Alleinlebender deutlich seltener der Fall. Angehörige bleiben auch heute noch der wichtigste Bestandteil der Pflegeversorgung, ihre Leistungen werden aber zunehmend mit anderen Versorgungsformen kombiniert. ↘ ZIFFERN 287 FF. Im Jahr 1995 wurde die Soziale Pflegeversicherung (SPV) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen eingeführt. ↘ ZIFFERN 296 FF. Sie soll einen Teil des mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Risikos solidarisch auf die Versichertengemeinschaft verteilen. Zudem soll sie sicherstellen, dass notwendige Pflegeleistungen verlässlich bereitstehen, Pflegebedürftige ihre Lebensqualität und eine aktive gesellschaftliche Teilhabe erhalten können sowie Angehörige entlastet werden.
272. In Deutschland waren im Jahr 2024 rund 6,0 Millionen Menschen bzw. 7,2 % der Bevölkerung nach dem Sozialrecht pflegebedürftig. ↘ ZIFFER 281 Diese Anzahl lag im Jahr 2016 noch bei rund 2,9 Millionen Menschen bzw. 3,6 % der Bevölkerung. Der unerwartet starke Anstieg ist vor allem auf die Umsetzung des 2. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zurückzuführen, mit dem eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt wurden. ↘ ZIFFER 304 Das Risiko, pflegebedürftig zu sein, steigt mit zunehmendem Alter und vor allem ab 75 Jahren stark an. **Durch die demografische Alterung der Gesellschaft dürfte die Anzahl der Pflegebedürftigen auch künftig weiter ansteigen.** ↘ ZIFFER 286
273. Im Jahr 2023 wurden rund 74 % der Pflegebedürftigen zu Hause durch Angehörige (informelle Pflege) oder ambulante Pflegedienste versorgt. ↘ ZIFFERN 287 FF. Rund 14 % wurden vollstationär in Pflegeheimen betreut. Die übrigen 12 % entfielen auf Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

Informelle Pflege wird zu einem großen Teil von Personen im erwerbsfähigen Alter erbracht und dabei überwiegend von Frauen übernommen. ↘ ZIFFER 288 Das Angebot professioneller Pflege wurde in Deutschland seit Einführung der SPV kontinuierlich ausgebaut. ↘ ZIFFER 291 Der Versorgungsgrad variiert regional jedoch stark. Der weitere Ausbau stößt vor allem aufgrund von Arbeitskräfteengpässen an eine Grenze. ↘ ZIFFER 294 Potenziell produktivitätserhöhende Technologien wie z. B. Automatisierung und Digitalisierung werden in der Pflege bisher nur begrenzt genutzt. ↘ ZIFFER 295

274. Die SPV ist als Teilversicherungssystem konzipiert. Das heißt, **Pflegebedürftige müssen einen Teil der Pflegekosten aus eigenem Einkommen und Vermögen oder über den Abschluss privater Versicherungen finanzieren.** ↘ ZIFFERN 311 FF. Diese Eigenanteile sind in den vergangenen Jahren aufgrund der kräftigen Lohnsteigerungen in der Pflege sowohl in der häuslichen als auch der

stationären Versorgung angestiegen. [↘ ZIFFERN 312 FF.](#) Ein nennenswerter Anteil älterer Menschen verfügt über Einkommen und Vermögen, das grundsätzlich zur Finanzierung dieser Pflegekosten herangezogen werden kann. [↘ ZIFFERN 315 FF.](#) Reichen diese Mittel nicht aus, sind alle Pflegebedürftigen über die steuerfinanzierte und bedarfsgeprüfte „Hilfe zur Pflege“ solidarisch abgesichert. [↘ ZIFFER 320](#)

- 275. Ein erheblicher Teil der Pflegekosten wird zudem in Form informeller Pflege von Angehörigen und anderen nahestehenden Personen getragen.** Dies kann für die Pflegepersonen mit spürbaren zeitlichen Belastungen sowie teils dauerhaften Nachteilen für Erwerbstätigkeit, Einkommen und Alterssicherung verbunden sein. [↘ ZIFFERN 321 FF.](#) Die gesamtwirtschaftlichen Arbeitsmarkteffekte durch die Übernahme informeller Pflege fallen jedoch vergleichsweise gering aus. [↘ ZIFFERN 324 F.](#)
- 276.** Bis zum Jahr 2008 stagnierte die Ausgabenentwicklung der SPV, gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf einem Niveau von rund 0,8 %. [↘ ZIFFERN 304 FF.](#) **Mit Inkrafttreten des PSG II im Jahr 2017 beschleunigte sich der Ausgabenanstieg drastisch.** Im Jahr 2025 lag der Anteil der Ausgaben der SPV am BIP bei 1,5 %. Maßgeblich sind hierfür ein vereinfachter Leistungszugang, die Erhöhungen der Leistungen im Bereich der informellen und ambulanten Pflege sowie der im Jahr 2022 eingeführte Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung.
- 277. Die Finanzsituation der umlagefinanzierten SPV ist trotz der sukzessiven Erhöhung des Beitragssatzes in den vergangenen Jahren defizitär.** [↘ ZIFFER 307](#) Ohne kostendämpfende Maßnahmen dürften bereits kurzfristig weitere Steigerungen des Beitragssatzes nötig sein. Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass nach geltendem Recht und unter Annahme einer Lohndynamisierung der Leistungen der SPV, bei der das Leistungsniveau tendenziell konstant bleibt, der Beitragssatz von aktuell durchschnittlich 3,7 % auf 4,7 % im Jahr 2030 zunehmen dürfte. Danach setzt sich dieser Anstieg kontinuierlich fort. Für das Jahr 2040 rechnet der Sachverständigenrat mit einem Beitragssatz von 5,2 %. Künftig wird das strukturelle Finanzierungsproblem – steigende Ausgaben, mit denen die Einnahmen bei unveränderten Beitragssätzen nicht Schritt halten – maßgeblich durch die demografische Alterung getrieben.
- 278. Die zu erwartende Beitragssatzentwicklung ist in dreierlei Hinsicht problematisch.** Erstens belastet sie vor allem jüngere Generationen und verschärft dadurch intergenerationelle Verteilungskonflikte. Zweitens belastet sie Personen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze [↘ GLOSSAR](#) relativ stärker als Personen darüber. Drittens kann sie die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen. [↘ ZIFFERN 113 FF.](#) Daher sollten weitere Beitragssatzerhöhungen gedämpft oder ganz vermieden werden.
- 279.** Der Sachverständigenrat konzentriert sich bei den diskutierten Reformoptionen auf Ansätze, die aus ökonomischer Perspektive geeignet sind, die strukturellen Finanzierungsprobleme der SPV nachhaltig zu bewältigen. Im Fokus steht eine Reform der SPV, die unter den veränderten Finanzierungsbedingungen sowohl den Anforderungen der Generationengerechtigkeit gerecht wird als auch eine be-

darfsgerechte Versorgung sicherstellt und dabei die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile stärkt. Dabei wird sie mit dem Zielkonflikt zwischen dem Umfang der Leistungen, der Höhe des Beitragssatzes und der Höhe der Eigenanteile konfrontiert sein. Eine einzelne Maßnahme kann nicht alle drei Dimensionen gleichzeitig adressieren, dafür ist ein **Bündel von Maßnahmen notwendig**.

280. Die grundlegende Ausrichtung der SPV als Teilversicherungssystem sollte erhalten bleiben. Zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs sollte zunächst der Zugang zu Leistungen der SPV auf das vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Expertenbeirat) im Jahr 2013 fachlich empfohlene Maß zurückgenommen werden. ↘ ZIFFERN 339 FF. Dadurch würde sich sowohl die Zahl der anerkannt Pflegebedürftigen als auch die Höhe der Einstufung der Pflegebedürftigkeit verringern. Leistungen, denen es an Zielgenauigkeit fehlt, sollten nicht mehr von der Pflegeversicherung übernommen werden. Hierzu zählen der Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung ↘ ZIFFER 349 und der Entlastungsbetrag ↘ ZIFFER 342 in allen Pflegegraden, die zusammen im Jahr 2025 rund 15 % der Gesamtausgaben der SPV ausmachten. Über die Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung innerhalb der SPV könnte das Leistungs niveau stabilisiert und die finanzielle Lastenverteilung generationengerechter ausgestaltet werden. ↘ ZIFFERN 354 FF.

II. PFLEGEBEDARF UND -ORGANISATION

1. Pflegebedürftige

- 281. Ein Mensch gilt als pflegebedürftig, wenn er aufgrund von Einschränkungen Unterstützung im Alltag benötigt** (Mathes et al., 2017). Die Einordnung orientiert sich an funktionalen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Einschränkungen. In Deutschland orientiert sich der für die pflegerische Versorgung maßgebliche Pflegebedürftigkeitsbegriff des Sozialgesetzbuchs [▶ PLUSTEXT 14](#) eng am Funktionsmodell der Pflegewissenschaften. Er regelt zugleich den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Im Folgenden wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit gemäß dem Verständnis des deutschen Sozialrechts verwendet. Dieser bildet dabei nur jene Einschränkungen ab, die im Rahmen eines Antragsverfahrens festgestellt werden.



[▶ PLUSTEXT 14](#)

Hintergrund: Pflegebedürftigkeit im Sinne des deutschen Sozialrechts

Mit Einführung der SPV im Jahr 1995 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich geregelt (§ 14 SGB XI; § 15 SGB XI). Bis zum Jahr 2016 wurde Pflegebedürftigkeit in drei Stufen eingeteilt, die sich am zeitlichen Aufwand für körperbezogene Pflege orientierten. Um die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen besser zu berücksichtigen, wurde mit dem 2. Pflege-stärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2017 ein neuer, umfassenderer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dabei wurden die drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt, deren Zuordnung sich an der Selbständigkeit der Betroffenen orientiert. Als pflegebedürftig gilt eine Person, wenn sie aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen in ihrer Selbständigkeit über mindestens sechs Monate eingeschränkt und daher auf Hilfe durch Dritte angewiesen ist. Die Pflegebedürftigkeit wird im Rahmen einer unabhängigen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt. Dabei werden Beeinträchtigungen in sechs Bereichen bewertet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, gesundheitsbedingte Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Anhand dieser Bewertung wird der jeweiligen Person einer der fünf Pflegegrade zugeordnet und damit der Leistungsumfang der Pflegeversicherung bestimmt.

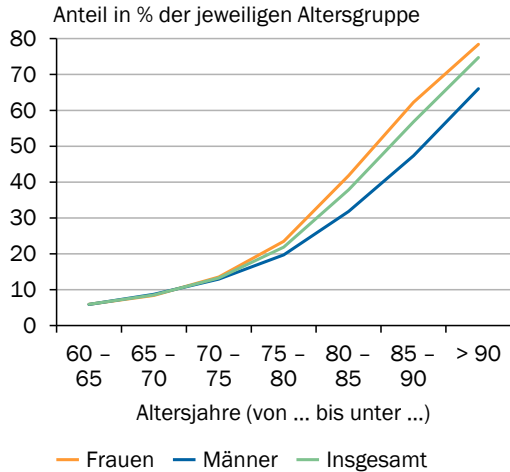
- 282. Das Risiko, pflegebedürftig zu sein**, liegt zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr noch bei 5,9 %. Es steigt jedoch zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr auf 21,9 % an. [▶ ABBILDUNG 57 OBEN LINKS](#) Mit zunehmendem Alter steigen zugleich die Pflegeintensität und der damit verbundene Pflegeaufwand. [▶ ABBILDUNG 57 UNTEN LINKS](#) Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens im Jahr 2017 kam es zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen. [▶ PLUSTEXT 14](#) [▶ ABBILDUNG 57 OBEN RECHTS](#) Dies ist unter anderem auf Verhaltensanpassungen der Bevölkerung zurückzuführen, die sich in

einer vermehrten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen infolge des neu geschaffenen niedrighschweligen Zugangs zur Pflege niederschlagen (Bundesregierung, 2015; Schwinger et al., 2023). [ZIFFER 304](#)

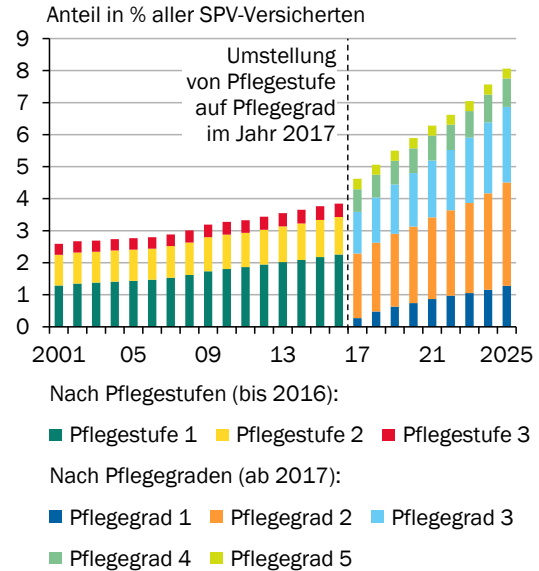
ABBILDUNG 57

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

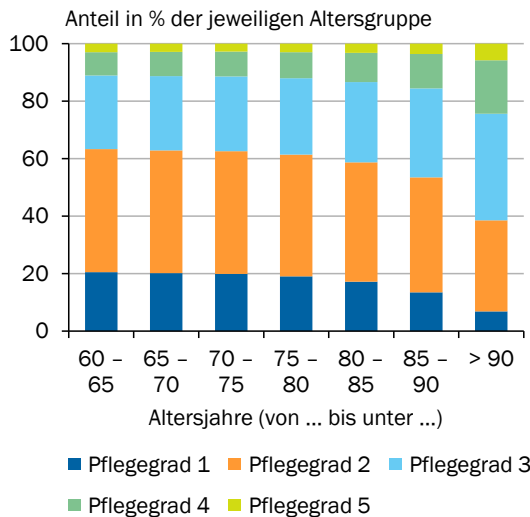
Anteil der Pflegebedürftigen¹ steigt ab einem Alter von 75 Jahren stark an



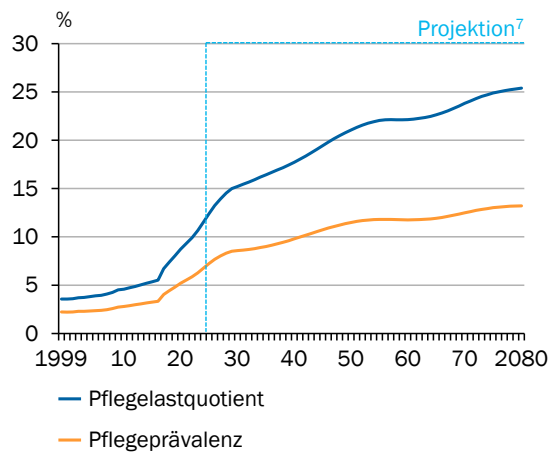
Anstieg der Leistungsempfängenden² der SPV vor und nach Einführung des PSG II³



Pflegeintensität steigt in den letzten Lebensjahren stark an⁴



Pflegelastquotient⁵ steigt deutlich stärker an als Pflegeprävalenz⁶



1 – Berechnet als Anteil der Leistungsempfängenden der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) an allen SPV-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe bzw. des jeweiligen Geschlechts im Jahr 2025. 2 – Berechnet als Anteil der Leistungsempfängenden der SPV an allen SPV-Versicherten im jeweiligen Jahr. 3 – 2. Pflegestärkungsgesetz. 4 – Stand 31. Dezember 2025. Pflegeintensität: Ausmaß des Pflegeaufwands, der für einen pflegebedürftigen Menschen erforderlich ist und sich im Pflegegrad widerspiegelt. 5 – Das Verhältnis von Leistungsempfängenden der SPV zu 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren. 6 – Das Verhältnis von Leistungsempfängenden der SPV zur Gesamtbevölkerung. 7 – Für die Jahre 2025 bis 2030 werden die zuletzt beobachteten, nicht-demografisch bedingten Steigerungen der Zahl der Leistungsempfängenden mit sukzessiver Abschwächung fortgeschrieben. Im weiteren Zeitverlauf werden konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen unterstellt.

Quellen: BMG, SIM.24, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-083-01

- 283. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, variiert systematisch mit Einkommen und Beruf** (Geyer et al., 2021). Armutsgefährdete Männer, d. h. mit einem Einkommen unterhalb von 60 % des Medianeinkommens, werden im Durchschnitt fast sechs Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit einem Einkommen von mehr als 150 % des Medianeinkommens. Bei Frauen beträgt dieser Abstand knapp vier Jahre. Beschäftigte mit überwiegend körperlicher Tätigkeit werden im Mittel rund vier Jahre früher pflegebedürftig als Beschäftigte im Beamtenstand.
- 284. Pflegebedürftigkeit entsteht aus medizinischer Sicht aufgrund multipler Faktoren.** Bei älteren Menschen geht sie häufig auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Langzeitfolgen von Krebserkrankungen, körperliche Einschränkungen infolge chronischer Krankheiten sowie auf psychische und kognitive Beeinträchtigungen zurück (Gerlinger, 2022). Eine besondere Bedeutung kommt neurodegenerativen Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit und der Parkinson-Krankheit zu, die mit fortschreitenden kognitiven Einschränkungen bis hin zu Demenz und mit zunehmenden funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen können. Auch soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden, die subjektive Gesundheitseinschätzung, das Geschlecht sowie Wechselwirkungen mit der Medikation beeinflussen das individuelle Pflegerisiko (Jacobs et al., 2017). Für die im Jahr 2023 verstorbenen Pflegebedürftigen betrug die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit 46,8 Monate (Rothgang und Müller, 2024). Davon zu unterscheiden ist die stichtagsbezogene Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit. Diese belief sich im Jahr 2023 auf 57,3 Monate. Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen lag die Verweildauer in einer solchen Einrichtung zu diesem Stichtag bei 37,8 Monaten.
- 285. Ob mit steigender Lebenserwartung die Pflegeprävalenz der Bevölkerung steigt, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, ist schwierig abschätzbar.** Bei einer qualitativen Verbesserung der Morbidität [↘ GLOSSAR](#) ist davon auszugehen, dass mehr Menschen bis ins höhere Alter mit chronischen Erkrankungen leben, dabei jedoch länger funktional leistungsfähig bleiben. [↘ ZIFFER 217](#) Gleichzeitig ist zu erwarten, dass altersassoziierte Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Schlaganfälle, Frakturen oder demenzielle Erkrankungen sowie multimorbide gesundheitliche Probleme häufiger auftreten (Rechel et al., 2013).
- 286. Die demografische Alterung dürfte bis Ende der 2070er-Jahre zu einer steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen beitragen.** Dies gilt unter der Annahme konstanter altersspezifischer Pflegeprävalenzen, also wenn der Anteil der Pflegebedürftigen in den einzelnen Altersgruppen unverändert bleibt. Die geburtenstarken Jahrgänge, geboren zwischen den Jahren 1955 und 1969 (Babyboomer), werden den Arbeitsmarkt voraussichtlich bis zum Jahr 2035 nahezu vollständig verlassen haben. Im Jahr 2030 erreicht der erste geburtenstarke Jahrgang, Geburtsjahr 1955, die Schwelle von 75 Lebensjahren, ab der das Risiko, pflegebedürftig zu sein, deutlich zunimmt. [↘ ABBILDUNG 57 OBEN LINKS](#) Zudem verschiebt sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenzahlen und einer steigenden Lebenserwartung.

Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass sowohl der Pflegelastquotient, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, als auch die Pflegeprävalenz in Deutschland bis zum Jahr 2080 deutlich zunehmen dürften. [ABBILDUNG 57 UNTEN RECHTS](#) Im europäischen Vergleich zeigt sich ein ähnlicher Trend. Für die Europäische Union (EU) wird prognostiziert, dass der Anteil der über 50-Jährigen mit Pflegebedarf von 11,6 % im Jahr 2020 auf rund 14,1 % im Jahr 2070 steigen wird (Belmonte und Nedee, 2024).

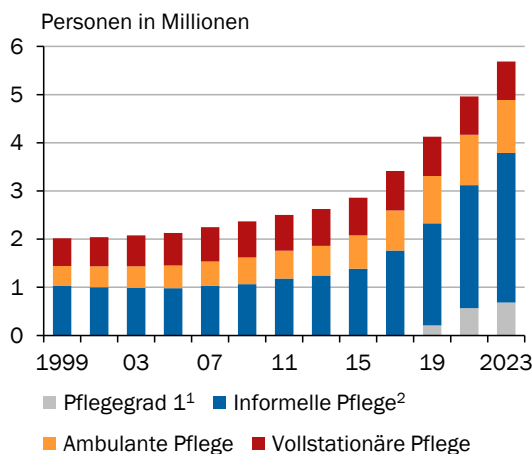
2. Pflegende

287. Die Versorgung der Pflegebedürftigen wird in Deutschland durch verschiedene Akteure und über ein Trägervielfalt-Modell gewährleistet. Eine wichtige Rolle spielt dabei die **informelle Pflege**. [ABBILDUNG 58 LINKS](#) Dabei handelt es sich um nicht-professionelle, unbezahlte Pflege, meist durch Angehörige. Auch in anderen Ländern ist informelle Pflege die häufigste Art der Versorgung. Unterschiede im Anteil informeller Pflege hängen unter anderem mit der Organisation des Pflegesystems zusammen, insbesondere mit dem Zugang zu formellen Leistungen und der Unterstützung informell Pflegender (Verbakel, 2018; Rocard und Llena-Nozal, 2022; Llena-Nozal et al., 2025). Daneben hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die sogenannte **Live-in-Betreuung** etabliert, bei der überwiegend aus dem Ausland stammende Personen im Haushalt der Pflegebedürftigen leben und ähnlich wie Angehörige nicht-professionelle Pflege übernehmen (Fischer und Stempfle, 2024). [KASTEN 17](#)

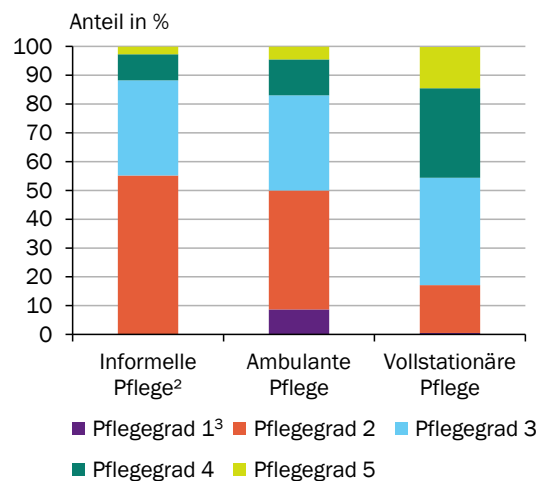
[ABBILDUNG 58](#)

Entwicklung und Verteilung der pflegerischen Versorgung

74 % der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2023 informell oder ambulant zu Hause gepflegt



Rund 45 % der vollstationär Pflegebedürftigen hatten im Jahr 2023 Pflegegrad 4 oder 5



1 – Pflegebedürftige mit teilstationärer Pflege sowie Pflegebedürftige, die ausschließlich landesrechtliche bzw. keine Leistungen erhalten. 2 – Empfängerinnen und Empfänger von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. 3 – Ohne Pflegebedürftige mit teilstationärer Pflege sowie ohne Pflegebedürftige, die ausschließlich landesrechtliche bzw. keine Leistungen erhalten.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-040-01

Diese beiden Arten von Pflege lassen sich abgrenzen von der formellen Pflege, die von professionellen, ausgebildeten Pflegekräften im Rahmen **ambulanter Pflegedienste** oder **stationärer Einrichtungen** erbracht wird. Professionelle Pflege wird in sehr unterschiedlichen Strukturen und von unterschiedlichen Trägern angeboten. [↪ KASTEN 18](#) Unterschieden werden private Träger, freigemeinnützige Träger der Wohlfahrtsverbände und Kirchen sowie öffentliche Träger, insbesondere Gemeinden und Gemeindeverbände.

- 288. Rund 55 % der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2023 informell zu Hause durch Angehörige gepflegt.** [↪ ABBILDUNG 58 LINKS](#) Berechnungen des Sachverständigenrates auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zufolge belief sich im Jahr 2023 die Anzahl der informell Pflegenden in Deutschland auf rund 7 Millionen Personen. Davon entfielen etwa 5,1 Millionen auf Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 66 Jahren. Die rentennahen Jahrgänge der 50- bis unter 66-Jährigen bilden die größte Gruppe unter den informell Pflegenden. Frauen sind in allen Altersgruppen der Pflegenden überproportional stark vertreten. Neben der individuellen Präferenz zur Pflege Angehöriger wird der Umfang an informeller Pflege auch durch die Leistungsstruktur der Pflegeversicherung beeinflusst (Kesternich et al., 2025). Insbesondere pauschale Geldleistungen der SPV, die flexibel verwendet werden können, begünstigen informelle Pflege. [↪ ZIFFER 299](#)

[↪ KASTEN 17](#)

Fokus: Live-in-Betreuung (Live-in-Care/24-Stunden-Pflege)

Bei der Live-in-Betreuung wohnen und arbeiten Personen im Haushalt der Pflegebedürftigen und übernehmen dort Hilfe im Alltag, Betreuungsdienstleistungen und grundpflegerische Tätigkeiten. Sie ist daher vor allem als Substitut für Pflege durch Angehörige sowie für haushaltsnahe und betreuerische Unterstützungsangebote einzuordnen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass insbesondere bei schwer pflegebedürftigen Menschen vielfach auch weitergehende pflegerische Tätigkeiten übernommen werden (Leiber, 2024). Insoweit kann die Live-in-Betreuung teilweise auch als Substitut für ambulante Pflegedienste verstanden werden, auch wenn dies rechtlich nur begrenzt vorgesehen ist. Die vorrangig weiblichen betreuenden Personen stammen oftmals aus Mittel- und Osteuropa und werden über Agenturen temporär nach Deutschland vermittelt (BMG et al., 2024). Studien gehen von einer zunehmenden Relevanz von Live-in-Betreuung in der häuslichen Versorgung aus und schätzen, dass jährlich zwischen 200 000 und 700 000 Personen in Deutschland tätig sind (Petermann et al., 2020; BMG et al., 2024; Leiber, 2024). Die monatlichen Kosten für eine Live-in-Betreuung liegen je nach Arbeitsmodell zwischen 2 000 und 3 000 Euro (Büscher et al., 2023).

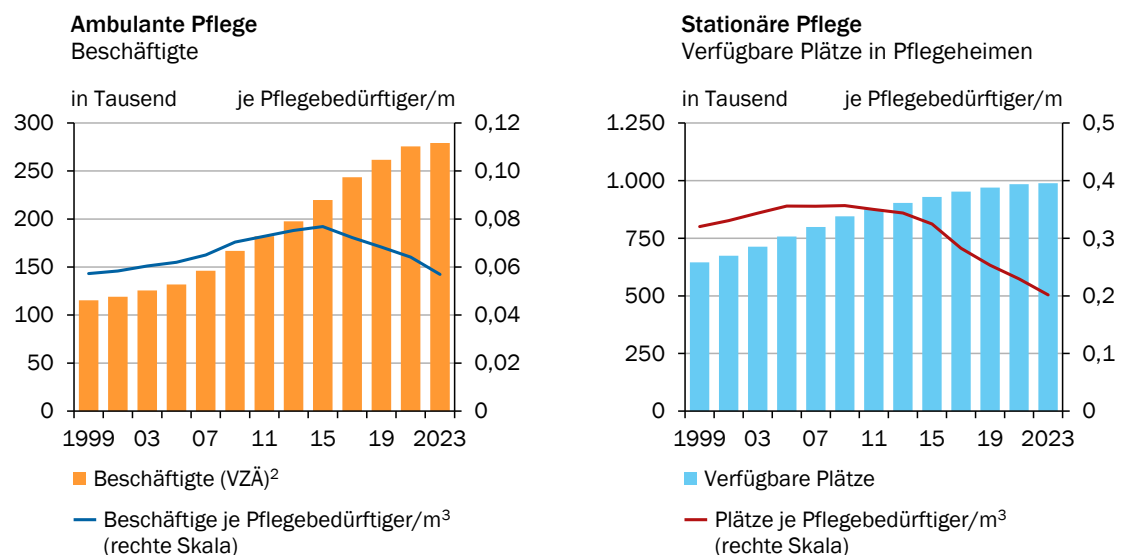
In der Praxis existieren drei Arbeitsmodelle: das Arbeitgeber-, das Entsende- und das Selbständigenmodell. Im Arbeitgebermodell ist die pflegebedürftige Person oder jemand aus ihrem Haushalt selbst Arbeitgeber der betreuenden Person. Im Entsendemodell beschäftigt und entsendet eine Agentur die betreuende Person als Arbeitnehmer oder Selbstständige zum Pflegebedürftigen. Im Selbständigenmodell besteht kein Angestelltenverhältnis und die betreuende Person erhält ein Honorar. Insbesondere im Selbständigen- und Entsendemodell finden sich häufig Formen der Scheinselbständigkeit sowie undeklarierte Arbeitsverhältnisse (Habel und Tschenger, 2022; Leiber, 2024). Werden betreuende Personen abhängig beschäftigt, gelten die allgemeinen Schutzvorschriften zu Arbeits- und Ruhezeiten (Habel und Tschenger, 2022). Trotz der verbreiteten Bezeichnung als „24-Stunden-Pflege“ ermöglicht der aktuelle rechtliche

Rahmen nach Einschätzung des BMG (BMG et al., 2024) eine Betreuung von maximal 12 Stunden pro Werktag inklusive Bereitschaftszeiten. Letztere sind nach dem Bundesarbeitsgericht (BAG) grundsätzlich mit dem Mindestlohn zu vergüten (BAG, 2021). Entsprechend kann das Arbeitnehmermodell mit erhöhten Kosten und bürokratischem Aufwand für die Pflegebedürftigen verbunden sein (Leiber, 2024).

289. Im Jahr 2023 erhielten rund 19 % der Pflegebedürftigen professionelle Pflege zu Hause durch ambulante Pflegedienste. [ABBILDUNG 58 LINKS](#) Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste ist in den letzten 20 Jahren um 45,1 % und die Anzahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten um 120 % gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2023). [ABBILDUNG 59 LINKS](#) **Rund 14 % der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2023 vollstationär in Pflegeheimen versorgt.** Dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 1999 halbiert, obwohl die absolute Anzahl an vollstationär versorgten Pflegebedürftigen gestiegen ist. Der rückläufige Anteil hängt mit der Verdreifachung der informell Gepflegten sowie mit einem Anstieg der Anzahl der ambulant Versorgten zusammen. [ABBILDUNG 58 LINKS](#) Dies ist auf die starke Zunahme der Pflegebedürftigen mit niedrigen Pflegegraden seit der PSG-II-Reform zurückzuführen. [ABBILDUNG 57 OBEN RECHTS](#) Die Versorgung besonders starker Pflegebedürftigkeit ist in stationären Einrichtungen mit einem Anteil der Pflegegrade 4 und 5 von 45 % an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen am höchsten. [ABBILDUNG 58 RECHTS](#) Die Anzahl der stationären Einrichtungen wurde in den Jahren 1999 bis 2023 um 86 % erhöht. Die Anzahl der Plätze ist im selben Zeitraum um 53 % gestiegen, die Einrichtungen sind also im Durchschnitt kleiner geworden. Das

[ABBILDUNG 59](#)

Entwicklung des Angebots in ambulanter und stationärer Pflege¹



1 – Die zugrundeliegenden Statistiken werden nur in zweijähriger Frequenz erhoben. Stand im Dezember des jeweiligen Jahres. 2 – Beschäftigte werden in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgewiesen. Ein VZÄ entspricht der Arbeitszeit einer vollzeitbeschäftigten Person. Teilzeitbeschäftigte werden hier mit 0,5 VZÄ berücksichtigt. Ohne Personen in Ausbildung, Umschulung oder im Praktikum sowie ohne Helfende im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst. 3 – Ab dem Jahr 2017 ohne Pflegegrad 1.

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-081-01

Verhältnis von Beschäftigten in der ambulanten Pflege sowie von Pflegeheimplätzen zur Anzahl der Pflegebedürftigen ist hingegen stark rückläufig. [↘ ABBILDUNG 59](#)

[↘ KASTEN 18](#)

Fokus: Alternative Versorgungskonzepte in der Pflege

In der Pflege haben sich ergänzend zu den klassischen Versorgungsformen alternative Angebote etabliert, die teilweise nur lokal verfügbar oder bislang nur modellartig erprobt sind und nicht entscheidend dazu beitragen, die insgesamt knappen Pflegekapazitäten zu vergrößern.

Die Angebote lassen sich anhand des Wohnortes der Pflegebedürftigen und der Inanspruchnahme von informellen und professionellen Pflegedienstleistungen unterscheiden. Bei der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen können Betreuungsdienste hinzugezogen werden, die Hilfestellung im Alltag wie z. B. bei der Haushaltsführung oder der Gestaltung von Freizeitaktivitäten leisten (Rellecke et al., 2018; Nolting und Rellecke, 2020). Diese Betreuungsdienste bieten keine pflegerischen Tätigkeiten an, daher müssen Betreuungskräfte keine Pflegefachkräfte sein, sondern lediglich über eine qualifizierte Berufsausbildung verfügen (GKV-Spitzenverband, 2021). Betreuungsdienste können von den Pflegebedürftigen über den Entlastungsbetrag oder ab Pflegegrad 2 zusätzlich über einen Teil der Pflegesachleistungen finanziert werden. [↘ TABELLE 13](#)

Das Pilotprogramm der Quartierspflege ist ein alternatives Versorgungskonzept, bei dem mehr pflegerische Unterstützung in der häuslichen Versorgung geleistet werden kann (Gesellschaft für Gemeinnützige, 2026). Zusätzlich zu einer pflegerischen Versorgung durch ambulante Pflegedienste werden hier nachbarschaftliche sowie familiäre Unterstützung im direkten Wohnumfeld der Pflegebedürftigen einbezogen und durch ein hauptamtliches Quartiersmanagement koordiniert, begleitet und weiterentwickelt. Formal handelt es sich dabei um einen ambulanten Pflegedienst, der über die entsprechenden ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden kann. [↘ TABELLE 13](#)

Für Menschen, die zu Hause leben, aber zeitweise professionelle Versorgung benötigen, gibt es Tages- und Nachtpflegeangebote (BMG, 2026a). Pflegebedürftige werden dabei zeitweise in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht, es handelt sich also um eine teilstationäre Versorgungsart. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 können dieses Versorgungsangebot über die teilstationären Sachleistungen, die zusätzlich zum Pflegegeld oder den Pflegesachleistungen gewährt werden, finanzieren. [↘ TABELLE 13](#)

Daneben gibt es gemeinschaftliche Wohnformen, die sich im Grad der professionellen Unterstützung unterscheiden. In ambulant betreuten Wohngruppen leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung mit privaten und gemeinschaftlich genutzten Bereichen (Stolarz et al., 2006). Die Versorgung erfolgt über ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, die die Wohngemeinschaft je nach Bedarf unterstützen. Bei der „stambulanten“ Versorgung erfolgt hingegen eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung mit professioneller 24-Stunden-Betreuung. Der Unterschied zur vollstationären Versorgung besteht darin, dass nicht das gesamte Leistungspaket in Anspruch genommen werden muss, sondern auch Angehörige die Möglichkeit haben, Aufgaben eigenständig zu übernehmen und so Kosten zu sparen. Formal gelten beide Wohnformen als ambulante Versorgung. Dementsprechend können Pflegebedürftige die Kosten mithilfe der ambulanten Leistungen der SPV finanzieren. Zusätzlich haben sie noch Anspruch auf den monatlichen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224 Euro. Bei der „stambulanten“ Pflege besteht, trotz Unterbringung in einer stationären Einrichtung, kein Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI, was im Vergleich zur vollstationären Unterbringung zu höheren Eigenanteilen führt (Nolting et al., 2023). [↘ TABELLE 13](#)

290. Die **Angebots(-infra-)struktur** der Pflege ist in Deutschland durch einen freien Marktzutritt der Anbieter bestimmt. Sie wird nur begrenzt staatlich gesteuert (Klie et al., 2025). Dies unterscheidet den Pflegebereich grundlegend vom Gesundheitswesen, in dem die Kapazitäten von Krankenhäusern sowie ambulanten Arztpraxen staatlich reguliert sind, um eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen (Greß und Jesberger, 2023). Die Verantwortung für die Vorkhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt formal bei den Ländern (§ 9 SGB XI). Dazu leisten manche Länder Zuschüsse zu den **Investitionskosten** von Pflegeeinrichtungen, die ansonsten von den Pflegebedürftigen zu tragen wären. Die Höhe der Investitionskostenförderung unterscheidet sich zwischen den Ländern deutlich. Diese sollte sich ursprünglich an den Einsparungen der Sozialhilfeträger durch die Leistungen der SPV orientieren (rund 5 bis 6 Mrd Euro jährlich), lagen in der Praxis mit 1,0 Mrd Euro im Jahr 2024 aber deutlich darunter (GKV-Spitzenverband, 2024; BMG, 2025a). [↘ ZIFFER 351](#) Die Förderung kann entweder als subjektorientierte Förderung, etwa als einkommens- und vermögensabhängiges Pflegewohngeld, erfolgen oder, wie in der Mehrheit der Länder, als objektorientierte Förderung die Pflegeeinrichtungen direkt unterstützen (Ochmann und Braeseke, 2023). Die Investitionskostenförderung folgt in den meisten Ländern keiner systematischen regionalen Bedarfsplanung (Greß und Jesberger, 2023).
291. **Die Versorgung mit professionellen Pflegedienstleistungen ist regional sehr unterschiedlich.** Das Verhältnis von ambulanten Pflegekräften zu ambulant Pflegebedürftigen schwankte im Kreisvergleich im Jahr 2023 zwischen 0,15 (Donnersbergkreis) und 0,9 (Heidelberg); das von Pflegeheimplätzen zu stationär Pflegebedürftigen zwischen 0,5 (Straubing-Bogen) und 2,4 (Goslar) (BBSR, 2025). Stellenweise zeigen sich demnach regionale Knappheiten oder Überkapazitäten. Auch bei der Verfügbarkeit spezialisierter Angebote gibt es deutliche regionale Unterschiede, beispielsweise bei der Versorgung von Demenzkranken oder der Palliativversorgung (Ditscheid et al., 2023; WiDO, 2025). Für eine genauere Betrachtung der regionalen Pflegeinfrastruktur und ihrer Auslastung sowie einer Bewertung etwaiger regionaler Kapazitätsengpässe und ihrer Ursachen fehlt die notwendige Datengrundlage. Dies erschwert auch die bedarfsgemäße Planung. Eine entsprechende Datengrundlage soll bis Ende des Jahres 2026 erstellt werden (BMG, 2025a).
292. **Die Qualität der Pflege wird durch die Vergütungsstruktur und Trägerschaft der Pflegeanbieter beeinflusst.** So kann Vergütung nach Zeit statt nach Leistung eine flexiblere und bedarfsgerechtere Pflege ermöglichen (Büscher et al., 2007; Miller, 2009). [↘ KASTEN 19](#) Studien für die USA zeigen, dass auch die Art der Trägerschaft die Qualität der Pflege und die Gesundheit der Pflegebedürftigen kausal beeinflusst. Gewinnerorientierte Trägerschaft geht mit höheren Hospitalisierungsraten einher als bei gemeinwohlorientierten Anbietern (Grabowski et al., 2013; Bos et al., 2017). Zudem haben Pflegeheime mit Private-Equity-Beteiligung höhere Mortalitätsraten als andere private Anbieter (Gupta et al., 2024).

▸ KASTEN 19

Fokus: Organisation der Pflege im Ausland – Das Buurtzorg-Modell

In den Niederlanden hat sich mit dem Buurtzorg-Modell („Nachbarschaftshilfe“) eine alternative ambulante Pflegeform etabliert, die sich durch kleine, selbstverwaltete Teams auszeichnet (Büscher et al., 2022). Die Teams arbeiten eng mit lokalen Netzwerken wie Verwandten oder der Nachbarschaft zusammen und werden nach Zeitaufwand vergütet. Dies ermöglicht eine flexible, an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtete Dienstleistung. Zur Begrenzung der Kosten wird auf eine Managementebene verzichtet, jedoch stehen einige erfahrene Pflegekräfte als Coaches sowie eine gemeinsame IT-Infrastruktur zur Verfügung. Evaluierungen des Buurtzorg-Modells weisen auf eine höhere wahrgenommene Pflegequalität und Steigerungen der Zufriedenheit der Pflegekräfte und Pflegebedürftigen hin (Büscher et al., 2022; Hegedüs et al., 2022; Ruotsalainen et al., 2023). Kostensenkungen sind hingegen nicht eindeutig belegt. In Deutschland wird das Buurtzorg-Modell seit dem Jahr 2018 erprobt, wobei derzeit noch zwei Teams aktiv sind. Eine belastbare Evaluierung dafür gibt es bisher noch nicht (Büscher et al., 2022).

Institutionelle Rahmenbedingungen erschweren eine Etablierung des Modells in Deutschland. Beispielsweise ist eine Vergütung nach Zeit nach dem Sozialgesetzbuch zwar grundsätzlich möglich (§ 89 Abs. 3 SGB XI). In den föderalen Vereinbarungen ist eine allgemeine Zeitvergütung jedoch nicht in jedem Bundesland explizit ausgewiesen (BMG, 2024a). Es ist daher zu vermuten, dass sie nicht überall als regulärer Bestandteil des Leistungskatalogs vorgesehen ist. Hinzu kommt, dass der Akademisierungsgrad in der Pflege in Deutschland vergleichsweise gering ist. Das könnte die Suche nach Pflegekräften erschweren, die für selbstverwaltetes Arbeiten ausreichend qualifiziert sind (Büscher et al., 2022).

- 293. Die Preise für ambulante und stationäre Pflegeleistungen werden unterschiedlich bestimmt.** In der ambulanten Pflege verhandeln Pflegedienste bzw. deren Verbände mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern über den Leistungskatalog und dessen Vergütung auf Ebene der Länder. Ambulant versorgte Pflegebedürftige können aus diesem Leistungskatalog Leistungen in Abhängigkeit von ihrem Budget wählen.

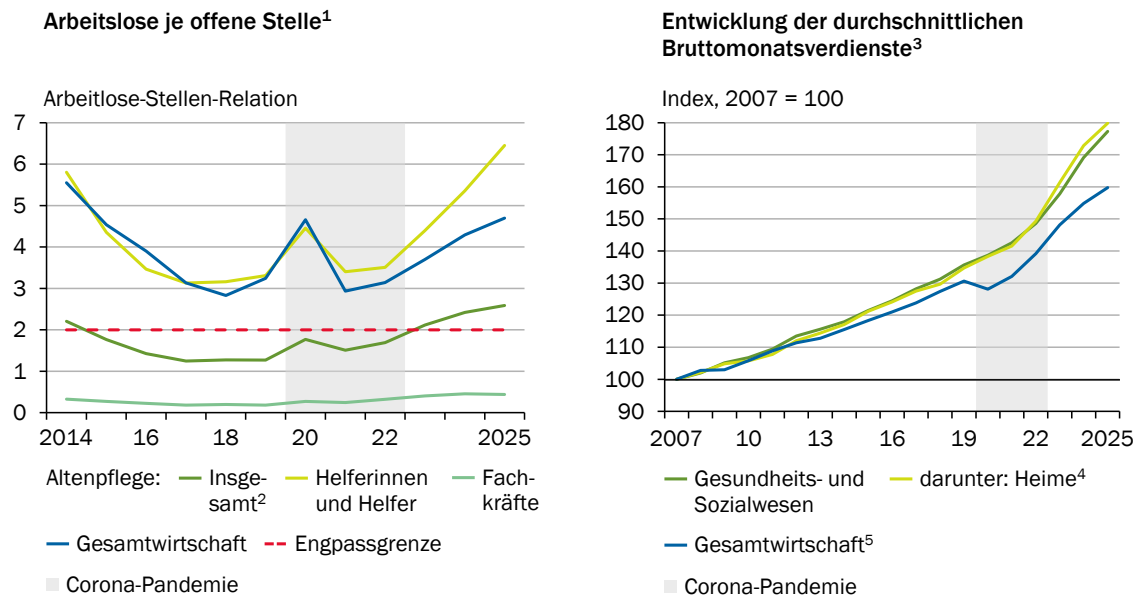
In der stationären Pflege gibt es diese Wahlmöglichkeit nicht. Das monatliche Heimentgelt ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner gleich hoch und umfasst die pflegebedingten Aufwendungen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskosten und eine Umlage für Ausbildungskosten. Diese Preise werden direkt zwischen den Einrichtungen und den Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern verhandelt.

- 294. Der Pflegesektor leidet seit Jahren unter ausgeprägten Fachkräftengpässen** (BA, 2025). Der Vergleich der Anzahl der Arbeitslosen mit der Anzahl offener Stellen zeigt deutliche Engpässe bei Pflegefachkräften, die sich seit dem Jahr 2014 nur leicht abgemildert haben. [▸ ABBILDUNG 60 LINKS](#) Zwar ist das Arbeitsangebot an Pflegehilfskräften deutlich gestiegen, diese sind jedoch nur für 36 % der offenen Stellen qualifiziert. Die Löhne in der Pflege sind mit einem Anstieg um 80 % seit dem Jahr 2007 stärker gewachsen als in anderen Wirtschaftszweigen (60 %). [▸ ABBILDUNG 60 RECHTS](#) Dies ist auf wiederholte Anhebungen des Pflegemindestlohns seit seiner Einführung im Jahr 2010 zurückzuführen sowie auf die Einführung des Tariferfordernisses im Jahr 2022, das Pflegeeinrichtungen

zur Vergütung auf Tarifniveau verpflichtet (BMAS, 2025). Dies dürfte sich positiv auf die Attraktivität des Berufs ausgewirkt haben, denn die Anzahl der Pflegeauszubildenden mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag ist in den Jahren 2023 und 2024 gegenüber dem jeweiligen Vorjahr um 4,3 % bzw. 9,3 % gestiegen (Giar und Neumann, 2025). In den Jahren 2012 bis 2019 hingegen lag der jährliche Anstieg nur bei durchschnittlich 3,5 % (BIBB, 2021). 22 % der aktuellen Pflegekräfte werden bis zum Jahr 2033 aufgrund von Verrentung aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden (Klie, 2024). Zudem arbeiten rund drei Fünftel der Beschäftigten in Teilzeit (BA, 2025). Das Beschäftigungswachstum wird inzwischen ausschließlich durch Arbeitskräfte aus dem Ausland getragen (IAB, 2024).

295. Automatisierung und Digitalisierung zur Optimierung der Prozesse und der Entlastung der Mitarbeitenden in der Pflege werden in Deutschland bislang nur begrenzt eingesetzt (IGES, 2022; Essity, 2025). In verschiedenen Pilotprojekten werden soziale Roboter in der Pflege genutzt (HMD, 2025; vdek, 2025). Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) [↪ GLOSSAR](#) schreitet nur langsam voran. Die TI ermöglicht die sektorenübergreifende Vernetzung im Gesundheitswesen und den Austausch patientenrelevanter Daten zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen. Ab dem 1. Dezember 2026 erfolgt die Abrechnung in der Pflege ausschließlich vollelektronisch über die TI (BMG, 2025b). Obwohl die Anbindung seit Juli 2025 verpflichtend ist, waren

[↪ ABBILDUNG 60](#)
Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege



1 – Stand Dezember des jeweiligen Jahres. Es wird zwischen den Anforderungsniveaus Helferinnen und Helfer, Fachkräfte, Spezialistinnen und Spezialisten sowie Expertinnen und Experten unterschieden. Offene Stellen sind bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldete Arbeitsstellen gemäß der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). 2 – Spezialistinnen und Spezialisten sowie Expertinnen und Experten machen im Bereich Altenpflege einen geringfügigen Anteil aus und werden nicht gesondert ausgewiesen. 3 – Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). 4 – Umfassen Pflegeheime, Altenheime, stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä., und sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime). 5 – Alle Wirtschaftszweige ohne Gesundheits- und Sozialwesen und ohne Land- und Forstwirtschaft und Fischerei. Gewichtet nach der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Quellen: BA, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-119-01

Ende September 2025 erst 35 % der Pflegedienste und 23 % der Pflegeheime an die TI angeschlossen, weitere 24 % bzw. 21 % befanden sich im Anschlussprozess (von Broich-Oppert und Wiesenberg, 2025).

III. ABSICHERUNG DES PFLEGERISIKOS

1. Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung

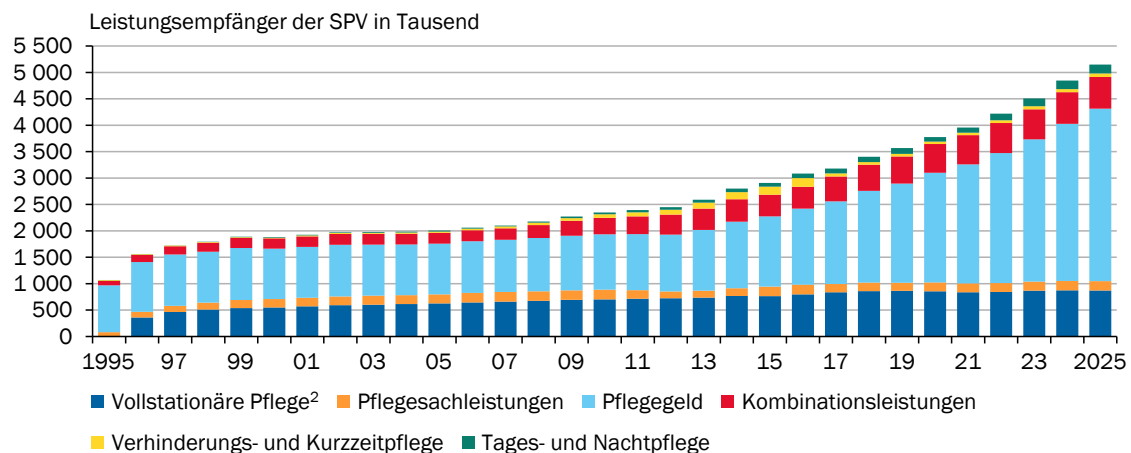
296. Bis zum Jahr 1995 mussten in Deutschland die Pflegebedürftigen und deren Angehörige für die finanziellen Belastungen aus Pflegebedürftigkeit aufkommen. Da Teile der Bevölkerung nur unzureichend für diesen Fall vorsorgten, kam es zu einer steigenden Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Bundesregierung, 1993). **Zur Schließung dieser Vorsorgelücke und zur Konsumglättung der Haushalte im Lebenszyklus wurde im Jahr 1995 eine verpflichtende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt** und mit der SPV der fünfte Zweig der Sozialversicherung etabliert. Durch die Versicherungspflicht sollten zwei Anreizprobleme überwunden werden, die bei einer rein freiwilligen Versicherung zu einer zu geringen Versicherungsabdeckung führen könnten. Einerseits besteht das Problem adverser Selektion, das aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen Versicherten und Versicherern dazu führen kann, dass Personen mit niedriger Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit es vorziehen, sich nicht zu versichern (Rothschild und Stiglitz, 1976; Finkelstein und McGarry, 2006). Dieses unvollständige Risikopooling führt für die verbleibenden Beitragszahlenden zu einem höheren Prämienniveau. Andererseits besteht das Moral-Hazard-Problem, bei dem Menschen es im Vertrauen auf die staatliche Grundsicherung vorziehen, sich nicht freiwillig zu versichern.
297. Durch die **Ausgestaltung als umlagefinanziertes System** mit Beitragszahlungen, die sich am Einkommen und einheitlichen Leistungsansprüchen orientieren, **sollte dem Grundsatz Rechnung getragen werden**, dass die **Pflegebedürftigkeit ein elementares Lebensrisiko** darstellt, das zumindest **teilweise solidarisch getragen werden sollte**. Ziel der Pflegeversicherung war es jedoch nicht, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit vollständig abzuschließen. Vielmehr ging es darum, dafür zu sorgen, dass ein überwiegender Teil der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sein würde (Bundesregierung, 1993). Die Pflegeversicherung ist deshalb als Teilversicherungssystem ausgestaltet und orientiert sich am Subsidiaritätsprinzip. [↪ GLOSSAR](#) Der Einsatz eigener Mittel der Pflegebedürftigen und auch die Unterstützung von Familienangehörigen wird demnach vorausgesetzt. Diese Ausgestaltung begrenzt typische Moral-Hazard-Risiken von Vollversicherungen, die sich z. B. in einer Überinanspruchnahme von Leistungen zeigen können. [↪ ZIFFER 199](#) So zeigen Konetzka et al. (2019) für die USA, dass Pflegebedürftige mit einer privaten Pflegeversicherung insbesondere mehr häusliche Pflegeleistungen nutzen als ohne.
298. Träger der SPV sind die Pflegekassen, die organisatorisch unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesiedelt sind. Alle Versicherten der

GKV sind auch automatisch in der SPV versichert. [↪ PLUSTEXT 9](#) Personen, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, sind ebenfalls verpflichtet, eine private Pflegeversicherung (PPV) abzuschließen. Anders als bei Krankenversicherungen ist der Leistungsumfang sowohl für die SPV als auch für die PPV gesetzlich vorgeschrieben und für alle Versicherten identisch. Gesetzlich festgeschrieben ist zudem, dass die Prämie für eine private Pflegeversicherung nicht höher sein darf als der Höchstbeitrag zur SPV. Dieser entspricht der Beitragsbemessungsgrenze [↪ GLOSSAR](#) [↪ PLUSTEXT 8](#) multipliziert mit dem SPV-Beitragsatz. Versicherungsmathematisch höhere Prämien der privaten Pflegeversicherung werden über eine Umlage von allen Privatversicherten getragen.

- 299. Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Bedarfsprinzip.** [↪ GLOSSAR](#) Sie sind abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und werden nach Art der Versorgung differenziert. [↪ PLUSTEXT 15](#) [↪ TABELLE 13](#) Die Pflegeversicherung folgt dabei dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Pflegebedürftige sollen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden und nur in Fällen, in denen dies gemessen am Pflegebedarf nicht mehr möglich ist, in eine stationäre Einrichtung umziehen. Finanziell fördert die Pflegeversicherung diesen Grundsatz z. B. über die Gewährung von Pflegegeld, Pflegesachleistungen und die Übernahme von Rentenversicherungsbeiträgen von Pflegenden. Für die stationäre Pflege hatte der Gesetzgeber die Übernahme der pflegebedingten Kosten vorgesehen, nicht jedoch der Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Bundesregierung, 1993). [↪ ZIFFER 313](#) Faktisch tragen Pflegebedürftige in der stationären Versorgung heute auch Teile der pflegebedingten Kosten, Investitionskosten und Kosten für die Ausbildung der Pflegekräfte.
- 300.** Der hohe Anteil informeller und ambulanter Pflege spiegelt sich in der Inanspruchnahme von Leistungen der SPV wider. [↪ ABBILDUNG 61](#) **Am häufigsten werden Leistungen zur Unterstützung der Pflege zu Hause in Anspruch**

[↪ ABBILDUNG 61](#)

Entwicklung der Zusammensetzung der in Anspruch genommenen Leistungen der SPV¹



1 – Jahresdurchschnitte. Aufgrund der Einführung der stationären Leistungen zum Juli 1996 deckt das Jahr 1996 nur das 2. Halbjahr ab. Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen. Ab dem Jahr 2017 im ambulanten Bereich ohne Pflegegrad 1, da für diesen kein Leistungsanspruch für die genannten Leistungsarten besteht. 2 – Inklusive der vollstationären Pflege in Behindertenheimen.

Quelle: BMG

© Sachverständigenrat | 26-057-01

genommen. Hierzu zählt beispielsweise das Pflegegeld, eine Geldleistung, die den Pflegebedürftigen zur Sicherstellung der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen frei zur Verfügung steht. Umfragen deuten darauf hin, dass das Pflegegeld in vielen Fällen an pflegende Angehörige weitergegeben, aber auch zur Deckung laufender Ausgaben oder zum Kauf von nicht durch die Pflegeversicherung vorgesehenen Dienstleistungen genutzt wird, wie beispielsweise für Haushaltshilfen (Klie, 2022; Büscher und Klie, 2024).

- 301. Die Inanspruchnahme von Leistungen der SPV ist stark angestiegen.** Geyer et al. (2023) zeigen auf Basis des SOEP, dass unter den in Privathaushalten lebenden Personen, die angeben, pflegebedürftig zu sein, der Anteil derjenigen mit Bezug von Leistungen der SPV von knapp 73 % im Jahr 2012 auf rund 83 % im Jahr 2020 gestiegen ist. Nach eigenen Auswertungen des Sachverständigenrates ergibt sich für das Jahr 2023 ein Anteil von rund 84 %. Im Jahr 2001 lag dieser Wert noch bei etwa 56 %.



➤ PLUSTEXT 15

Hintergrund: Zentrale Leistungen der Pflegeversicherung

Sobald bei einer Person Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, ➤ PLUSTEXT 14 besteht ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Art der Versorgung. Für die Pflege zu Hause gibt es zwei zentrale Leistungen, das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen. Die zu pflegende Person erhält monatlich Pflegegeld, wenn die Pflege überwiegend privat organisiert wird (z. B. durch Angehörige, Freunde oder Ehrenamtliche). Das Geld kann flexibel dafür genutzt werden, die private Pflege zu ermöglichen oder zu organisieren. Das Budget für Pflegesachleistungen können Pflegebedürftige für ambulante Pflegedienste, Betreuung oder Entlastungen nutzen; die Pflegekasse zahlt für die erbrachten Leistungen dann bis zur jeweiligen Höchstgrenze direkt an den Anbieter. Wer beides nutzt, kann Pflegegeld und Pflegesachleistungen zu einer Kombinationsleistung verbinden. Dabei wird das Pflegegeld anteilig zum nicht ausgeschöpften Teil der Sachleistungen ausgezahlt. Zusätzlich gibt es den Entlastungsbetrag (bis zu 131 Euro pro Monat) für Unterstützung im Alltag, etwa für Betreuung oder Hilfe im Haushalt. Ergänzend werden Kosten für Pflegehilfsmittel teilweise übernommen (z. B. für Verbrauchsmittel oder technische Hilfsmittel). Außerdem werden Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung (z. B. für den Umbau eines Badezimmers) sowie Kosten für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen finanziell unterstützt. Wenn die private Pflegeperson vorübergehend ausfällt (z. B. Urlaub oder Krankheit), greift der gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungspflege (z. B. Ersatzpflege zu Hause) und Kurzzeitpflege (z. B. vorübergehende Pflege in einer Einrichtung). Als teilstationäre Pflegeoption unterstützt die Pflegeversicherung finanziell die Tages- und Nachtpflege. Eine stagnierende Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen und die geringe Verfügbarkeit von Nachtpflegeangeboten schränkt die Inanspruchnahme dieser Leistung jedoch faktisch ein (Rothgang et al., 2025).

Kann eine Person nicht zu Hause gepflegt werden, gibt es für die vollstationäre Pflege (Pflegeheim) pauschale monatliche Leistungen je nach Pflegegrad. Seit dem Jahr 2022 zahlt die Pflegeversicherung zudem Leistungszuschläge in der vollstationären Versorgung, die mit der Aufenthaltsdauer steigen und den zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen prozentual reduzieren.

▸ TABELLE 13

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2026 gegenüber der Pflegeversicherung¹

		Pflegegrad				
		1	2	3	4	5
Pflegegeld ²	Euro	0	347	599	800	990
Pflegesachleistungen ^{2,3}	Euro	0	796	1 497	1 859	2 299
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro	224	224	224	224	224
Entlastungsbetrag	Euro	131	131	131	131	131
Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ^{3,4}	Euro	0	3 539	3 539	3 539	3 539
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege ³	Euro	0	721	1 357	1 685	2 085
Vollstationäre Pflege ⁵	Euro	131	805	1 319	1 855	2 096
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Euro	42	42	42	42	42
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	100 % der Kosten ⁶					
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	4 180 Euro je Maßnahme und Pflegebedürftigem im Haushalt					
Digitale Pflegeanwendungen	Euro	40	40	40	40	40
Ergänzende Unterstützungsleistungen	Euro	30	30	30	30	30
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	Euro	0	198,62	316,32	514,94	735,63
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Euro	0	51,42	51,42	51,42	51,42
Zuschüsse zur Krankenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit ⁷	Euro	230,71	230,71	230,71	230,71	230,71
Zuschüsse zur Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	Euro	47,46	47,46	47,46	47,46	47,46
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitszeitverhinderung	Für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr: 90 % bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts					

1 – Alle Beträge werden monatlich ausgezahlt. 2 – Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden. 3 – Pflegebedürftige können unter bestimmten Voraussetzungen (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von 131 Euro pro Monat für diese Leistungen einsetzen. 4 – Wird die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder erbracht, beträgt der Jahresbetrag das Zweifache des Pflegegelds. Anwendbar für Pflegeaufwendungen für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. 5 – Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: Ab dem ersten Monat 15 % des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 30 %, nach 24 Monaten 50 % und nach 36 Monaten 75 %. 6 – Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 Euro je Pflegehilfsmittel, zu leisten. 7 – Zur Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,9 % in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Quelle: BMG
© Sachverständigenrat | 26-007-01

2. Finanzielle Situation der SPV

302. **Die SPV ist fast ausschließlich beitragsfinanziert.** [↪ ABBILDUNG 62 OBEN](#) Der Beitragssatz ist seit Einführung der SPV von zunächst 1,0 % im Jahr 1995 auf zuletzt 3,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen [↪ ZIFFER 194](#) im Jahr 2026 angestiegen. Kinderlose Mitglieder zahlen einen Zuschlag in Höhe von 0,6 Prozentpunkten. Vom zweiten bis zum fünften Kind werden Abschläge in Höhe von 0,25 Prozentpunkten pro Kind vorgenommen. Der Beitragssatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze [↪ GLOSSAR](#) erhoben und von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden jeweils zur Hälfte aufgebracht. Die Pflegekassen ziehen die Beiträge ein und behalten so viele Mittel, wie sie zur Ausgabendeckung im laufenden Monat benötigen. Überschüssige Einnahmen werden an den Ausgleichsfonds abgeführt. [↪ PLUSTEXT 16](#)



[↪ PLUSTEXT 16](#)

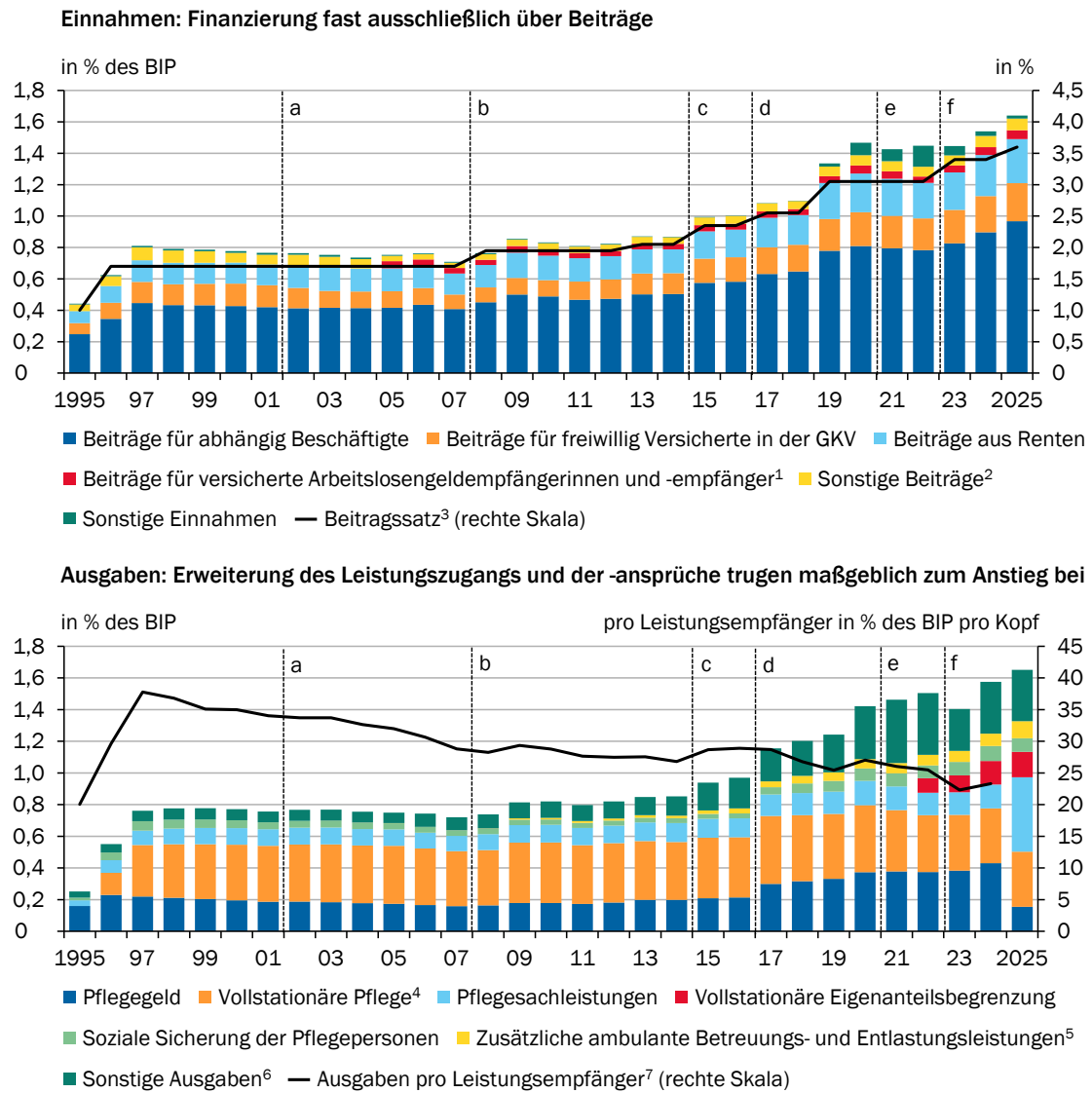
Hintergrund: Ausgleichsfonds

Ein zentrales Steuerungselement der SPV ist der Ausgleichsfonds, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet wird. Er dient einerseits als Liquiditätsreserve und stellt andererseits einen Finanzausgleich zwischen den einzelnen Pflegekassen her, um der unterschiedlichen Risikostruktur der einzelnen Pflegekassen Rechnung zu tragen. Die Ausgabendeckungsquote legt fest, wie hoch die im Ausgleichsfonds vorzuhaltende Reserve im Verhältnis zu einer durchschnittlichen Monatsausgabe sein soll.

303. Die SPV hat seit dem Jahr 2020 in unregelmäßigen Abständen Steuerzuschüsse vom Bund erhalten, [↪ ABBILDUNG 62 OBEN](#) um durch die Corona-Pandemie bedingte Mehrausgaben auszugleichen. [↪ KASTEN 20](#) Anders als in anderen Sozialversicherungszweigen, in denen Steuerzuschüsse zur pauschalen Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen (NBL) gezahlt werden, war dies in der SPV lange Zeit nicht vorgesehen. Im Jahr 2022 wurde eine **pauschale Beteiligung des Bundes** an den Aufwendungen der SPV mit jährlich 1 Mrd Euro beschlossen, die zur Haushaltskonsolidierung in den Jahren 2024 bis 2027 jedoch wieder ausgesetzt wurde. Ab dem Jahr 2028 soll dieser Bundeszuschuss wieder gezahlt werden.

ABBILDUNG 62

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV



1 – Umfasst ALG I- und ALG II-Empfängerinnen und Empfänger. 2 – Einschließlich der Differenz zu den Gesamtbeiträgen. 3 – Stand: 1. Juli des jeweiligen Jahres. Ohne Berücksichtigung des im Jahr 2005 eingeführten Kinderlosenzuschlags. 4 – Ohne die Leistungsausgaben für vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, aber einschließlich der stationären Vergütungszuschläge und der Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen. 5 – Beinhaltet den im Rahmen im Jahr 2017 durch das PSG II eingeführten Entlastungsbetrag zur Unterstützung Pflegebedürftiger. 6 – Einschließlich der Leistungsausgaben für Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Hilfsmittel und Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung, vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Pflegeberatung, sonstige Leistungsausgaben, die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes, Verwaltungsausgaben und Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds. 7 – In den Jahren 1995 und 1996 zeigen sich Einführungseffekte. Die erste Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes sah lediglich die Übernahme von Leistungen im ambulanten Bereich vor. Zum 1. Juli 1996 wurde in einer zweiten Stufe des Gesetzes auch die Übernahme von Leistungen im stationären Bereich eingeführt.

a – Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2002. b – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) 2008. c – 1. Pflegestärkungsgesetz (PSG I) 2015. d – 2. und 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG II + III) 2017. e – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) 2021. f – Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) 2023.

Quellen: BMAS, BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
 © Sachverständigenrat | 26-009-01

↘ KASTEN 20

Fokus: Nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) in der SPV

Die SPV bezahlt wie die GKV ↘ KASTEN 10 und die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) nicht nur Leistungen für beitragspflichtige Mitglieder, sondern auch andere Leistungen, die als versicherungsfremde Leistungen klassifiziert werden können. Dabei handelt es sich um Leistungen, die von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind und eigentlich aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden sollten. Welche Leistungen der SPV hierunter fallen, ist gesetzlich nicht klar definiert und umstritten. Wie bei der GKV könnte hierunter die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern sowie Kindern gezählt werden.

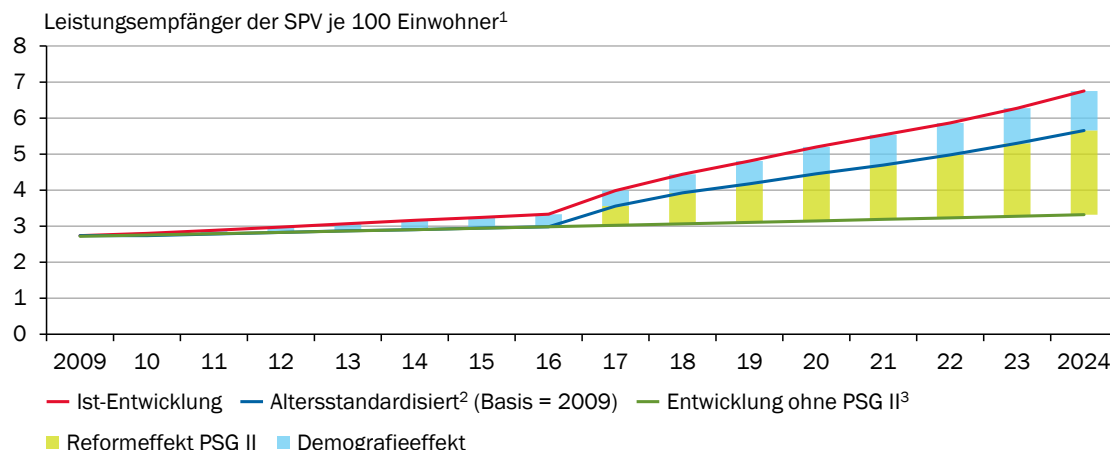
Umstritten ist, ob Lohnersatzleistungen in Form des Pflegeunterstützungsgelds für Pflegende bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a SGB XI) oder die Beiträge zur Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung für Personen, die nicht erwerbsmäßig Angehörige pflegen (§ 44 SGB XI; Bundesrat, 2019), als versicherungsfremde Leistungen einzustufen sind. Zum einen übernimmt die Pflegeversicherung die Sozialversicherungsbeiträge als Teil der Arbeitskosten, wenn stattdessen professionelle Pflegekräfte die Pflegeleistungen erbringen. Zum anderen wird die Attraktivität der Laienpflege, die günstiger ist als professionelle Pflege, durch die soziale Absicherung der Angehörigen erhöht, was die Ausgaben der SPV potenziell begrenzt (Greß et al., 2019). Die soziale Sicherung von Pflegenden hat im Jahr 2025 Ausgaben in Höhe von 4,8 Mrd Euro verursacht (BMG, 2026b). Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ schätzt, dass eine steuerliche Bezuschussung der Rentenbeiträge für nicht erwerbsmäßig Pflegende den Beitragssatz der Pflegeversicherung unmittelbar um etwa 0,3 Prozentpunkte senken würde (BMG, 2025a).

Als einmalige NBL kann zudem die Erstattung der Corona-Pandemie-bedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen betrachtet werden. Im Rahmen des Pflege-Rettungsschirms hat die SPV Pflegeeinrichtungen von März 2020 bis Juni 2022 insgesamt 7,3 Mrd Euro gezahlt. Darüber hinaus trugen die Pflegekassen Testkosten in Höhe von 4,4 Mrd Euro und den Pflegebonus von rund 1,4 Mrd Euro. Der Ausgleichsfonds wurde dadurch stark belastet. Ein Rechtsgutachten im Auftrag der DAK-Gesundheit stuft die Finanzierung dieser Kosten aus Beitragsmitteln der SPV als unzulässige Zweckentfremdung ein (Felix, 2024). Dementsprechend wird eine vollständige Rückzahlung dieser Kosten aus Steuermitteln gefordert. Der Bund hat dem Ausgleichsfonds zur Kompensation dieser Ausgaben bisher Steuermittel in Höhe von 5,5 Mrd Euro bereitgestellt. Abzüglich einer GKV-Umlage zur Beteiligung an den Pandemiekosten der SPV in ambulanten und stationären Hospizen (§ 150 Abs. 4 SGB XI) in Höhe von 1,6 Mrd Euro verbleibt bei der SPV ein Fehlbetrag von 6 Mrd Euro. Der Sozialverband VdK strebt Musterklagen gegen die Zweckentfremdung der Beitragsmittel an (Frediani, 2026).

304. Bis zum Jahr 2008 stagnierten die Ausgaben der SPV gemessen am BIP. Danach folgte eine Phase mit lediglich geringen Steigerungen aufgrund angepasster Leistungen ↘ ABBILDUNG 64 und der demografischen Entwicklung. ↘ ABBILDUNG 63 **In Folge der PSG-II-Reform steigen die Ausgaben der SPV seit dem Jahr 2017 stark an.** Maßgeblich hierfür ist die Verdoppelung der Anzahl der sozialrechtlich registrierten Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2017 und 2024. Dieser Anstieg ging zu 70 % auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments (NBA) im Rahmen der PSG-II-Reform zurück und überstieg die Erwartungen bei Einführung der Reform bei Weitem (Bundesregierung, 2015). ↘ ABBILDUNG 63 Der starke Anstieg ist nicht allein auf die Ausdehnung des Leistungskatalogs auf Personen mit kognitiven und psy-

▸ ABBILDUNG 63

Einfluss von Demografie und PSG II auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz
Anstieg der Pflegeprävalenz nur in geringem Maße demografisch bedingt



1 – Ab dem Jahr 2011: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011, ab dem Jahr 2022: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2022. 2 – Als Basis für die Altersstandardisierung wurde das Jahr 2009 zugrunde gelegt. 3 – Als Basis dient die altersstandardisierte Zeitreihe, die ab dem Jahr 2017 mit dem linearen Trend der Jahre 2009 bis 2016 fortgeschrieben wird.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-060-01

chischen Beeinträchtigungen zurückzuführen. Auch die Absenkung der Schwellenwerte – sowohl zur Erreichung der neuen Pflegegrade als auch zur Berechnung der Punktwerte innerhalb der Module des NBA – unterhalb des vom Expertenbeirat im Jahr 2013 fachlich empfohlenen Niveaus hat die Zugangshürden zu Leistungen der SPV gesenkt und Einstufungen in höhere Pflegegrade erleichtert (BMG, 2025c). ▸ PLUSTEXT 17 Bei der Überleitung aller Pflegebedürftigen aus den Pflegestufen in die Pflegegrade Ende des Jahres 2016 kam es außerdem in der Regel zu einer Besserstellung, verbunden mit höheren Ansprüchen und Mehrausgaben (BMG, 2013; Rothgang et al., 2019). Rund 29 % der Überleitungsfälle aus dem Jahr 2017 bezogen im Jahr 2024 noch Leistungen der SPV.



▸ PLUSTEXT 17

Hintergrund: Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde im Jahr 2012 vom BMG eingesetzt. Seine Aufgabe bestand darin, ein wissenschaftlich fundiertes Begutachtungsinstrument zu entwickeln, und die Umsetzung eines stärker an Selbstständigkeit orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der SPV vorzubereiten (BMG, 2013). Kern der Empfehlungen war die Abkehr von der minutengenauen Leistungslogik hin zu einer Bewertung von Selbstständigkeit. An die Stelle von Minutenwerten traten punktbasierte Zugangsschwellen zwischen Pflegegraden, die eine fachlich konsistente Abgrenzung ermöglichen sollten. Dadurch konnten insbesondere kognitive und psychische Einschränkungen sowie Aspekte der Alltagsgestaltung besser berücksichtigt werden. Der Ansatz wurde sowohl von den späteren Anwendern als auch in der Wissenschaft grundsätzlich positiv bewertet, insbesondere wegen der differenzierteren Erfassung von Selbstständigkeitspotenzialen und Bedarfen (GKV-Spitzenverband, 2015). Zugleich wurden früh

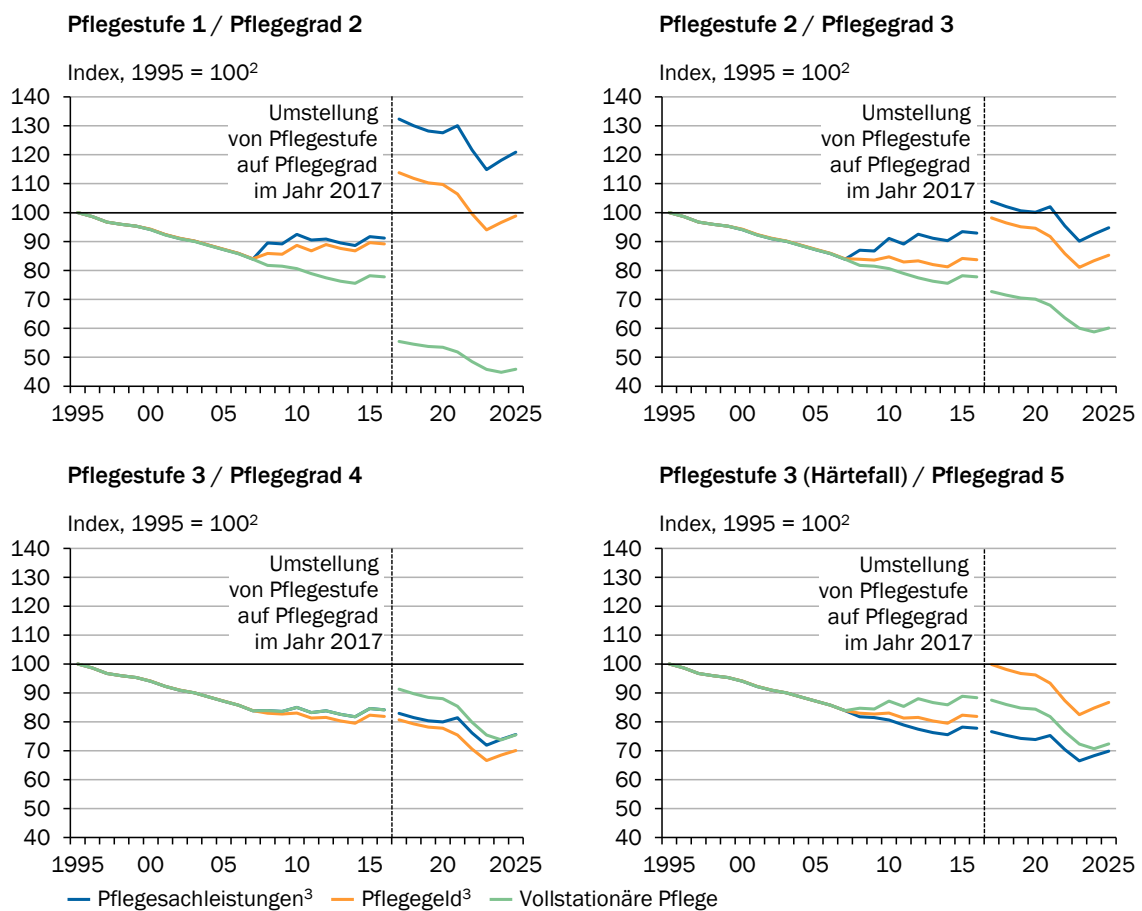
Umsetzungsfragen und konzeptionelle Grenzen diskutiert, etwa hinsichtlich der Einheitlichkeit der Begutachtung und der begrenzten Eignung für Personalbemessung (Rothgang et al., 2015; Brühl et al., 2016). Im politischen Umsetzungsprozess wich der Gesetzgeber jedoch in zentralen Punkten von den Empfehlungen des Expertenbeirats ab. Insbesondere wurden die Schwellenwerte zur Erreichung der Pflegegrade 1 bis 3 abgesenkt und die Schwellenwerte in den Modulen 1 (Mobilität), 4 (Selbstversorgung) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) des NBA, die die bei der Begutachtung erreichten Punktwerte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, niedriger gewählt. Außerdem wurde durch umfassendere Bestandsschutzregeln sichergestellt, dass es im Zuge der Systemumstellung zu keinen Leistungsverschlechterungen kommen würde.

305. Eine automatische Dynamisierung der Leistungen der SPV ist nicht vorgesehen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde die Bundesregierung beauftragt, erstmals im Jahr 2014 und anschließend im Dreijahresrhythmus die Leistungsbeträge zu überprüfen und über Anpassungsbedarf zu entscheiden. Der Maßstab dieser Prüfung ist die kumulierte Inflationsentwicklung der vorangegangenen drei Jahre, gemessen an der Kerninflationsrate (§ 30 SGB XI). Die Erhöhung darf den Anstieg der Bruttolöhne im selben Zeitraum nicht überschreiten. Im Zeitverlauf erfolgten die Anpassungen – auch vor dem Hintergrund politischer Zielsetzungen zur Stärkung der häuslichen Pflege – in Abhängigkeit von den Pflegegraden sehr ungleichmäßig. [↪ ABBILDUNG 64](#) **Im Jahr 2017 wurden die Leistungen der SPV im Rahmen der PSG-II-Reform sprunghaft erhöht**, vor allem beim Pflegegeld und den Pflegesachleistungen, mit Anpassungen, die deutlich über der Preisentwicklung lagen. Dies könnte zur steigenden Inanspruchnahme von Leistungen der SPV beigetragen haben, [↪ ZIF-FER 301](#) wie dies z. B. für die Erhöhung der Leistungen für zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten (§ 45b SGB XI) der Fall gewesen ist (Rothgang et al., 2010, 2014, 2019). Mit dem Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes im Jahr 2023 wurde der Prüfauftrag der Bundesregierung aus dem Gesetz gestrichen. Stattdessen ist die nächste Erhöhung der Leistungen zum 01. Januar 2028 gesetzlich festgelegt (§ 30 SGB XI).
306. Im Jahr 2022 kam es mit Einführung des gestaffelten Leistungszuschlags auf die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Versorgung zu einer weiteren Leistungsausweitung. Dieser Leistungszuschlag steigt mit der Aufenthaltsdauer und wird unabhängig von der finanziellen Bedürftigkeit ausgezahlt (§ 43c SGB XI). **Die Einführung der Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege hat zu erheblichen Mehrausgaben der SPV beigetragen.** Nach Angaben des BMG (2024b) beliefen sich die Ausgaben der SPV für die Leistungszuschläge im Jahr der Einführung auf 3,6 Mrd Euro [↪ ABBILDUNG 62 UNTEN](#) und fielen damit um 30 % höher aus als ursprünglich prognostiziert (BRH, 2024). Seitdem sind die Ausgaben kontinuierlich gestiegen und betragen im Jahr 2025 7,1 Mrd Euro. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherungen könnten sie bis zum Jahr 2029 auf bis zu 13,9 Mrd Euro pro Jahr steigen (Bahnsen, 2025).

307. Aufgrund der beschriebenen Ausgabentreiber ist die **finanzielle Situation der SPV** derzeit defizitär, trotz wiederholter kräftiger Erhöhungen des Beitragssatzes und eines weiteren Anstiegs um 0,2 Prozentpunkte zu Beginn des Jahres 2025 auf 3,6 % (bzw. 4,2 % für Kinderlose, die älter als 23 Jahre sind). Auch die Liquiditätsreserven der Pflegekassen sind weitestgehend aufgebraucht. [▶ PLUSTEXT 16](#) Das BMG rechnet für die Jahre 2025 und 2026 mit Defiziten in Höhe von 0,5 Mrd Euro bzw. 3,5 Mrd Euro (BRH, 2025). Bis zum Jahr 2029 dürfte das jährliche Defizit ohne Anpassungen des Beitragssatzes auf 12,3 Mrd Euro anwachsen.
308. In Antizipation der steigenden Pflegebedürftigkeit der Babyboomer-Generation und der damit verbundenen finanziellen Belastungen für die SPV wurde im Jahr

▶ **ABBILDUNG 64**

Preisbereinigte Entwicklung ausgewählter Leistungen der SPV¹



1 – Die Überleitung der Pflegebedürftigen von den Pflegestufen in die Pflegegrade erfolgte beim Jahreswechsel 2016/2017 in Abhängigkeit der jeweiligen Pflegestufe und der Alltagskompetenz. So wurden bspw. Pflegebedürftige mit Pflegestufe 1 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in den Pflegegrad 2 überführt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz hingegen wurden ausgehend von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3 überführt. Bei der Überleitung galt außerdem der Grundsatz, dass Pflegebedürftige finanziell nicht schlechter gestellt werden durften (Besitzstandsschutz §141 SGB XI). Die hier dargestellte Zuordnung versucht möglichst gleiche Pflegebedarfe gegenüberzustellen, entspricht aber nicht zwingend den Übergangspfaden zum Reformzeitpunkt. 2 – Der Index bezieht sich auf den preisbereinigten maximalen Leistungsanspruch eines Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeversicherung. Die Preisbereinigung erfolgte mit dem Verbraucherpreisindex. 3 – Berücksichtigt nicht die im Zeitraum von 2012 bis 2016 gültigen pauschalen Erhöhungen für Personen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz (demenzbedingte Funktionsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen).

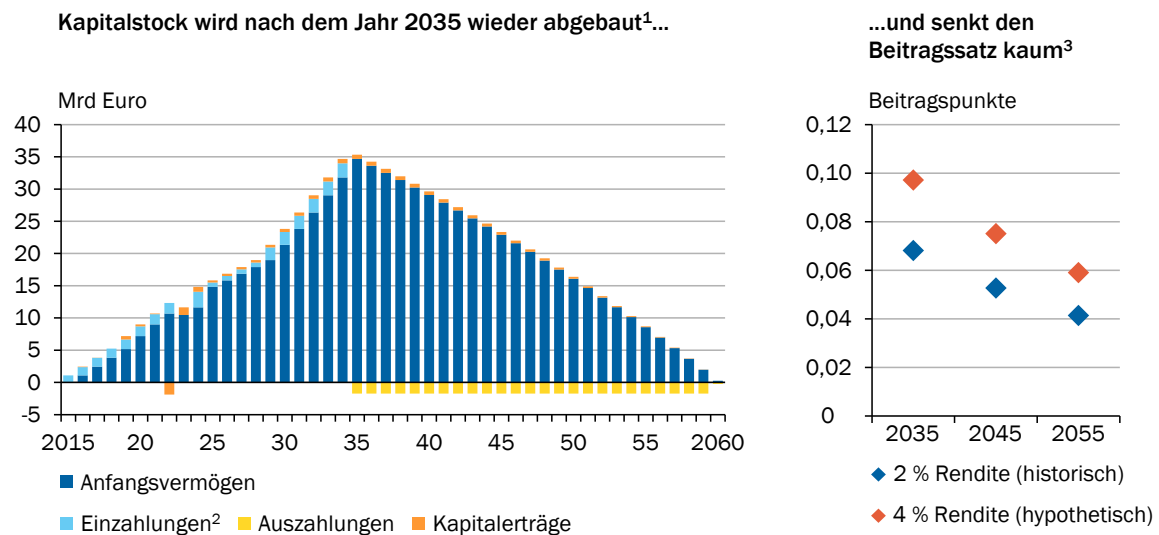
Quellen: Bundesverwaltungsamt, Deutsche Bundesbank, Portal Sozialpolitik, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-027-01

2015 der **Pflegevorsorgefonds (PVF)** eingerichtet. Diesem sollen jährlich Mittel in Höhe von 0,1 Prozentpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen zugeführt und bis zum Jahr 2034 durch die Deutsche Bundesbank unter Einbeziehung eines Anlageausschusses angelegt werden. Ab dem Jahr 2035 ist vorgesehen, die angesparten Mittel schrittweise zur Stabilisierung der künftigen Beitragssätze zu verwenden.

- 309. Die Ausgestaltung des PVF weist mehrere strukturelle Schwächen auf** (Breyer, 2025). Erstens sind die jährlichen Zuführungen gering. Zweitens beginnt die Entnahmephase bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem der demografisch bedingte Ausgabenanstieg voraussichtlich noch nicht seinen Höhepunkt erreicht hat. Dieser wird erst um das Jahr 2050 erwartet. Als temporäre Reserve steht der Fonds damit gerade in der Phase besonders hoher Belastung nur noch eingeschränkt zur Verfügung. Drittens ist der Pflegevorsorgefonds institutionell nicht ausreichend gegen politische Kurzfristinteressen abgesichert. Die in den vergangenen Jahren wiederholt reduzierten oder ausgesetzten Zuführungen verdeutlichen die begrenzte Verlässlichkeit des bestehenden Rahmens. So wurde mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes im Jahr 2023 eine Mittelzuführung in Höhe von 1,7 Mrd Euro um ein Jahr verschoben. Zur Sanierung des Bundeshaushalts wurde der Bundeszuschuss zur SPV für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Diese fehlenden Mittel werden durch eine Reduzierung der Einzahlungen der SPV in den Vorsorgefonds um 1 Mrd Euro jährlich ausgeglichen. Schließlich ist, viertens, die Anlagestrategie vergleichsweise konservativ

▸ **ABBILDUNG 65**

Kapitalentwicklung und Beitragssatzeffekte des Pflegevorsorgefonds



1 – Tatsächliche Entwicklung bis zum Jahr 2025. Ab dem Jahr 2026 wird eine jährliche Rendite von 2 % unterstellt, welche die historische Rendite im Zeitraum 2016 bis 2024 approximiert. Negativzinsen und Verwaltungskosten können zu negativen Kapitalerträgen führen. 2 – Die Einzahlungen des Jahres 2023 erfolgte im Jahr 2024. 3 – Unterstellt wird die Entwicklung des linken Panels, sowie Beitragssatz- und SPV-Ausgabenentwicklungen gemäß den Simulationen in Werding et al. (2026). Bei einer höheren Rendite von 4 % werden Auszahlungen i. H. v. 6,8 % anstatt 5 % des Endvermögens 2034 unterstellt, um den Auszahlungszeitraum konstant zu halten.

Quellen: BMG, SIM.24, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-116-01

ausgerichtet, sodass die erzielte Rendite bislang gering ausfällt. Die bisherige annualisierte nominale Rendite beträgt rund 2 %. [↘ ABBILDUNG 65](#) Angesichts des langen Zeithorizonts ist dieses Renditeniveau deutlich geringer als möglich.

310. In seiner derzeitigen Ausgestaltung dürften die **positiven Effekte des PVF** auf die Finanzierung der SPV **begrenzt** bleiben. Unter der Annahme einer nominalen Rendite von 2 % und jährlicher Zuführungen in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten, [↘ ZIFFER 308](#) die aufgrund der zuletzt reduzierten bzw. ausgesetzten Einzahlungen erst ab dem Jahr 2028 wieder vollständig erfolgen sollen, ergibt sich bis zum Jahr 2035 ein Kapitalstock von rund 30 Mrd Euro. [↘ ABBILDUNG 65 LINKS](#) Der Kapitalstock wird ab dem Jahr 2035 wieder abgebaut und dürfte den Beitragssatz bis zum Jahr 2055 um weniger als 0,1 Beitragssatzpunkte senken (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK, 2022; Bundesregierung, 2023). [↘ ABBILDUNG 65 RECHTS](#) Selbst wenn künftig im PVF eine höhere nominale Rendite erreicht werden könnte, etwa durch eine weniger konservative Anlagestrategie, bliebe die künftige Entlastungswirkung begrenzt. [↘ ABBILDUNG 65 RECHTS](#) Ohnehin dürften die Möglichkeiten dafür begrenzt sein, da die gesetzliche Grundlage des PVF vorsieht, dass der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren gänzlich abzubauen ist (§ 134 Abs. 2 SGB XI).

IV. EIGENANTEILE UND GESELLSCHAFTLICHE KOSTEN DER PFLEGE

1. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

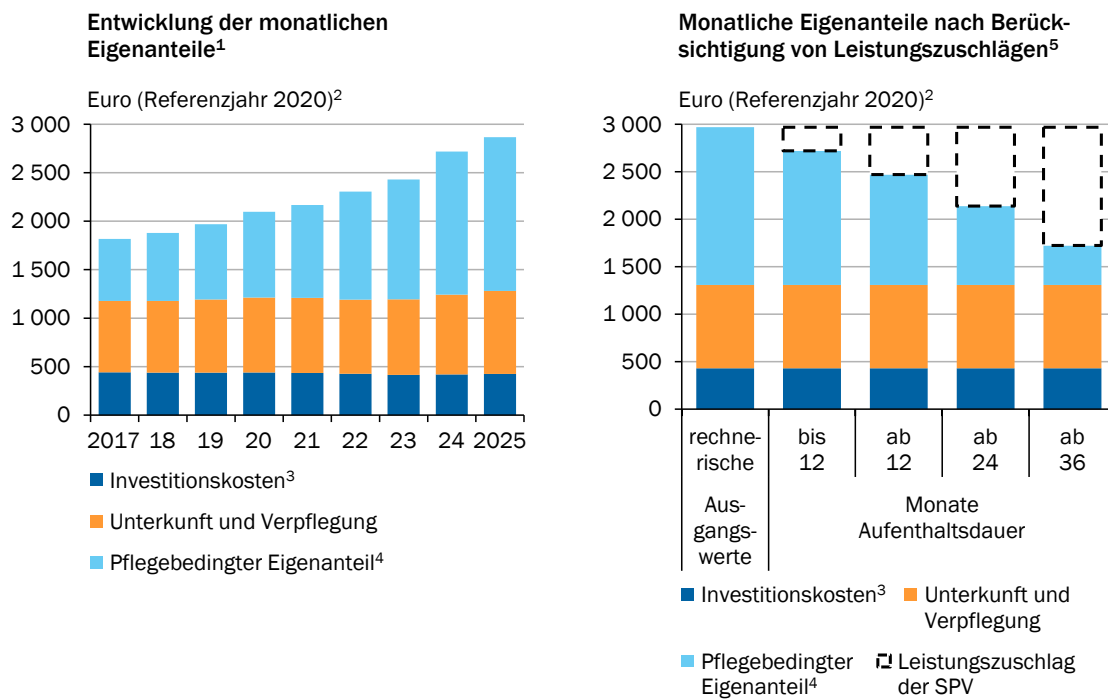
- 311. Die SPV übernimmt als Teilversicherungssystem lediglich einen Teil der Pflegekosten.** Der restliche Teil muss von den Pflegebedürftigen selbst aus Einkommen, Vermögen oder durch Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung finanziert werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Pflegebedürftige auch auf ergänzende allgemeine (z. B. Wohngeld-Plus) oder pflegespezifische staatliche Leistungen (z. B. Pflegewohngeld) zurückgreifen. In begrenztem Umfang können auch Angehörige zur Finanzierung der Pflegekosten herangezogen werden. Pflegebedürftige, bei denen die genannten Finanzierungsquellen nicht zur Deckung der Pflegekosten ausreichen, haben Anspruch auf Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“).
- 312. Dies gilt auch für die häusliche Pflege, bei der trotz der Leistungen der SPV Eigenanteile bei den Pflegebedürftigen verbleiben.** Im Jahr 2019 berichteten 38,8 % und im Jahr 2023 44,7 % der Leistungsbeziehenden von privaten Zuzahlungen (Schwinger und Zok, 2024). Unter denjenigen, die solche Eigenzahlungen leisteten, lagen die durchschnittlichen monatlichen Kosten bei knapp 200 Euro im Jahr 2019 und bei 290 Euro im Jahr 2023. Der Anstieg ist maßgeblich auf höhere Zuzahlungen für ambulante Pflegedienste zurückzuführen. Diese Beträge könnten die tatsächliche Belastung jedoch unterschätzen, da größere Einmalaufwendungen, beispielsweise für altersgerechte Umbauten, sowie insbesondere nicht-monetäre Eigenbeiträge nicht erfasst werden. [↘ ZIFFER FERN 323 FF.](#) Eigene Auswertungen auf Basis des SOEP legen nahe, dass etwa 20 % der Pflegebedürftigen ab 66 Jahren in Haushalten unterhalb der Armutsgrenze leben. Bei nicht pflegebedürftigen Personen sind es 18 %.
- 313. Auch die Zuzahlungen in der stationären Pflege sind in den vergangenen Jahren preisbereinigt kontinuierlich gestiegen.** [↘ ABBILDUNG 66 LINKS](#) Sie setzen sich aus dem pflegebedingten Eigenanteil, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zusammen, die anteilig auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können. Ein wesentlicher Treiber dieses Anstiegs sind die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Lohnkosten des Pflegepersonals (Roth, 2026; vdek, 2026). [↘ ZIFFER 294](#)
- 314.** Der im Jahr 2022 eingeführte Leistungszuschlag mindert den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege und steigt mit der Aufenthaltsdauer. [↘ PLUSTEXT 15](#) Er hatte zum Ziel, die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen vor finanzieller Überforderung durch steigende Eigenanteile zu schützen und damit mittelbar auch die Inanspruchnahme der „Hilfe zur Pflege“ zu begrenzen. Dadurch reduziert sich der durch pflegebedürftige Personen zu zahlende pflegebedingte Eigenanteil deutlich. [↘ ABBILDUNG 66 RECHTS](#) **Die Zahlung der Leistungszuschläge erfolgt ohne Berücksichtigung der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation** des

Pflegebedürftigen. In vergleichbaren sozialen Pflegeversicherungssystemen wie in Japan oder Korea erfolgt hingegen sowohl eine Einkommens- als auch eine Vermögensprüfung (Campbell et al., 2009; Karmann und Sugawara, 2021; OECD, 2024).

315. Ein nennenswerter Teil der älteren Bevölkerung verfügt über Vermögen, das zur Finanzierung der Pflegekosten eingesetzt werden kann. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP weisen rund 27 % der Personen ab 66 Jahren kurz vor dem Übergang in die Pflegebedürftigkeit ein reales Nettovermögen von mehr als 100 000 Euro auf. [↪ ABBILDUNG 67 LINKS](#) Im Nettovermögen ist dabei auch der individuelle Anteil am Immobilienvermögen berücksichtigt. Etwa 60 % der Personen verfügen über ein reales Nettovermögen von mehr als 10 000 Euro. Eine Analyse von Pimpertz und Stockhausen (2024)

[↪ ABBILDUNG 66](#)

Eigenanteile in der stationären Pflege



1 – Keine Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI). Stichtag ist der 31. Dezember des jeweiligen Jahres bzw. für Sachsen-Anhalt der 21. Oktober 2025. 2 – Preisbereinigt mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) mit dem Basisjahr 2020. 3 – Investitionskosten umfassen die Kosten des Heimbetreibers für bauliche Maßnahmen (Neubau, Umbau und Sanierung), für technische Anlagen sowie für Abschreibungen des Gebäudes. Diese Kosten dürfen anteilig auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden. 4 – Der pflegebedingte Eigenanteil gilt für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims, variiert jedoch zwischen Heimen. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen, der nur in der rechten Grafik berücksichtigt wird. Der pflegebedingte Eigenanteil beinhaltet Ausbildungsumlagen. 5 – Stichtag ist der 1. Januar 2026. Seit dem 1. Januar 2022 gilt eine Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen durch Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI. Zum 1. Januar 2024 wurden die Leistungszuschläge erhöht. Seitdem erhalten Pflegebedürftige, die bis zu einem Jahr in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wohnen von der Pflegeversicherung einen Zuschlag in Höhe von 15 % ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige mit einer Wohndauer zwischen einem und zwei Jahren 30 %, solche mit einer Wohndauer von zwei bis drei Jahren 50 % und alle die bereits länger als drei Jahre in einem Pflegeheim leben, erhalten 75 % der Eigenanteile durch die Pflegekasse erstattet.

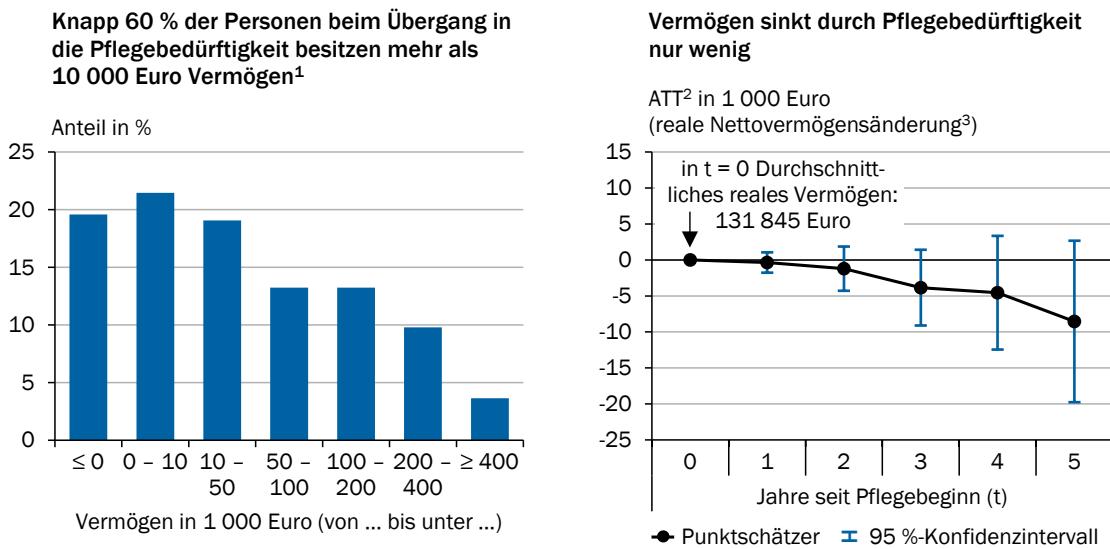
Quellen: Statistisches Bundesamt, vdek, WIdO, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-058-01

auf Basis des SOEP untersucht die Finanzierungspotenziale privater Haushalte im Fall vollstationärer Pflege einschließlich des Leistungszuschlags und unter Berücksichtigung eines Schonvermögens von 10 000 Euro je Haushaltsmitglied. Die Kosten für vollstationäre Pflege liegen im ersten Jahr bei knapp 30 000 Euro und über einen Zeitraum von fünf Jahren bei knapp 120 000 Euro. Den Ergebnissen zufolge können in Deutschland rund 55 % der Rentnerhaushalte die Kosten für eine Person in vollstationärer Pflege für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren aus ihrem Einkommen und Vermögen tragen, wenn die selbstgenutzte Immobilie dem Schonvermögen zugerechnet wird. Wird sie nicht dem Schonvermögen zugerechnet, wären dazu rund 72 % in der Lage.

316. Pflegebedürftige weisen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung niedrigere Vermögen auf, wohingegen sich die Einkommenssituation kaum unterscheidet. Für Personen ab 60 Jahren lag das durchschnittliche Nettovermögen bei Pflegebedürftigen im Jahr 2017 um rund 60 000 Euro und das Medianvermögen um 51 000 Euro niedriger als beim Rest der Bevölkerung (Geyer et al., 2023). Dieser Unterschied dürfte sich zum Teil aus dem Einsatz des Vermögens zur Finanzierung pflegebedingter Ausgaben erklären lassen. Eine Analyse des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP untersucht die Vermögensentwicklung von Perso-

ABBILDUNG 67

Vermögenssituation von Pflegebedürftigen



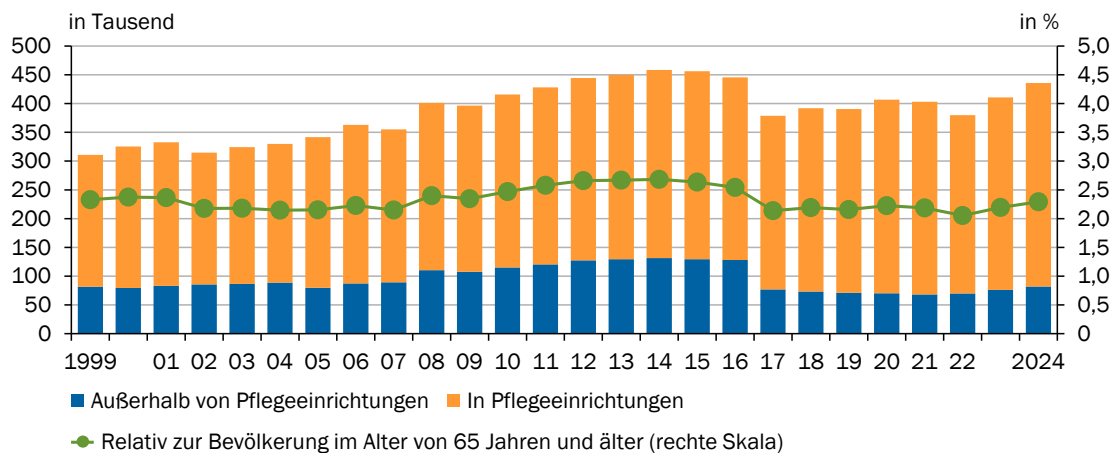
1 – Beinhaltet Personen, die in t = 0 nicht pflegebedürftig sind und in t = 1 pflegebedürftig werden. Dargestellt ist deren Vermögensverteilung in t = 0. 2 – Average treatment effect on the treated; Durchschnittlicher jährlicher Effekt von Pflegebedürftigkeit auf die Veränderung des realen Nettovermögens für Personen, die ab t = 1 pflegebedürftig werden. Zum Zeitpunkt t = 0 ist keine der betrachteten Personen pflegebedürftig. Ab t = 1 werden Pflegebedürftige mit statistisch vergleichbaren Nicht-Pflegebedürftigen verglichen. Die Vergleichbarkeit wird durch die Bildung einer statistisch vergleichbaren Kontrollgruppe auf Basis sozioökonomischer Merkmale in t = 0 hergestellt, einschließlich des Ausgangswerts des realen Nettovermögens in Preisen des Jahres 2021. Für die Analyse wird die Methodik von Schmitz und Westphal (2017) auf Grundlage des SOEP (v40.1) verwendet. Die Schätzung umfasst die Jahre 2002 bis 2017 sowie Personen im Alter von über 65 Jahren. 3 – Im Vergleich zu t = 0. Das Nettovermögen setzt sich zusammen aus selbstgenutztem Wohneigentum, sonstigem Immobilienvermögen, Finanzvermögen, privaten Versicherungen und Bausparverträgen sowie Betriebs- und Sachvermögen abzüglich Schulden.

Quellen: Schmitz und Westphal (2017), SOEP v40.1, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-103-01

nen, die pflegebedürftig werden, im Vergleich zu Personen, die im selben Zeitraum nicht pflegebedürftig werden. [↪ ABBILDUNG 67 RECHTS](#) Die Personen in der Ausgangsstichprobe weisen ein durchschnittliches Vermögen von 131 845 Euro auf. Die Personen sind im Mittel 73 Jahre alt, Frauen und Männer sind nahezu gleich stark vertreten. In den ersten fünf Jahren nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zehren die Betroffenen im Durchschnitt nur in begrenztem Umfang Vermögen auf, nämlich rund 8 500 Euro bzw. 6,5 % des Vermögens vor der Pflegebedürftigkeit. [↪ ABBILDUNG 67 RECHTS](#) Der vergleichsweise geringe Vermögensverzehr legt nahe, dass die niedrigeren Vermögen Pflegebedürftiger auch auf ungünstigere sozioökonomische Ausgangsbedingungen zurückzuführen sein können, die sowohl das Risiko von Pflegebedürftigkeit als auch die Vermögensbildung im Lebensverlauf beeinflussen. [↪ ZIFFER 283](#)

317. Eine **private Absicherung** der finanziellen Risiken, die nicht durch die SPV abgedeckt werden, kann durch eine private Pflegezusatzversicherung erfolgen. Versicherte können zwischen drei Modellen wählen: Bei der Pfl egetagegeldversicherung werden im Pflegefall feste, frei verfügbare Zahlungen geleistet. Bei der Pflegekostenversicherung werden pflegebedingte Kosten gegen einen Nachweis erstattet. Bei der Pflegerentenversicherung erfolgen bei Pflegebedürftigkeit lebenslange Rentenzahlungen.
318. Im Jahr 2024 besaßen in Deutschland etwa 3,2 Millionen Personen eine private **Pflegezusatzversicherung** (GDV, 2025). Insgesamt konzentriert sich die Verbreitung stark auf Haushalte mit überdurchschnittlichem Einkommen und Vermögen (Haun, 2025). Die Zahl der abgeschlossenen Pflegezusatzversicherungen hat sich seit dem Jahr 2010 etwa verdoppelt. Ein Großteil, etwa 94 %, entfiel im Jahr 2024 auf die Pfl egetagegeldversicherung. Damit sich auch Personen absichern können, die wegen ihres Alters oder aufgrund von Vorerkrankungen nur sehr teure oder gar keine Verträge abschließen können, gibt es staatlich geförderte Pflegegeldtarife, auch „Pflege-Bahr“ genannt (BMG, 2026c). Hier unterstützt der Staat die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 Euro im Jahr, und der Abschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung.
319. Pflegebedürftige können zur Finanzierung der Eigenanteile unter Erfüllung der Voraussetzungen auch Wohngeld-Plus zur Unterstützung der allgemeinen Wohnkosten in Anspruch nehmen. Bei vollstationärer Pflege kommt in manchen Ländern zudem Pflegewohngeld zur Übernahme der Investitionskosten in Betracht. [↪ ZIFFER 290](#) Reichen Einkommen, Vermögen und diese Leistungen nicht aus oder besteht kein Anspruch darauf, greift die **Sozialhilfe** in Form der „**Hilfe zur Pflege**“. Im Jahr 2024 erhielten in Deutschland insgesamt knapp 436 000 Personen „Hilfe zur Pflege“. [↪ ABBILDUNG 68](#) Nach Einführung der Leistungszuschläge im Jahr 2022 für die vollstationäre Pflege kam es zu einer leichten Reduktion der Empfängerzahlen. Zwischen den Jahren 2022 und 2024 ist die Empfängerzahl um 14,7 % angestiegen. Der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an der Bevölkerung über 65 Jahren ist seit dem Jahr 1999 jedoch stabil. Dies deutet darauf hin, dass sich das Sozialhilferisiko aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Alter langfristig nicht grundlegend verändert hat. Die überwiegende Mehrheit (81 %) der Empfängerinnen und Empfänger erhielt „Hilfe zur Pflege“ in einer Pflegeeinrichtung. Im Jahr 2023 belief sich die „Hilfe

ABBILDUNG 68

Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in den Jahren 1999 bis 2024¹

1 – Die Daten umfassen im Zeitraum 2005 bis 2007 alle Bundesländer außer Bremen. Für das Jahr 2007 ist eine Untererfassung festzustellen, in Nordrhein-Westfalen fehlen bei der Hilfe zur Pflege ungefähr 14 500 Fälle und im Saarland bei der Eingliederungshilfe außerhalb von Einrichtungen ungefähr 700 Fälle. Die Zahlen der Jahre 2017 und 2018 schließen Empfänger der ausschließlichen „Hilfe zur Pflege“ nach dem 7. Kapitel SGB XII ohne festgestellten Pflegegrad aus. Bremen berücksichtigt zusätzlich Personen nach § 264 Absatz 2 SGB V.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-054-02

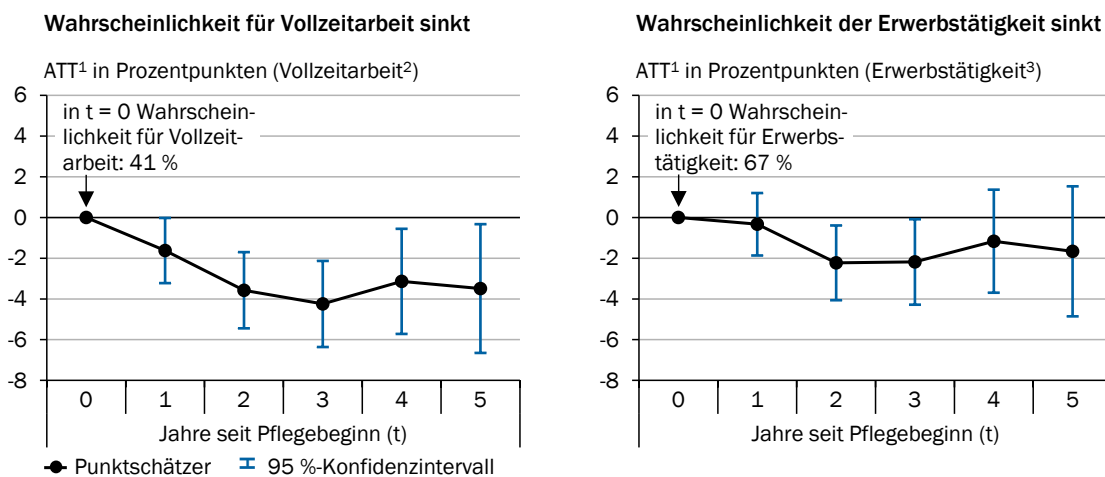
zur Pflege“-Quote in Einrichtungen, gemessen am Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an allen voll- und teilstationär versorgten Pflegebedürftigen, auf 34,3 %.

- 320. Der Zugang zur „Hilfe zur Pflege“ erfolgt bedarfsgeprüft.** Pflegebedürftige müssen ihr laufendes Einkommen grundsätzlich vollständig einsetzen. Beim Vermögen gilt seit dem Jahr 2023 ein Schonbetrag von 10 000 Euro für Alleinstehende, darüber hinausgehendes Vermögen ist einzusetzen. Selbstgenutztes Wohneigentum bleibt in der Regel erhalten, solange ein Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner dort wohnt. Für unterhaltspflichtige Kinder gilt seit dem Jahr 2020 eine hohe Freigrenze: Eine Heranziehung erfolgt erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von über 100 000 Euro. Maßgeblich ist dabei nur das Einkommen des unterhaltspflichtigen Kindes selbst, der Ehepartner ist gegenüber den Schwiegereltern nicht direkt unterhaltspflichtig. Dies führt dazu, dass bei verheirateten Paaren eine Heranziehung nur erfolgt, wenn das unterhaltspflichtige Kind selbst die Einkommensgrenze überschreitet. Selbst dann sieht das Gesetz vor, dass eine Prüfung der Einkommensverhältnisse nur bei konkreten Anhaltspunkten für ein entsprechend hohes Einkommen zulässig ist (§ 94 Abs. 1a SGB XII). Ohne solche Hinweise wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für eine Heranziehung nicht vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist die Heranziehung von Angehörigen praktisch stark eingeschränkt.

2. Auswirkungen informeller Pflege

- 321. Informelle Pflege ist mit zeitlichem Aufwand verbunden, der sich auf Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und langfristige Erwerbsverläufe der Pflegenden auswirken kann.** Auswertungen des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP für das Jahr 2023 zeigen, dass informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter von 25 bis 64 Jahren unter der Woche durchschnittlich 2,6 Stunden pro Tag für Pflege aufwenden. Bei informell Pflegenden ab 65 Jahren liegt die tägliche Pflegezeit mit 3,7 Stunden höher.
- 322.** Eine Analyse des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP, die sich methodisch an Schmitz und Westphal (2017) orientiert, zeigt für Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren, dass die Übernahme informeller Pflege anhaltende Auswirkungen auf Vollzeitbeschäftigung und Erwerbstätigkeit hat. **ABBILDUNG 69** Drei Jahre nach Beginn der Pfl egetätigkeit ist die Wahrscheinlichkeit, vollzeitbeschäftigt oder überhaupt erwerbstätig zu sein, um 4,2 bzw. 2,2 Prozentpunkte geringer als vor der Aufnahme der Pfl egetätigkeit. **Informelle Pflege geht damit nicht nur mit kurzfristigen Anpassungen des Arbeitsangebots einher, sondern senkt im Durchschnitt das Lebenseinkommen und damit auch die Alterssicherung der Pflegenden.** Gleichzeitig entstehen auch gesellschaftliche Kosten aufgrund geringerer Steuerzahlungen, niedrigerer Sozialversicherungsbeiträge sowie höherer Ausgaben für Sozialleistungen (Geyer et al., 2017).

ABBILDUNG 69
Informelle Pflege und Arbeitsangebot



1 – Average treatment effect on the treated; Durchschnittlicher jährlicher Effekt informeller Pflege auf die jeweils betrachtete Zielvariable für Personen, die ab t = 1 Pflege übernehmen. Zum Zeitpunkt t = 0 leistet keine der betrachteten Personen Pflege. Ab t = 1 werden informell Pflegenden mit statistisch vergleichbaren Nicht-Pflegenden verglichen. Die Vergleichbarkeit wird durch die Bildung einer statistisch vergleichbaren Kontrollgruppe auf Basis sozioökonomischer Merkmale in t = 0 hergestellt, einschließlich des Ausgangswerts der jeweiligen Zielvariable. Für die Analyse wird die Methodik von Schmitz und Westphal (2017) auf Grundlage des SOEP (v40.1) verwendet. Die Schätzung umfasst die Jahre 2015 bis 2023 sowie Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren. 2 – Indikatorvariable mit Wert 1 bei Vollzeitbeschäftigung. Die Wahrscheinlichkeit, in Vollzeit zu arbeiten, sinkt drei Jahre nach Beginn der Pflege um rund 4,2 Prozentpunkte. 3 – Indikatorvariable mit Wert 1 bei Erwerbstätigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, sinkt drei Jahre nach Beginn der Pflege um rund 2,2 Prozentpunkte.

Quellen: Schmitz und Westphal (2017), SOEP v40.1, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-101-01

323. Die empirische Literatur kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Schmitz und Westphal (2017) zeigen für Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren, dass die Wahrscheinlichkeit einer Vollzeitbeschäftigung nach Übernahme informeller Pflege um bis zu 5 Prozentpunkte sinkt. Korfhage und Fischer-Weckemann (2024) schätzen für Frauen im Alter von 55 bis 67 Jahren einen Rückgang der geleisteten Arbeitsstunden infolge informeller Pflege um 2,6 %. Ehrlich et al. (2019) zeigen zudem für Frauen im Alter von 25 bis 59 Jahren, dass nach Beendigung einer Pflegetätigkeit keine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, die Arbeitszeit wieder auszuweiten oder in den Arbeitsmarkt zurückzukehren.
324. **Das entgangene Erwerbseinkommen, die niedrigere Humankapitalbildung und die während der Pflegezeit erhöhten Abschreibungen auf das Humankapital verlagern pflegebedingte Risiken teilweise von den Pflegebedürftigen auf die Angehörigen.** Ein finanzieller Ausgleich dafür liegt im Ermessen der Pflegebedürftigen. So können sie das Pflegegeld, an die unterstützenden Angehörigen weitergeben. Die Pflegenden erhalten außerdem Rentenversicherungsbeiträge für die geleisteten Pflegezeiten. [↘ TABELLE 13](#) Informelle Pflege bedeutet also, dass ein erheblicher Teil der Pflegekosten durch Eigenleistungen privater Haushalte getragen wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob pflegebedingte Teilzeit- oder Nichterwerbstätigkeit eher Ausdruck individueller Präferenzen oder vielmehr Folge wirtschaftlicher oder gesellschaftlicher Bedingungen ist. In der Literatur stehen vor allem die Opportunitätskosten der Pflegenden und Pflegezuschüsse als zentrale Determinanten von Pflegeentscheidungen im Vordergrund (Barczyk und Kredler, 2018; Mommaerts, 2025). Barczyk et al. (2025) zeigen auf Basis europäischer Daten, dass daneben auch Pflegepräferenzen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine wichtige Rolle spielen.
325. **Pflege ist nur bei einem kleinen Teil der 25- bis 64-Jährigen der Grund für Teilzeitbeschäftigung oder Nichterwerbstätigkeit.** Laut dem Mikrozensus aus dem Jahr 2023 ist Pflege für 0,5 % der betrachteten Erwerbsbevölkerung ein Grund für Teilzeitbeschäftigung und für 1,3 % der betrachteten Nichterwerbstätigen im Alter von 25 bis 64 Jahren ein Grund für die Nichterwerbstätigkeit. [↘ ABBILDUNG 70 OBEN LINKS UND UNTEN LINKS](#) Im Vergleich dazu ist Kinderbetreuung für 7,5 % der Erwerbsbevölkerung ein Grund für Teilzeitbeschäftigung und für 11 % der Nichterwerbstätigen ein Grund für die Nichterwerbstätigkeit. Insgesamt betrifft die pflegebedingte Teilzeitarbeit und Nichterwerbstätigkeit rund 300 000 Personen, die überwiegend über ein mittleres Qualifikationsniveau verfügen. Darüber hinaus zeigt sich, dass nur 0,02 % der Erwerbsbevölkerung, die ihre Arbeitszeit gerne erhöhen würde, daran aus Pflegegründen gehindert wird. [↘ ABBILDUNG 70 OBEN RECHTS](#) Für diese Gruppe ist vor allem das Fehlen einer passenden Betreuungsmöglichkeit ausschlaggebend. Unter den Nichterwerbstätigen spielt dagegen häufiger der Wunsch eine Rolle, die Pflege selbst zu übernehmen. [↘ ABBILDUNG 70 UNTEN RECHTS](#)
326. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf Basis des Mikrozensus des Jahres 2023 darauf hin, dass die aus informeller Pflege resultierenden unmittelbaren **Arbeitsmarkteffekte** in der Gesamtbetrachtung vergleichsweise klein sind. Rund 7 350 Personen reduzieren ihre Arbeitszeit im Rahmen einer Pflegefreistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz. Die daraus resultierende

ABBILDUNG 70

Pflegebedingte Teilzeitarbeit und Nichterwerbstätigkeit¹



1 – Im Jahr 2023 und Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren. 2 – Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, Aus- oder Fortbildung, Kündigungsfristen im bestehenden Job, Betreuung von Kindern, andere familiäre Gründe, andere persönliche Gründe, anderer Hauptgrund. 3 – Das Qualifikationsniveau basiert bei Erwerbstätigen auf der aktuell ausgeübten Tätigkeit und bei Nichterwerbstätigen auf der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Auf Basis der 12 Berufskategorien der Blossfeld-Klassifikation werden drei Qualifikationsniveaus unterschieden. Das niedrige Qualifikationsniveau umfasst Agrarberufe, einfache manuelle Berufe, einfache Dienste sowie einfache kaufmännische und Verwaltungsberufe. Das mittlere Qualifikationsniveau umfasst qualifizierte manuelle Berufe, Techniker, qualifizierte Dienste, Semiprofessionen sowie qualifizierte kaufmännische und Verwaltungsberufe. Das hohe Qualifikationsniveau umfasst Ingenieure, Professionen und Manager.

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/12211.2023.00.00.3.1.0, eigene Berechnungen © Sachverständigenrat | 26-115-01

Differenz zwischen den normalerweise und den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden entspricht knapp 0,01 % des Arbeitsvolumens der Erwerbsbevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren bzw. rund 3 200 Vollzeitäquivalenten auf Basis einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Für pflegebedingt Teilzeitbeschäftigte ergibt der Vergleich zwischen den gewünschten und den normalerweise geleisteten Arbeitsstunden einen zusätzlichen Verlust von 0,002 % des Arbeitsvolumens bzw. rund 750 Vollzeitäquivalenten. Hinzu kommen knapp 30 000 Nichterwerbstätige, die grundsätzlich arbeiten möchten, dies aufgrund von Pflegeverpflichtungen derzeit jedoch nicht können. Unter Annahme der durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden der betrachteten Erwerbstätigen von 35,44 Stunden entspricht dies einem Verlust von 0,08 % des Arbeitsvolumens bzw. rund 26 300 Vollzeitäquivalenten. Insgesamt beläuft sich damit der pflegebedingte Verlust auf knapp 0,09 % des Arbeitsvolumens bzw. auf rund 30 250 Vollzeitäquivalente.

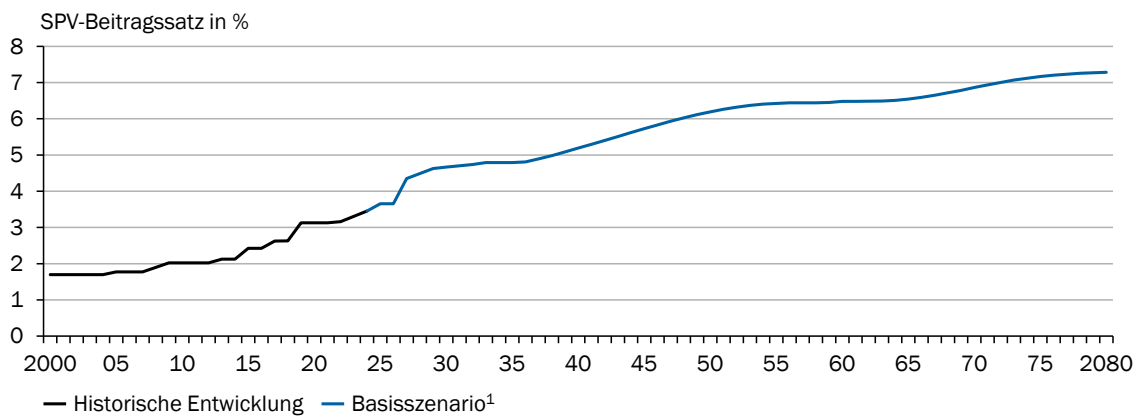
V. ZUKÜNFTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGEAUSGABEN IM DEMOGRAFISCHEN WANDEL

327. Die jüngsten starken Ausgabensteigerungen in der SPV sind maßgeblich durch den vereinfachten Zugang zu Leistungen und die Erhöhung der Leistungen der SPV durch das PSG II im Jahr 2017 getrieben. Dies hat aufgrund der Umlagefinanzierung der SPV zu steigenden Beitragssätzen geführt. **Die demografische Alterung hat die Ausgaben der SPV bisher noch kaum beeinflusst. Künftig wird sie jedoch der maßgebliche Treiber sein.** Hieraus ergibt sich ein strukturelles Finanzierungsproblem der SPV. Durch die Alterung der Bevölkerung und den wachsenden Anteil von Menschen im hohen Alter mit erhöhtem Pflegebedürftigkeitsrisiko steigen die Ausgaben selbst bei unverändertem Leistungsniveau. Die beitragspflichtigen Einnahmen können damit jedoch nicht Schritt halten: Der Anteil der Menschen im Erwerbsalter sinkt, während der Anteil der Personen im Ruhestand zunimmt. Dadurch gehen die beitragspflichtigen Einnahmen relativ zurück und die Einnahmen der SPV wachsen langsamer als die Ausgaben.
328. Der Sachverständigenrat projiziert die weitere Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV auf Grundlage der Langfristsimulationen von Werding et al. (2026). Dabei wird abgeschätzt, wie sich der Beitragssatz im bestehenden System der SPV unter geltender Rechtslage bis zum Jahr 2080 weiterentwickelt. Dieser wird als durchschnittlicher Beitragssatz berechnet und beinhaltet auch die Zu- und Abschläge für Versicherte mit und ohne Kinder.

Im **Basisszenario** werden **sämtliche Leistungen der SPV mit der Brutto-lohnentwicklung dynamisiert** und steigende Finanzierungsbedarfe über höhere Beitragssätze ausgeglichen. Obwohl das geltende Recht derzeit keine Dynamisierung über das Jahr 2028 hinaus vorsieht, wird im Basisszenario damit **ein**

▸ **ABBILDUNG 71**

Simulation des SPV-Beitragssatzes im Status Quo



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-065-01

konstantes Leistungsniveau der SPV unterstellt. Denn wenn die Leistungen mit der Bruttolohnentwicklung fortgeschrieben werden, steigen auch die Eigenanteile der Pflegebedürftigen im gleichen Maß an. Die Belastung durch Eigenanteile bleibt damit relativ zum Bruttolohn konstant. Damit unterstellt der Sachverständigenrat im Basisszenario ein für die Pflegebedürftigen günstiges Szenario. Dies entspricht einem diskutierten Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“. ▸ [KASTEN 21 ANHANG](#)

329. Darüber hinaus werden bei den Langfristsimulationen verschiedene **Annahmen** zur künftigen Entwicklung von Bevölkerung und gesamtwirtschaftlichem Produktionspotenzial getroffen. ▸ [PLUSTEXT 5](#) Im Kontext der SPV werden die geschlechts- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen aus dem Jahr 2024 konstant gehalten. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung verlängert sich damit die Verweildauer in Pflegebedürftigkeit. Die Struktur der Inanspruchnahme einzelner Leistungen der SPV wird im Simulationszeitraum auf dem Niveau des Jahres 2024 konstant gehalten, aufgrund einer angenommenen steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen kommt es lediglich zu einer leichten Verlagerung der Pflege in den stationären Bereich. Sensitivitätsanalysen etwa zur Bedeutung einer steigenden Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen oder alternativen Annahmen zur Arbeitsmarktentwicklung können dem Arbeitspapier von Werding et al. (2026) entnommen werden.

330. **Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass die demografische Alterung bei konstantem Leistungsniveau zu einem stetigen Anstieg der Ausgaben und Beitragssätze in der SPV führen wird.** ▸ [ABBILDUNG 71](#) Der durchschnittliche Beitragssatz dürfte im Basisszenario bis zum Jahr 2030 von aktuell 3,7 % auf 4,7 % ansteigen. Danach steigt er kontinuierlich bis zum Jahr 2040 auf ein Niveau von 5,2 % und erreicht im Jahr 2080 einen Wert von 7,3 %. Eine solche Entwicklung ist aus drei Gründen problematisch. Steigende Beitragssätze führen zu einer stärkeren intergenerationellen Umverteilung

zulasten der jüngeren Generationen. Bei gleichbleibender Beitragsbemessungsgrenze [↘ GLOSSAR](#) und Bemessungsgrundlage werden insbesondere Personen mit Einnahmen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze [↘ GLOSSAR](#) relativ stärker belastet als solche oberhalb der Grenze. Zusätzlich könnte die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigt werden.

- 331. Leistungsausweitungen und die damit möglicherweise einhergehenden steigenden Beitragssätze führen in einem umlagefinanzierten System zu einer stärkeren intergenerationellen Umverteilung zulasten jüngerer Generationen** (Bahnsen et al., 2020). Sofern alle Versicherten unmittelbar Anspruch auf die Leistungsausweitungen haben, profitieren Leistungsberechtigte oder Personen, die bereits kurz davor stehen, leistungsberechtigt zu sein, von Einführungsgewinnen. Jüngere Versicherte erhalten im Fall von Pflegebedürftigkeit zwar den gleichen Leistungsanspruch, zahlen die höheren Beiträge jedoch voraussichtlich über einen längeren Zeitraum und tragen damit ungleich mehr zur Finanzierung dieser Leistungen bei.
- 332.** Aufgrund des Zusammenwirkens von Beitragsbemessungsgrenze, fehlenden Freibeträgen und dem vorwiegenden Einbezug von Arbeitseinkommen ist die **Belastungswirkung der Beitragssätze nicht einheitlich**: Bis zur Beitragsbemessungsgrenze [↘ GLOSSAR](#) wirken die Beiträge proportional zum Einkommen. Oberhalb der Bemessungsgrenze tritt jedoch eine regressive Wirkung ein, da zusätzliche Einkommen nicht mehr zur Finanzierung herangezogen werden und die durchschnittliche Belastung mit steigendem Einkommen sinkt.
- 333. Steigende Beitragssätze können die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen.** [↘ ZIFFERN 113 FF.](#) Sie dämpfen bei unvollständiger Überwälzung das Wachstum der verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte und erhöhen zugleich die Arbeitskosten der Unternehmen. Dadurch werden sowohl das Arbeitsangebot und der Konsum der privaten Haushalte als auch die Arbeitsnachfrage der Unternehmen gebremst, was das Wirtschaftswachstum insgesamt schwächt. In international exponierten Sektoren verschlechtert sich zudem die preisliche Wettbewerbsfähigkeit, was Investitionen und Standortentscheidungen negativ beeinflussen kann. Gleichzeitig wird über geringere Bemessungsgrundlagen das Aufkommen einkommensbezogener Steuern gemindert, was zu fiskalischen Einbußen führt. Außerdem könnte es zu einem Ausweichverhalten bei freiwillig GKV- und damit auch SPV-Versicherten kommen, indem sie sich eher für eine risikobasierte private Kranken- und Pflegeversicherung entscheiden und sich so dem Solidarsystem entziehen.

VI. REFORMOPTIONEN FÜR EINE NACHHALTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGE

334. Bisherige Reformen in der Pflege konzentrierten sich vor allem auf eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Die damit verbundenen Mehrausgaben wurden über das Umlagesystem durch Beitragssatzerhöhungen und damit vor allem von den jüngeren Generationen finanziert. Die Ausgabenentwicklung wurde jedoch regelmäßig unterschätzt, was weitere Anpassungen des Beitragssatzes nötig machte. [↘ ZIFFER 304](#) Zuletzt wurde über das Abschmelzen der Reserven der Pflegekassen das Finanzierungsproblem in die Zukunft verschoben. **Strukturelle Reformen zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der SPV blieben bisher aus.** [↘ PLUSTEXT 4](#) Eine Ausnahme hiervon ist der im Jahr 2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds (PVF), dessen Ausgestaltung jedoch erhebliche Schwächen aufweist. [↘ ZIFFER 309](#) Erste Vorschläge für Reformen in der Versorgung und der Finanzierung der Pflegeversicherung hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ im Dezember 2025 vorgelegt. [↘ KASTEN 21 ANHANG](#)
335. **Der Sachverständigenrat konzentriert sich in diesem Abschnitt auf Reformoptionen, die unter den veränderten Finanzierungsbedingungen** sowohl den Anforderungen der Generationengerechtigkeit gerechter werden als auch eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und dabei die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile stärken. Dabei besteht jedoch ein Zielkonflikt zwischen dem Umfang der Leistungen der SPV, der Höhe des Beitragssatzes und der Höhe der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Eine einzelne Maßnahme kann diesen Zielkonflikt nicht lösen, vielmehr ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig. Die grundsätzliche Ausrichtung der SPV als Teilversicherungssystem sollte beibehalten werden.
336. Zur Begrenzung des Ausgabenwachstums sollte zunächst der Zugang zu Leistungen der SPV wieder stärker an das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 fachlich empfohlene Niveau angepasst werden. [↘ ZIFFERN 339 FF.](#) Dies würde sowohl die Anzahl der Anspruchsberechtigten als auch die durchschnittliche Einstufung der Pflegebedürftigkeit reduzieren. Darüber hinaus sollten Leistungen mit geringer Zielgenauigkeit nicht mehr von der SPV übernommen werden. Dazu zählen insbesondere der Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung [↘ ZIFFER 349](#) sowie der Entlastungsbetrag [↘ ZIFFER 342](#) über alle Pflegegrade hinweg. Ergänzend könnte durch die Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung innerhalb der SPV das derzeitige Leistungsniveau gesichert und die Verteilung der finanziellen Lasten generationengerechter gestaltet werden. [↘ ZIFFERN 354 FF.](#)
337. Eine günstige **Ausgabenentwicklung** der SPV sollte auch über eine systematische Ergänzung der pflegerischen Versorgung um **präventive Ansätze** erreicht werden. Diese sollten das Ziel verfolgen, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit zu verringern, die Pflegebedürftigkeit zeitlich zu verzögern und den Übergang in schwerere Pflegegrade zu begrenzen. Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgeschlagenen freiwilligen regelmäßigen

Vorsorgeuntersuchungen im Sinne eines Gesundheits-Check-ups könnten frühzeitig gesundheitliche Risiken identifizieren und die Einleitung präventiver Maßnahmen ermöglichen (BMG, 2025d). International wurden mit vergleichbaren Monitoring-Instrumenten (z. B. präventive Hausbesuche) günstige Wirkungen auf den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und auf die Kosteneffektivität verzeichnet (Liimatta et al., 2019; Bannenberg et al., 2021; OECD, 2025). Darüber hinaus gelten zur Prävention von Pflegebedürftigkeit insbesondere Maßnahmen zur Förderung körperlicher und kognitiver Aktivität, sozialer Teilhabe sowie einer gesundheitsförderlichen Ernährung als wirksam (Kuhlmey und Budnick, 2024).

338. Zur Stärkung der Einnahmenseite der SPV bieten sich in erster Linie Reformen an, die eine Steigerung des Arbeitsvolumens begünstigen. [↪ ZIFFER 159](#) Bei weiteren Maßnahmen müssen ähnliche Abwägungen wie in der GKV getroffen werden. Zusätzliche Einnahmen könnten über eine Beitragspflicht für bisher beitragsfrei versicherte Ehepartner ohne jüngere Kinder generiert werden. [↪ ZIFFER 260](#) Die aktuell diskutierte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze [↪ GLOSSAR](#) für die Pflegeversicherung könnte ebenfalls die Einnahmen steigern, ginge jedoch auch mit verstärkten Ausweichenreizen bei höheren Einkommen, verfassungsrechtlichen Fragestellungen sowie einer weiter zunehmenden steuerähnlichen Ausgestaltung der Finanzierung einher. [↪ ZIFFER 262](#) Auch ein Einbezug von allen neuen Beamtinnen und Beamten könnte die Einnahmen erhöhen und damit den Beitragssatz der SPV im Zeitverlauf graduell senken. [↪ ABBILDUNG 77 ANHANG](#) Dies ginge jedoch mit erheblichen fiskalischen Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte in einer langen Übergangsphase einher. [↪ ZIFFER 263](#)

Analog zu den anderen Sozialversicherungszweigen sollten gesamtgesellschaftliche Aufgaben der SPV klar abgegrenzt und steuerfinanziert werden. [↪ ZIFFER 154](#) Aus Sicht des Sachverständigenrates zählt hierzu die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern während der ersten Jahre der Kindererziehung. [↪ ZIFFER 154](#) Außerdem erscheint die einmalige Erstattung der Mehrausgaben durch die Corona-Pandemie sachgerecht. [↪ ZIFFER 303](#)

1. Zugang zu Leistungen und Leistungsumfang der SPV korrigieren

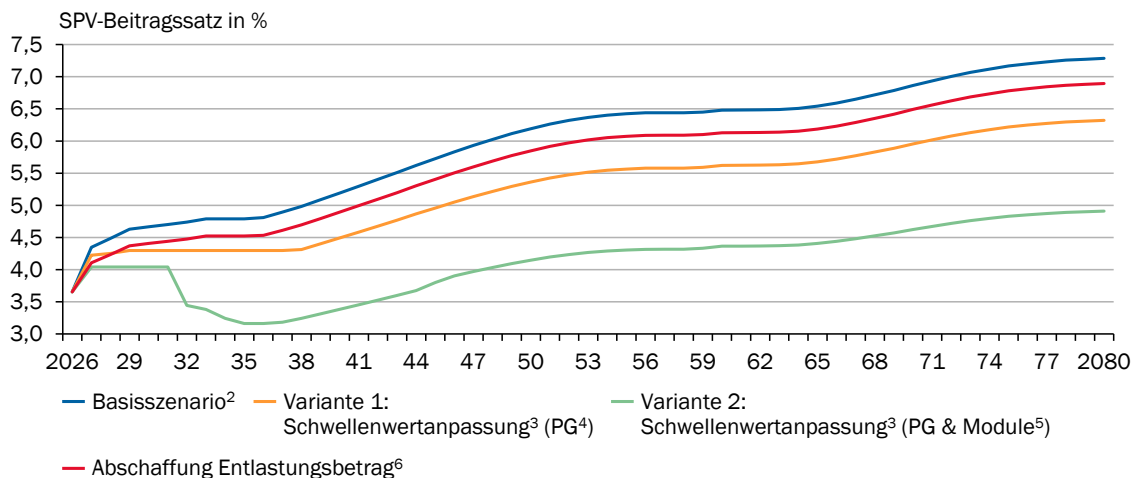
339. Die PSG-II-Reform hat sowohl den Zugang zu Leistungen der SPV vereinfacht als auch den Umfang der Leistungen ausgeweitet. Dies hat zu einem erheblichen Ausgabenanstieg geführt. Ein erster Ansatzpunkt zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung der SPV sollte daher eine kritische Überprüfung dieses Leistungskatalogs sein.
340. So ist der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung und das Erreichen höherer Pflegegrade mit der PSG-II-Reform stärker erleichtert worden, als dies pflegewissenschaftlich begründbar wäre. [↪ ZIFFER 304](#) Ein wesentlicher Beitrag zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung der SPV sollte daher sein, für alle künftigen Erstanträge und Höherstufungen die **Schwellenwerte** an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 [↪ PLUSTEXT 17](#) fachlich empfohlenen Werte anzupassen und damit

zu erhöhen, wie auch von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgeschlagen. [KASTEN 21 ANHANG](#) Dies würde den Zugang zu Leistungen der SPV begrenzen und so das jährliche Wachstum der Anzahl an Pflegebedürftigen dämpfen. Gleichzeitig würde dies den Wechsel in höhere Pflegegrade mit entsprechend höheren Leistungsansprüchen erschweren und sich dadurch dämpfend auf die Ausgaben der SPV auswirken.

341. Die **Effekte einer solchen Reform** auf den Beitragssatz hat der Sachverständigenrat auf Basis von zwei Varianten simuliert. [ABBILDUNG 72](#) In der ersten Variante wird lediglich der Schwellenwert erhöht, der für die Erreichung der Pflegegrade 1 bis 3 maßgeblich ist. In der zweiten Variante werden zusätzlich die Schwellenwerte innerhalb der Module des NBA angehoben. Beide Anpassungen wirken sich sowohl darauf aus, ob ein Pflegegrad erreicht wird, als auch darauf, wie hoch die Pflegebedürftigkeit eingestuft wird. In beiden Varianten ergeben sich nachhaltig dämpfende Effekte auf den Beitragssatz. Dieser liegt im Jahr 2040 in der ersten Variante mit 4,5 % rund 0,7 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios. Noch günstigere Effekte zeigen sich bei der zweiten Variante. Der Beitragssatz läge bei dieser Variante im Jahr 2040 mit 3,4 % sogar unterhalb des heutigen Niveaus von 3,7 % und rund 1,8 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios.

[ABBILDUNG 72](#)

Beitragssatzentwicklung bei Anpassung von Zugang¹ und Leistungen der SPV



1 – Die Abschätzung der Effekte beruht auf einer dem Sachverständigenrat zur Verfügung gestellten Sonderauswertung des Medizinischen Dienstes zu allen Erstgutachten bei Antragstellenden ab dem 18. Lebensjahr im Jahr 2024. 2 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttoentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 3 – Im Modell werden Beitragssatzsenkungen erst vorgenommen, nachdem die Reserven der SPV wieder aufgefüllt worden sind. Folglich tritt der Rückgang des Beitragssatzes nicht unmittelbar, sondern mit zeitlicher Verzögerung ein. 4 – Die Schwellenwerte der Pflegegrade (PG) legen fest, ab welchem Punktwert Pflegebedürftige dem jeweiligen Pflegegrad zugeordnet werden. In diesem Szenario werden die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 bis 3 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 5 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 6 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen.

Quellen: BMG, Medizinischer Dienst Bund, SIM.24, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-123-01

342. Der mit der PSG-II-Reform im Jahr 2017 in allen Pflegegraden eingeführte **Entlastungsbetrag** für die häusliche Pflege (§ 45b SGB XI) sollte abgeschafft werden. Dafür sprechen insbesondere Überschneidungen mit den Pflegesachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5 (§ 45a Abs. 4 SGB XI) und bürokratische Kosten bei der Anerkennung als Betreuungsdienst und durch das Kostenerstattungsprinzip (Helms und Röder, 2024; Arentz und Wasem, 2026).

Beim Pflegegrad 1 kann aufgrund der lediglich geringen Beeinträchtigungen infrage gestellt werden, ob der Entlastungsbetrag zur Erhaltung der Selbständigkeit unbedingt notwendig ist. Eine Umfrage unter Gutachterinnen und Gutachtern des medizinischen Dienstes der Privaten Krankenversicherungen legt nahe, dass das Hauptmotiv für einen Pflegeantrag von Personen mit geringen Einschränkungen das Erlangen von Geldleistungen ist (Medicproof, 2024). Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nehmen könnten (z. B. Rehabilitation oder Heilmittel), scheinen für die Antragstellenden dagegen nicht von Interesse zu sein. Ob die Leistungen des Pflegegrads 1 das intendierte Ziel der frühzeitigen Unterstützung und des wirkungsvollen Einsatzes von präventiven Maßnahmen überhaupt erreichen, kann daher infrage gestellt werden (Wasem et al., 2025). Rund 36 % der Gutachterinnen und Gutachter geben an, dass Personen mit Pflegegrad 1 keine Leistungen der Pflegeversicherung benötigen (Medicproof, 2024). Eine vollständige Abschaffung des Entlastungsbetrags würde nach Berechnungen des Sachverständigenrates den Beitragssatz im Jahr 2040 um bis zu 0,3 Prozentpunkte gegenüber dem Basisszenario senken können. [↘ ABBILDUNG 72](#)

2. Teilversicherungssystem beibehalten

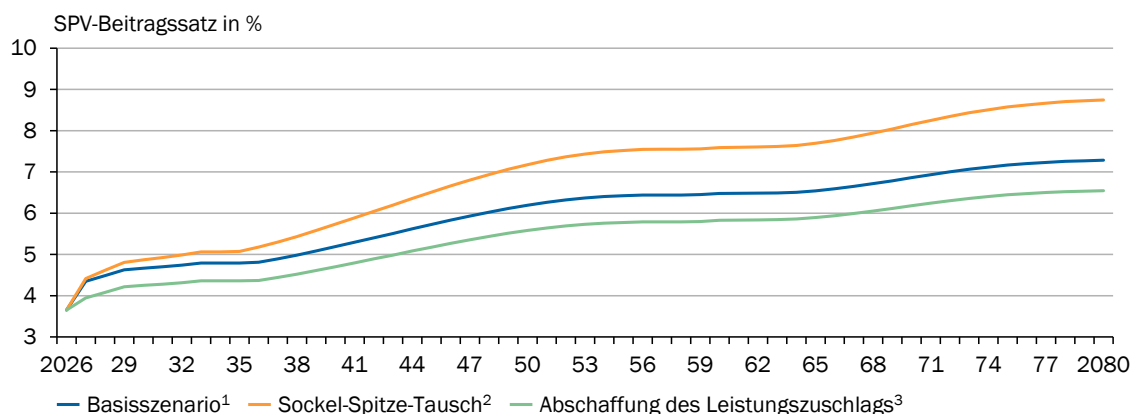
343. **Die SPV ist als Teilversicherungssystem konzipiert und sieht als solche eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen vor.** Diese Systementscheidung trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegebedürftigkeit zwar ein hohes, aber in der Regel zeitlich begrenztes Lebensrisiko darstellt, dessen Kosten von weiten Teilen der Bevölkerung selbst getragen und durch eigene Vorsorge abgesichert werden können. Es ist deshalb nicht notwendig, sie vollständig zu kollektivieren. Die Leistungen der SPV wurden in der Vergangenheit unregelmäßig und mit der PSG-II-Reform zuletzt sprunghaft ausgeweitet, vor allem in der häuslichen Versorgung. [↘ ZIFFER 305](#) Insbesondere die Leistungen in der stationären Versorgung haben nicht mit der Kostenentwicklung Schritt gehalten. Dies hat zu einem kontinuierlichen Anstieg der Eigenanteile in der stationären Versorgung geführt. [↘ ZIFFER 313](#) Auch in der häuslichen Pflege sind die Eigenanteile zuletzt gestiegen, liegen aber auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. [↘ ZIFFER 312](#) Dies liegt maßgeblich an dem hohen Anteil und der Ausweitung der informellen Pflege, deren Kosten nicht monetär bewertet werden. [↘ ZIFFERN 321 FF.](#)
344. Um die steigenden Eigenanteile in der stationären Versorgung abzusenken oder ihren weiteren Anstieg zu begrenzen, wird von Wohlfahrtsverbänden vorgeschlagen, die SPV zu einer **Vollversicherung** auszubauen (Paritätischer Gesamtverband, 2026; VdK, 2026). Rothgang und Domhoff (2025) simulieren im Auftrag

dieser Verbände eine solche Reform unter Annahme der vollständigen Übernahme der pflegebedingten Kosten in der stationären Versorgung und der Gewährung zusätzlicher Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege in Höhe von monatlich 230 oder 360 Euro zur Deckung der dort anfallenden Eigenanteile. [↪ ZIFFER 312](#) Nach diesen Simulationen müsste der Beitragssatz bei einer solchen Vollversicherung je nach Höhe der Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege um 1 bis 1,3 Beitragssatzpunkte ansteigen. Anstelle einer Erhöhung der Beitragssätze für die SPV-Versicherten wird eine Erweiterung des Versichertenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung (Bürgerversicherung) und auf alle Einkommensarten sowie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze [↪ GLOSSAR](#) auf das Niveau der GRV vorgeschlagen.

345. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ [↪ KASTEN 21 ANHANG](#) diskutiert zwei Optionen zur Begrenzung der Eigenanteile: Die Einführung eines Sockel-Spitze-Tauschs oder die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen (BMG, 2025a). Eine Dynamisierung der Leistungen anhand der Bruttolohnentwicklung und damit ein konstantes Leistungsniveau der SPV hat der Sachverständigenrat in seinem Basisszenario bereits unterstellt. [↪ ZIFFER 329](#) Im Folgenden wird deshalb betrachtet, wie sich im Unterschied dazu ein Sockel-Spitze-Tausch auf die Beitragssatzentwicklung auswirken würde.
346. Bei einem **Sockel-Spitze-Tausch** würden Pflegebedürftige lediglich einen Sockelbetrag zahlen, während die Pflegeversicherung die darüber hinausgehenden pflegebedingten Kosten übernimmt. Im Vergleich zum Status Quo würde dies die Finanzierungslasten der Pflegebedürftigen einerseits und der Pflegeversicherung bzw. der Beitragszahlenden andererseits umdrehen. Die Auswirkungen dieses Modells auf die Ausgaben und den Beitragssatz der SPV hängen maßgeblich von zwei Faktoren ab: Der Höhe des Sockels und inwiefern eine regelbasierte Fortschreibung des Sockels (z. B. anhand der Preis- oder Lohnentwicklung) erfolgt. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ schlägt einen Sockel in Höhe von 1 200 Euro vor. Damit läge der Sockel erheblich unter den pflegebedingten Eigenanteilen, die heute in stationären Pflegeeinrichtungen gezahlt werden müssen (BMG, 2025a). [↪ ZIFFER 313](#) Der Sockel soll außerdem analog zu den jährlichen Rentenanpassungen fortgeschrieben werden.
347. Der Sachverständigenrat hat in seinen **Simulationen** berechnet, wie sich ein **Sockel-Spitze-Tausch** auf den Beitragssatz auswirkt. Grundlage ist ein Sockel von 1 762 Euro, entsprechend den im Jahr 2024 geltenden pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Versorgung und damit höher als der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Sockel von 1 200 Euro. [↪ ZIFFER 313](#) Der Sockel bleibt dabei für den gesamten Simulationszeitraum nominal fixiert. Dies führt zu einer vollständigen Verlagerung künftiger Kostenanstiege auf die SPV und erhöht den Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario mit Dynamisierung der Leistungen anhand der Bruttolohnentwicklung deutlich. [↪ ABBILDUNG 73](#) Durch eine solche Reform würde dieser im Jahr 2040 mit 5,7 % um rund 0,5 Beitragssatzpunkte höher liegen als im Basisszenario. Eine zusätzliche Absenkung der Eigenanteile über einen entsprechend geringer gewählten Sockel würde die Beitragssätze noch stärker steigern.

▸ **ABBILDUNG 73**

Beitragssatzentwicklung infolge einer Reform der Eigenbeteiligung



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Unter Annahme einer nominalen Festschreibung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen (Sockel) auf das Niveau des Jahres 2024. 3 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-122-01

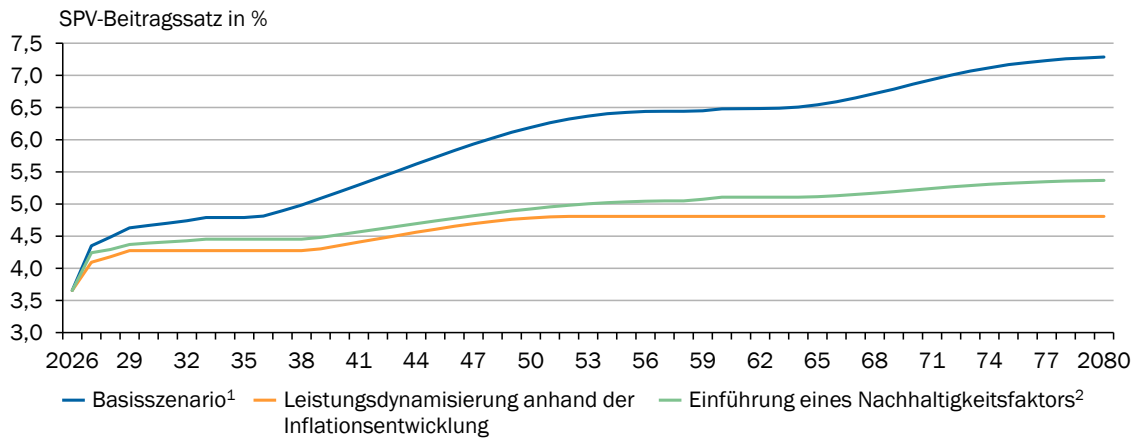
- 348.** Begründet wird die Forderung nach einer **Absenkung der Eigenanteile** mit dem Schutz vor finanzieller Überforderung der Pflegebedürftigen. Empirisch ist jedoch nicht hinreichend belegt, dass die Eigenanteile in der Pflege zu einer finanziellen Überforderung großer Teile der Pflegebedürftigen führen. Tatsächlich wurden im Jahr 2023 nur rund 17 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen versorgt und waren damit von den Eigenanteilen der stationären Versorgung betroffen. Davon bezogen rund 34 % „Hilfe zur Pflege“. [▸ ZIFFERN 289 UND 319](#) Zudem verfügt der überwiegende Teil der über 65-Jährigen kurz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit über nennenswerte Vermögensbestände, die für die Finanzierung der Pflegekosten herangezogen werden können. [▸ ZIFFER 315](#) Eine Absenkung der Eigenanteile würde diese Vermögen auf Kosten der Beitragszahlenden und zugunsten möglicher Erbinnen und Erben schützen. Zudem kann das finanzielle Risiko durch Abschluss einer privaten Pflegeversicherung versichert werden. Hilfe bei finanzieller Überforderung wird schließlich über die „Hilfe zur Pflege“ staatlich garantiert, die bedarfsgeprüft gewährt wird. [▸ ZIFFER 320](#)
- 349.** Der im Jahr 2022 eingeführte **Leistungszuschlag** zur Begrenzung des Eigenanteils in der vollstationären Pflege (§ 43c SGB XI) **sollte daher wieder abgeschafft werden**. Dieser adressiert finanzielle Überforderung nicht zielgenau, weil keine Einkommens- und Vermögensprüfung erfolgt. Außerdem behindert der Leistungszuschlag systematisch den Einsatz innovativer Versorgungskonzepte, wie z. B. der „stambulanten“ Pflege, da Pflegebedürftige in dieser hybriden Wohnform nicht anspruchsberechtigt sind und dementsprechend höhere Eigenanteile als in einer vollstationären Unterbringung zu zahlen haben. [▸ KASTEN 18](#) Eine Abschaffung des Leistungszuschlags würde über eine höhere Eigenbeteiligung das Subsidiaritätsprinzip der SPV stärken. [▸ ZIFFER 297](#) Gleichzeitig könnten Anreize für eine frühzeitige Vermögensübertragung steigen, um im Pflegefall als

bedürftig zu gelten. Derzeit sind Schenkungen, die länger als 10 Jahre zurückliegen, vor Rückforderungen der Sozialämter geschützt (§ 528 BGB). Um dem entgegenzuwirken, könnte diese Frist ausgeweitet werden.

- 350. Eine zielgenaue Adressierung finanzieller Überforderung aufgrund von Pflegebedürftigkeit erfolgt bereits heute durch eine strenge Bedarfsprüfung bei der „Hilfe zur Pflege“.** [↘ ZIFFER 320](#) Auch international sind Finanzierungshilfen im Pflegeheimkontext meist an eine Einkommensprüfung und teilweise auch an eine Vermögensprüfung gekoppelt (OECD, 2024). Die Abschaffung des Leistungszuschlags würde zu einer Kosten- und Lastverschiebung zu den kommunalen Trägern der „Hilfe zur Pflege“ führen. Im Jahr der Einführung des Leistungszuschlags haben sich die Ausgaben für „Hilfe zur Pflege“ um 1,2 Mrd Euro reduziert. Mit steigenden Fallzahlen würde auch das administrative Prüfaufkommen bei den Sozialhilfeträgern zunehmen. Die Bearbeitungszeit der Anträge auf „Hilfe zur Pflege“ unterscheidet sich zwischen den Sozialämtern stark (Landtag BW, 2025; Schober, 2025). Personalmangel, fehlende Belege und analoge Prozesse verzögern die Bearbeitung maßgeblich (Kloss, 2025). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach einer geeigneten Gegenfinanzierung und dem administrativen Umgang mit den höheren Fallzahlen.
- 351. Zur finanziellen Entlastung der kommunalen Träger könnte auf der Länderebene ein bedarfsgeprüftes Pflegewohngeld eingeführt werden,** wie es bereits in einzelnen Ländern existiert. Dieses entlastet Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ganz oder teilweise davon, den Investitionskostenanteil selbst zu tragen. Damit adressiert es neben dem Wohngeld-Plus, das auf die Belastung durch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung abzielt, [↘ ZIFFER 319](#) einen weiteren Kostenfaktor in der vollstationären Pflege und reduziert dadurch zielgenau die Inanspruchnahme von „Hilfe zur Pflege“. Dies würde dem Umstand Rechnung tragen, dass die Länder bislang unzureichend, uneinheitlich und wenig zielgerichtet ihrer Verpflichtung zur Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur nachkommen. [↘ ZIFFER 290](#) Die Bürokratiebelastung sollte durch die Umsetzung des Once-Only-Prinzips und eine konsequente Digitalisierung beschränkt werden (FG 2025 Ziffer 228).
- 352. Der künftige Anstieg der Eigenanteile sollte über eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen der SPV begrenzt und planbar werden.** Derzeit ist gesetzlich lediglich eine Anpassung der Leistungen im Jahr 2028 vorgesehen, die sich an der Preisentwicklung orientieren soll. [↘ ZIFFER 305](#) Darüber hinaus findet sie nicht automatisch statt. Die Pflegekosten folgen aufgrund des hohen Lohnanteils eher der Lohn- als der Preisentwicklung. Da die Löhne in der Regel stärker steigen als die Preise, kommt es nach geltendem Recht zwangsläufig zu einer Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung und damit zu im Zeitverlauf steigenden Eigenanteilen. Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass sich eine reine Inflationsindexierung im Vergleich zum Basisszenario mit Lohnindexierung aufgrund des sinkenden Leistungsniveaus und steigender Eigenanteile günstig auf den Anstieg der Beitragssätze auswirkt. [↘ ABBILDUNG 74](#) Im Jahr 2040 dürfte der Beitragssatz mit 4,4 % rund 0,8 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios liegen. Gleichzeitig verringert sich das Leistungsniveau im Vergleich zum Basisszenario bis zum Jahr 2060 um rund 30 %.

▸ **ABBILDUNG 74**

Beitragssatzentwicklung bei verschiedenen Leistungsdynamisierungen



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-121-01

353. Die Verteilung der finanziellen Lasten der demografischen Alterung zwischen Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden könnte stattdessen über die **Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors** gesteuert werden. Ähnlich wie in der GRV könnte dieser bei der regelbasierten Dynamisierung der Leistungen die Anpassungen in Abhängigkeit von der Versichertenstruktur (Veränderung des Verhältnisses von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlenden) dämpfen und so einen intergenerationellen Lastenausgleich herstellen. In den darauf basierenden Simulationen des Sachverständigenrates wird unterstellt, dass Änderungen der Versichertenstruktur zur Hälfte von den Beitragszahlenden (über steigende Beitragssätze) und zur anderen Hälfte von den Pflegebedürftigen (über einen geringeren Anstieg der Leistungen) getragen werden. ▸ **ABBILDUNG 74** Dieses Szenario würde über ein bis zum Jahr 2060 um rund 20 % sinkendes Leistungsniveau und steigende Eigenanteile die künftige Beitragssatzentwicklung ebenfalls merklich dämpfen. Im Jahr 2040 dürfte der Beitragssatz mit 4,5 % rund 0,7 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios liegen.

3. Kapitaldeckung in der SPV stärken

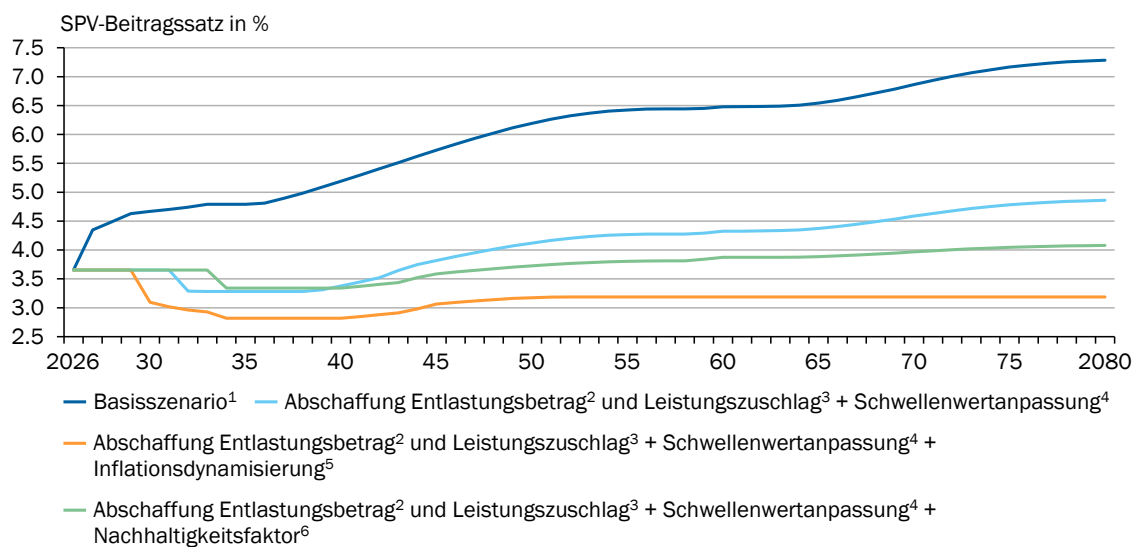
354. Die Einführung der SPV im Jahr 1995 führte für die älteren Geburtsjahrgänge, allen voran die damals bereits anerkannten Pflegebedürftigen, zu erheblichen Einführungsgewinnen. Sie hatten in ihrem Erwerbsleben bis zu diesem Zeitpunkt keine Beiträge entrichtet, konnten aber unmittelbar von den Leistungen der SPV profitieren. Die Leistungsausweitungen in der SPV, insbesondere das PSG II, haben die nachfolgenden Generationen durch stetig steigende Beitragssätze immer stärker an der Finanzierung beteiligt. ▸ **ABBILDUNG 35** Die demografische Alterung wird künftig zu einem weiter steigenden Beitragssatz führen. Selbst eine Kombi-

nation der ausgabendämpfenden Maßnahmen kann hieran langfristig nichts ändern. [↘ ABBILDUNG 75](#) Kurzfristig käme es zwar zu einer deutlichen Absenkung des Beitragssatzniveaus und zu einer annähernden Stabilisierung bis zum Jahr 2040. Danach setzt sich die Entwicklung jedoch ähnlich wie im Basisszenario fort. Durch den langfristigen Beitragssatzanstieg steigt die Belastung für die jüngeren Generationen weiter an und die intergenerationelle Lastenverteilung verschärft sich.

Eine Kombination ausgabendämpfender Maßnahmen mit einer von der Lohnentwicklung abweichenden Dynamisierung der Leistungen der SPV könnte den Beitragssatz langfristig nahezu stabilisieren. [↘ ABBILDUNG 75](#) Dies ginge aber mit einem sinkenden Leistungsniveau und steigenden Eigenanteilen einher. Um das **Leistungsniveau der SPV** nach ausgabendämpfenden Reformen **zu stabilisieren und eine generationengerechte Finanzierung zu gewährleisten, eignet sich die Stärkung kapitalgedeckter Elemente in der SPV**, deren Beiträge kohortenspezifisch ausgestaltet werden sollten.

[↘ ABBILDUNG 75](#)

Beitragssatzentwicklung bei einer Kombination der ausgabendämpfenden Reformen



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen. 3 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI. 4 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 5 – Leistungsdynamisierung anhand der Preisentwicklung. 6 – Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-143-01

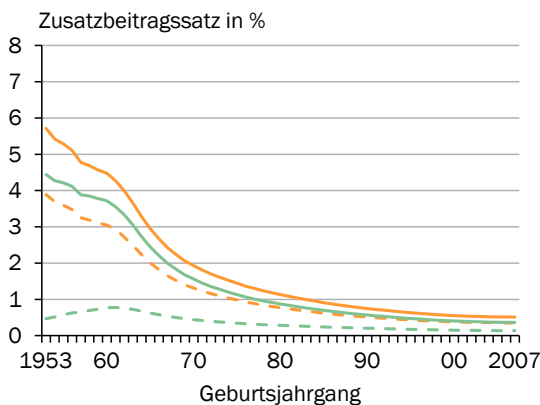
355. Anders als in den anderen Sozialversicherungszweigen gibt es in der SPV mit dem Pflegevorsorgefonds (PVF) [↘ ZIFFER 309](#) bereits einen institutionellen Ansatzpunkt für eine solche Kapitaldeckung. Allerdings weist der PVF in seiner derzeitigen Ausgestaltung grundlegende konzeptionelle und institutionelle Schwächen auf (Breyer und Janeba, 2025). [↘ ZIFFER 309](#) Der Fonds ist als temporäre Demografie-reserve ausgestaltet und auf eine schrittweise Auflösung angelegt, die bereits Mitte der 2030er-Jahre beginnt. [↘ ZIFFER 309](#) Vor diesem Hintergrund bietet der bestehende Fonds keinen geeigneten Ausgangspunkt für eine Reform. Die Kapitaldeckung in der Pflege sollte stattdessen durch den Aufbau eines neuen, strukturell anders ausgestalteten Kapitalstocks weiterentwickelt und hierfür ein **PVF II** eingerichtet werden (Pimpertz, 2020; Breyer, 2025).
356. Die erforderliche Größenordnung des Kapitalstocks ergibt sich aus der Finanzierungslücke, die bei einer Dämpfung des Beitragssatzes entstehen würde. Diese Dämpfung des Beitragssatzes im Umlagesystem kann über eine Fixierung des Beitragssatzes erfolgen, was zu einem stark sinkenden Leistungsniveau führt. Sie kann auch über eine regelbasierte Anpassung des Leistungsniveaus erfolgen, etwa durch eine Orientierung an der Preisentwicklung oder die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors. [↘ ZIFFERN 352 F.](#) **Die jeweils resultierende Lücke im Leistungsniveau kann dann durch kapitalgedeckte Elemente geschlossen werden**, indem die angesparten Mittel und Erträge aus dem Kapitalstock ergänzend zur Umlagefinanzierung eingesetzt werden. Die Kapitaldeckung würde damit eine Stabilisierung des Leistungsniveaus bei gegebenem Beitragssatz ermöglichen.
357. Der PVF II sollte im Sinne einer **kohortenspezifischen Kapitaldeckung** organisiert werden, um der ungleichen Belastung der Generationen durch Einführungsgewinne und die künftige demografische Alterung entgegenzuwirken. [↘ ZIFFER 354](#) Dabei würden zusätzliche Beiträge generationenspezifisch angespart und später zur Finanzierung der Pflegeausgaben dieser jeweiligen Kohorte verwendet (Breyer, 2025). Dies ermöglicht eine stärkere Orientierung am Prinzip der Generationengerechtigkeit. Die Verknüpfung von Einzahlungen und späteren Leistungen ist deutlicher, sodass die Finanzierungslasten stärker verursachungsgerecht verteilt werden. Dies stellt sicher, dass auch die Babyboomer-Generation noch zur Finanzierung der von ihnen verursachten Finanzierungslasten beiträgt.
358. Eine kohortenspezifische Kapitaldeckung gleicht den intergenerationellen Nachteil aus, der in einem rein umlagefinanzierten System dadurch entsteht, dass ein Teil des Generationenvertrags (Erziehung von Kindern, die später das Umlagesystem finanzieren) nur unzureichend erfüllt wird. Bei der kohortenspezifischen Kapitaldeckung erfolgt die **einkommensbezogene Umverteilung** primär innerhalb der jeweiligen Kohorten (**intragenerationell**). Zudem kann das **Risiko einer fehlenden Zweckbindung** der Mittel durch eine kohortenspezifische Kapitaldeckung reduziert werden, da eine eindeutige Zuordnung der Mittel zu bestimmten Anspruchsgruppen die politische Zugriffsmöglichkeit stärker begrenzen dürfte als dies beim bisherigen PVF der Fall war (Breyer, 2024).

359. Für den kohortenspezifischen PVF II sollte eine stärker **langfristig ausgerichtete Anlagestrategie mit breiter internationaler Diversifizierung und einem höheren Anteil an Aktien** gewählt werden. Dies könnte die langfristige Rendite deutlich erhöhen, ohne die langfristige Stabilität der Finanzierung zu gefährden. Durch ihren langen Anlagehorizont verfügt die Kapitaldeckung in der Pflege über eine hohe Risikotragfähigkeit. Eine überwiegend konservative Anlagepolitik nutzt diesen strukturellen Vorteil nicht ausreichend aus. Die bisherige Anlagestrategie des PVF sieht nur einen geringen Aktienanteil vor und vergibt dadurch Ertragschancen der Kapitaldeckung. [↪ ZIFFER 309](#)
360. Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass die zur Stabilisierung des Leistungsniveaus der SPV erforderlichen **kohortenspezifischen Zusatzbeiträge im PVF II stark vom Geburtsjahrgang abhängen**. [↪ ABBILDUNG 76](#)

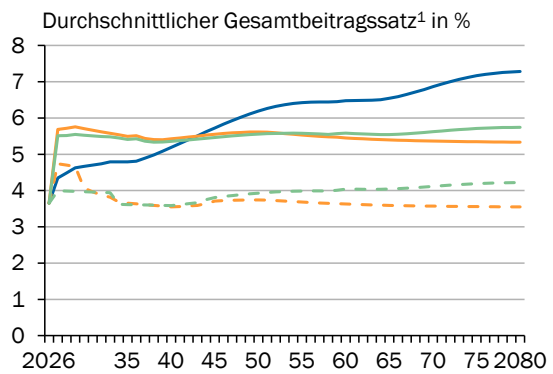
[↪ ABBILDUNG 76](#)

Beitragssatzentwicklung bei der Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung zum Ausgleich eines sinkenden Leistungsniveaus der SPV

Zusatzbeiträge nach Geburtsjahrgängen



Entwicklung des durchschnittlichen Gesamtbeitragssatzes¹ zur SPV (Umlagebeitragssatz + Zusatzbeitragssatz)



- Basisszenario²
- Inflationisdynamisierung³ - - - Inflationisdynamisierung³ kombiniert mit Abschaffung Entlastungsbetrag⁴ und Leistungszuschlag⁵ + Schwellenwertanpassung⁶
- Nachhaltigkeitsfaktor⁷ - - - Nachhaltigkeitsfaktor⁷ kombiniert mit Abschaffung Entlastungsbetrag⁴ und Leistungszuschlag⁵ + Schwellenwertanpassung⁶

1 – Gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Gesamtbeitragssätze mit der Kohortenstärke (Anzahl der Versicherten je Altersjahr) als Gewicht. 2 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Brutto Lohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 3 – Kohortenspezifische Kapitaldeckung mit Inflationisdynamisierung. 4 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen. 5 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI. 6 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 7 – Kohortenspezifische Kapitaldeckung mit Lohndynamisierung und Nachhaltigkeitsfaktor. Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-124-02

LINKS Für die ab dem Jahr 1953 bis Mitte der 1960er-Jahre Geborenen liegen diese – je nach Ausgestaltung der Leistungsanpassung – bei etwa 3 % bis 6 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Für nachfolgende Generationen reduziert sich der zusätzliche Beitrag deutlich und liegt für ab dem Jahr 1980 Geborene unter 1 %. Aufgrund der vergleichsweise hohen Zusatzbeiträge der geburtenstarken Jahrgänge läge der durchschnittliche Gesamtbeitragssatz zur SPV (Beitragssatz zum Umlageverfahren + kohortengewichteter Zusatzbeitrag zur Kapitaldeckung) zunächst oberhalb des Basisszenarios. **↘ ABBILDUNG 76 RECHTS** Ab Anfang der 2040er-Jahre kehrt sich dies um, und die durchschnittliche Gesamtbelastung entwickelt sich vergleichsweise günstig.

- 361. Ab einem Lebensalter von 75 Jahren** (Geburtsjahr 1952) steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, stark an. Für diese Personen bleibt nicht mehr genügend Zeit für den Aufbau eines nennenswerten Kapitalstocks zur vollständigen Finanzierung der Lücke im Leistungsniveau. Die dafür erforderlichen Zusatzbeitragssätze wären aufgrund der kurzen Ansparphase und dem geringen Ertragspotenzial sehr hoch. Stattdessen könnte auch für die über 74-Jährigen ein Zusatzbeitrag in Höhe des Satzes für 74-Jährige erhoben werden. Die verbleibende Leistungslücke ließe sich durch die angesparten Mittel des bisherigen PVF decken. **↘ ZIFFERN 309 F.** Ihm sollten mit Einführung des PVF II dann keine weiteren Mittel mehr zugeführt werden.
- 362. Die erforderlichen kohortenspezifischen Zusatzbeiträge lassen sich deutlich reduzieren, wenn die Kapitaldeckung mit den weiteren in diesem Kapitel thematisierten Handlungsoptionen kombiniert wird.** Durch die Kapitaldeckung wird die durch die Einführung einer Inflationsindexierung oder eines Nachhaltigkeitsfaktors entstehende Lücke im Leistungsniveau kompensiert. Werden zusätzlich die Abschaffung des Entlastungsbetrags **↘ ZIFFER 342** und der Leistungszuschläge **↘ ZIFFER 349** sowie die Erhöhung der Schwellenwerte an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 **↘ PLUSTEXT 17** fachlich empfohlenen Werte **↘ ZIFFERN 304 FF.** umgesetzt, verringert sich die zu schließende Leistungsniveaulücke und damit auch der erforderliche Umfang der Kapitaldeckung. **↘ ABBILDUNG 75** Dies zeigt sich insbesondere bei älteren Kohorten. Die Zusatzbeiträge fallen in der kombinierten Reform deutlich niedriger aus als in der isolierten Variante der kohortenspezifischen Kapitaldeckung. **↘ ABBILDUNG 76 LINKS**

So sinken die erforderlichen Zusatzbeiträge für die geburtenstarken Jahrgänge der späten 1950er- und frühen 1960er-Jahre unter Inflationsindexierung auf rund 3 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Bei Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors liegen die Zusatzbeiträge noch niedriger und gehen für ältere Kohorten auf unter 1 % zurück. Die Anpassung der Schwellenwerte führen im Vergleich zum Basisszenario zu einer günstigeren Entwicklung des Verhältnisses der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden. Dadurch wird die Leistungsdynamisierung im Vergleich zum Basisszenario weniger stark gedämpft und die zu finanzierende Lücke fällt kleiner aus. Die deutlich geringeren Zusatzbeiträge der älteren Kohorten im kombinierten Szenario wirken sich auch entsprechend günstig auf die Entwicklung des durchschnittlichen Gesamtbeitragssatzes zur SPV (Beitrags-

satz zum Umlageverfahren + kohortengewichteter Zusatzbeitrag zur Kapitaldeckung) aus. [↘ ABBILDUNG 76 RECHTS](#) Dieser liegt nahezu im gesamten Simulationszeitraum deutlich unterhalb des Beitragssatzniveaus im Basisszenario.

Eine andere Meinung

363. Ein Mitglied des Rates, Achim Truger, kann sich der Mehrheitsposition des Sachverständigenrates im Kapitel „Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren“ in einigen Punkten nicht anschließen. **Die abweichende Meinung** betrifft **erstens** die von der Ratsmehrheit wegen des Primats der Beitragssatzdämpfung vorgenommene **Neugewichtung der Ziele der Pflegeversicherung** hin zu mehr Subsidiarität und Eigenverantwortung. Dabei tritt das ursprüngliche Ziel der SPV, sicherzustellen, dass ein überwiegender Teil der Pflegebedürftigen nicht auf Sozialhilfe angewiesen ist, in den Hintergrund. Sie betrifft **zweitens** die **Vernachlässigung** potenziell **gravierender verteilungspolitischer Nebenwirkungen** und **sozialer Härten** der unterbreiteten Handlungsoptionen. Daher werden **drittens** konkret die vorgeschlagenen Handlungsoptionen der **Abschaffung des Leistungszuschlags, der Inflationsanpassung oder des Nachhaltigkeitsfaktors** sowie der Einführung eines kohortenspezifischen **Pflegevorsorgefonds (PVF) II abgelehnt**. **Viertens** wird eine auf das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung **fokussierte Reformstrategie** vorgezogen, die neben ausgabenseitigen Maßnahmen auch auf die **Stärkung der Einnahmenseite** setzt.

Zielverschiebung weder notwendig noch überzeugend begründet

364. Die Ratsmehrheit hält es für erforderlich, in der SPV weitere Beitragssatzsteigerungen zu dämpfen oder ganz zu vermeiden. Hierfür will sie die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen durch höhere Eigenanteile stärken. Sie ist dafür bereit, einen erheblichen Anstieg von Anzahl und Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, in Kauf zu nehmen. Damit nimmt die **Ratsmehrheit** gegenüber der ursprünglichen Zielsetzung der SPV eine **erhebliche Zielverschiebung** vor.

Wie Rothgang (2026) betont, bestand die ursprüngliche **Hauptlegitimation der SPV** darin, die bei stationärer Pflege andernfalls drohende **pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern**. Die Pflegeversicherung sollte dafür eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreichen sollte, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, was zunächst auch erreicht worden sei. Mittlerweile allerdings sind die Eigenanteile in der stationären Pflege so stark gestiegen, dass nach Schätzungen von Rothgang et al. (2026) 37,1 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund suchte und sucht die Politik nach Möglichkeiten der Begrenzung der Eigenanteile. Die **Ratsmehrheit** setzt sich davon deutlich ab und **steuert in die entgegengesetzte Richtung**.

365. Die **Ratsmehrheit** begründet die von ihr befürwortete **deutliche Zielverschiebung** hin zu mehr Eigenverantwortung und höheren Eigenanteilen mit der Notwendigkeit der Dämpfung der Beitragssatzentwicklung. Diese wiederum sei erforderlich, um **erstens** intergenerationelle Verteilungskonflikte zu entschärfen,

zweitens um zu vermeiden, dass Versicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze durch Anhebungen der Beitragssätze relativ stärker belastet würden als Versicherte darüber und drittens, um eine Beeinträchtigung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zu vermeiden.

366. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht erscheint eine **sehr starke Priorisierung** des Ziels der **Beitragssatzdämpfung** allerdings **nicht erforderlich**, da die referierten gesamtwirtschaftlich negativen Effekte von Beitragssatzerhöhungen lediglich moderat ausfallen. ↘ ZIFFERN 140 FF. Zudem kann der von der Ratsmehrheit vorgeschlagene PVF II je nach Kombination mit anderen Reformvarianten in einem Übergangszeitraum von über 15 Jahren durchaus zu einem kräftigen Anstieg des Gesamtpflegeversicherungsbeitragssatzes (SPV-Satz + Zusatzbeitragssatz) führen. Unterstellt man geringere Renditen aus der Kapitaldeckung als die von der Ratsmehrheit angenommenen realen 5 % würde sich das Niveau der Zusatzbeiträge erhöhen und die Dauer des Übergangszeitraums mit höheren Gesamtbeitragssätzen verlängern. Ein ähnlicher potenzieller Widerspruch zwischen den Zielvorgaben der Ratsmehrheit und dem befürworteten PVF II ergäbe sich in diesem Fall aufgrund der Beitragssatzanhebungen auch bezüglich der monierten relativ stärkeren Mehrbelastung von Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber jenen oberhalb der Grenze. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die geeignet wäre, das Problem zu lindern, wird im Kontext der SPV von der Ratsmehrheit allerdings diskutiert.

Drastischer Anstieg der Hilfe-zur-Pflege-Quote zu erwarten

367. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) lag die Hilfe-zur-Pflege-Quote (HzP-Quote) von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Jahr 2025 bei 36,8 %. Für das Jahr 2026 wird ein Anstieg auf 37,1 % erwartet. **Die Vorschläge der Ratsmehrheit würden insgesamt zu einem drastischen Anstieg der HzP-Quote führen.** Dafür sind im Wesentlichen zwei Faktoren verantwortlich: Erstens und vor allem die vorgeschlagene Streichung des Leistungszuschlags, der gestaffelt nach Aufenthaltsdauer im Pflegeheim die Eigenanteile spürbar begrenzt. Zweitens dürfte selbst die von der Ratsmehrheit als günstig für die Versicherten eingestufte bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung einen weiteren Anstieg der HzP-Quote nicht verhindern können. Hinzu kommen erhebliche Risiken, die vom PVF II und der von der Ratsmehrheit im JG 2023 befürworteten Dämpfung der Rentenanpassung ausgehen.
368. Die Ratsmehrheit schlägt die Abschaffung des Leistungszuschlags vor. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) hätte ein **Verzicht auf die Einführung des Leistungszuschlags** im Jahr 2022 allerdings im vergangenen Jahr zu einer um über 7 Prozentpunkte **höheren HzP-Quote** von 43,9 % geführt, wobei die Differenz unter den gesetzten Annahmen bis zum Jahr 2035 auf über 10 Prozentpunkte und die HzP-Quote auf 52,7 % ansteigen könnte.
369. Die von der Ratsmehrheit im Basisszenario angenommene bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung könnte grundsätzlich für eine Stabilisierung der HzP-Quote in etwa auf dem heutigen Niveau geeignet sein. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Bruttolöhne in der Pflege sich

wie die gesamtwirtschaftlichen Bruttolöhne entwickeln. Dann wachsen zwar die pflegebedingten Eigenanteile auch mit dieser Rate. Aber wenn die Einkommen der Rentnerinnen und Rentner ebenfalls bruttolohnbezogen wachsen, können sie den Anstieg der Eigenanteile daraus finanzieren, und die HzP-Quote bliebe konstant. Wie Rothgang (2026) und Rothgang et al. (2026) argumentieren, ist jedoch aufgrund der starken Arbeitsnachfrage nach Pflegekräften bei den pflegebedingten Heimkosten sowohl mit einer überdurchschnittlichen Lohnentwicklung als auch mit einem zusätzlichen Aufwuchs an Arbeitskräften zu rechnen, sodass die **HzP-Quote selbst bei bruttolohnbezogener Leistungsanpassung** weiter steigen dürfte. Unter den von Rothgang et al. (2026) auf Basis des mittleren Szenarios des WIdO (2026) bezüglich der pflegebedingten Eigenanteile getroffenen Annahmen käme es gegenüber dem heutigen Niveau bis zum Jahr 2035 zu einem Anstieg der HzP-Quote um 5 Prozentpunkte auf 42,1 %.

Hinzu kommen Risiken aus dem PVF II: Sollte die tatsächliche Rendite hinter der dort vorausgesetzten hohen Rendite von real 5 % pro Jahr zurückbleiben, würden die Leistungen der Pflegeversicherung geringer als angenommen ausfallen und die zu leistenden Eigenanteile der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner dementsprechend weiter ansteigen. Würden schließlich die Reformvorschläge der Ratsmehrheit für Änderungen bei der Rentenanpassung umgesetzt (JG 2023 Ziffern 420 ff.), würden die Rentenbezüge zudem deutlich langsamer als die Bruttolöhne steigen, sodass die steigenden Eigenanteile von einigen Rentnerinnen und Rentnern nicht mehr aus eigener Kraft geleistet werden könnten.

Steigende finanzielle und administrative Belastung der Kommunen zu erwarten

370. Der bei einer Umsetzung der Vorschläge der Ratsmehrheit zu erwartende **drastische Anstieg der HzP-Quoten** und der Fallzahlen der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege würde die **Kommunen vor massive finanzielle Probleme stellen**. Folgt man Rothgang et al. (2026), so würde allein der Wegfall der Leistungszuschläge perspektivisch zu einer Verdopplung der realen HzP-Ausgaben führen. Vernachlässigt man zu illustrativen Zwecken den Bestandsschutz für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die aktuell Leistungszuschläge beziehen, würden sich im laufenden Jahr die HzP-Ausgaben der Kommunen bei Wegfall der Leistungszuschläge von 4,5 Mrd Euro auf 9 Mrd Euro verdoppeln. Langfristig könnten Ausgabensteigerungen von 10 Mrd Euro und mehr nötig werden. Es ist offensichtlich, dass die Kommunen vor dem Hintergrund ihrer extrem angespannten Finanzlage mit einem negativen Budgetsaldo von 31,9 Mrd Euro im vergangenen Jahr nicht in der Lage sind, solche zusätzlichen Belastungen zu stemmen.

Die Ratsmehrheit stellt zwar fest, dass ihr Vorschlag „zu einer Kosten- und Lastverschiebung zu den kommunalen Trägern der Hilfe zur Pflege führen“ dürfte und dass sich die Frage nach einer geeigneten Gegenfinanzierung stelle. ↘ ZIFFERN 349 F. Hierfür schlägt sie jedoch lediglich die Einführung eines bedarfsgeprüften Pflegegeldes auf Länderebene zur Entlastung der Pflegebedürftigen vom Investitionskostenanteil vor. Diese Maßnahme dürfte jedoch aufgrund des relativ gerin-

gen Anteils der Investitionskosten an den gesamten Eigenanteilen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die zusätzliche Belastung der Kommunen nicht annähernd ausgleichen können. Zudem würde eine solche Maßnahme die Belastungen der Kommunen in Ländern, in denen ein Pflegewohngeld, wie etwa in Nordrhein-Westfalen, bereits existiert, überhaupt nicht mindern.

371. Aufgrund der steigenden Fallzahlen bei den HzP-Empfängerinnen und -Empfängern und einer flächendeckenden Einführung des Pflegewohngeldes würden die Kommunen auch administrativ erheblich gefordert. Auch die Ratsmehrheit stellt fest, dass sich die Frage nach dem administrativen Umgang stelle. Hinzu kommt, dass nach der Wohngeldreform (Wohngeld plus) im Jahr 2023 bereits der Zugang zu einem weiteren bedarfsgeprüften Transfer erheblich ausgeweitet wurde, den auch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nutzen können. Damit stünden nunmehr drei bedarfsgeprüfte Transfers zur Verfügung, die von den Kommunen administriert werden müssten: Die Hilfe zur Pflege, das vorrangig zu nutzende Pflegewohngeld für die Investitionskosten und das Wohngeld plus für Unterkunft und Verpflegung. Dies stellt für die Kommunen und die betroffenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zweifellos einen **Zuwachs an Bürokratie** dar. Wie die Ratsmehrheit zu Recht anmerkt, könnten dessen Auswirkungen zwar perspektivisch durch die Umsetzung des Once-Only-Prinzips und eine konsequente Digitalisierung begrenzt werden. Ob und wann dies gelingt, ist jedoch schwer vorhersehbar.

Ausgestaltung des PVF II problematisch und riskant

372. Die Ratsmehrheit schlägt einen **kohortenspezifischen PVF II** vor, in dem die einzelnen Kohorten der Versicherten zusätzliche Beiträge ansparen, die mit möglichst hohen Renditen vornehmlich an den internationalen Kapitalmärkten angelegt werden sollen. In der Auszahlungsphase sollen die angesparten Mittel dann dazu genutzt werden, die durch Nachhaltigkeitsfaktor oder Inflationsausgleich gesenkten Leistungen der Pflegeversicherung auf das Niveau anzuheben, das sich bei bruttolohnbezogener Anpassung ergäbe.

Die kohortenspezifischen, mit dem Lebensalter zunehmenden Zusatzbeitragsätze könnten **rechtlich problematisch** sein. So weist Breyer (2025) für sein kohortenspezifisches Modell mit einheitlichen Zusatzbeitragsätzen darauf hin, dass geklärt werden müsse, ob es rechtlich zulässig sei, Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Geburtsjahr zu staffeln. Im Modell der Ratsmehrheit wäre dementsprechend die Frage zu klären, ob eine Staffelung der Beitragsätze nach dem Geburtsjahr möglich ist. Als problematisch könnte sich dabei erweisen, dass die Zusatzbeitragsätze bis zum Geburtsjahrgang 1953 kräftig ansteigen, um nach diesem – letztlich **willkürlich gesetzten** – **Alter** konstant zu bleiben. Gleichzeitig würden ausschließlich die vor dem 1.1.1953 Geborenen in den Genuss der Auszahlungen des PVF I kommen, mit denen deren kürzungsbedingte Pflegelücke geschlossen werden soll.

373. Wenn es nicht zu einem Systembruch in der SPV kommen soll, bei dem die Lasten der Zusatzbeiträge einseitig nur den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgebürdet würden, müssten die Zusatzbeiträge bei abhängig Beschäftigten wie in

der SPV und beim bisherigen PVF I weiterhin paritätisch von Beschäftigten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern erhoben werden. In diesem Fall müssten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dann je nach Alter ihrer Beschäftigten unterschiedliche hohe Beitragssätze abführen, wobei für ältere Beschäftigte deutlich höhere Beiträge als für jüngere bezahlt werden müssten. Es stellt sich die Frage nach möglichen Anreizwirkungen im Hinblick auf die Attraktivität der Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Begünstigung von Frühverrentungen.

374. Die vorgeschlagene Kapitaldeckung beim PVF II birgt erhebliche Risiken. Die Ratsmehrheit möchte die Mittel anders als im bisherigen PVF I renditeträchtiger auf den internationalen Kapitalmärkten anlegen. Dabei unterstellt sie eine reale Rendite von 5 % pro Jahr. Dies ist grundsätzlich schon optimistisch. Darüber hinaus steigt bei kürzeren Anlagezeiträumen, die für die älteren Kohorten gelten, das Risiko deutlich geringerer Renditen oder sogar von Kapitalverlusten. **Das kapitalmarktbedingte Risiko würde im Modell der Ratsmehrheit voll von den Versicherten getragen, die dann durch höhere Eigenanteile belastet würden.** Dieses Risiko besteht grundsätzlich für alle Anlagehorizonte und Kohorten. Die Erfahrungen mit Kursentwicklungen aus vergangenen Jahrzehnten lassen sich nicht einfach extrapolieren.

Aus diesem Grund wäre eine vorsichtiger Herangehensweise mit einer niedrigeren unterstellten Rendite angemessen gewesen. So weist Breyer (2025) zwar auf die Möglichkeit realer Renditen von 4 oder 5 % bei international diversifizierter Kapitalanlage hin, legt seinen Berechnungen jedoch eine reale Rendite von 3 % zugrunde. Bei einer solchen **niedrigeren Rendite** fielen die **notwendigen kohortenspezifischen Zusatzbeitragssätze** zur Schließung der von der Ratsmehrheit befürworteten Pflegelücke jedoch noch erheblich größer aus. Werden sie auf der Basis höherer Renditen bemessen, geht die Differenz voll zulasten der in der SPV Versicherten.

Gravierende verteilungspolitische Nebenwirkungen und soziale Härten zu erwarten

375. Die Umsetzung der **Vorschläge der Ratsmehrheit** würde mit erheblichen verteilungspolitischen Nebenwirkungen und sozialen Härten einhergehen. Dies betrifft erstens die drastisch steigende Notwendigkeit der Inanspruchnahme von bedarfsgeprüften Sozialleistungen wie dem Pflegewohngeld und vor allem der Hilfe zur Pflege. Dadurch würde das **ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung weiter ausgehöhlt**, und der für viele pflegebedürftige Menschen demütigende Gang zum Sozialamt dürfte immer häufiger werden.
376. Zweitens betrifft es den **übergangsweise erheblichen Beitragssatzanstieg** durch den PVF II, der für viele Versicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze mit einer relativen Mehrbelastung gegenüber Versicherten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und gegenüber Privatversicherten verbunden wäre. Drittens würden Rentnerinnen und Rentner, die von den Zusatzbeiträgen des PVF II betroffen wären, je nach Reformoption mit **zusätzlichen Beitragssät-**

zen von bis zu 5,4 % belastet. Dadurch wäre mit einem spürbaren weiteren **Anstieg der Armutsrisikoquote für Rentnerinnen und Rentner** sowie auch mit einer **weiter steigenden Grundsicherungsquote Älterer** zu rechnen. Unterstellt man eine geringere Rendite für den PVF II, müssten die Zusatzbeitragssätze nochmals spürbar höher ausfallen.

Ausgabenseitige Fokussierung der SPV und Stärkung der Einnahmenseite als Alternative

377. Statt die von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu tragenden Eigenanteile und damit auch die HzP-Quote immer weiter steigen zu lassen, sollte eine **Reform der Pflegeversicherung wieder auf deren ursprüngliches Ziel abstellen und einen weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam verhindern**. Hierzu könnte eine Variante des von der Ratsmehrheit abgelehnten **Sockel-Spitze-Tausches**, d. h. eine **Deckelung der Eigenanteile** dienen. Wie simuliert würde dies für sich genommen die Ausgaben der Pflegeversicherung und damit den Beitragssatz deutlich steigern. Wenn, anders als in den Simulationen unterstellt, der Deckel für die Eigenanteile mit der Inflationsrate oder dem Lohnwachstum dynamisiert würde, würde der Anstieg über die Zeit etwas gemindert (Rothgang et al., 2026). Dasselbe gilt, falls im Gegenzug der Leistungszuschlag weitgehend ohne Bestandsschutz, also für neue Pflegefälle, abgeschafft würde. Da der Deckel für die Eigenanteile allerdings deutlich unter dem aktuellen Wert der Eigenanteile angesetzt werden müsste, um einem weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam vorbeugen zu können, beispielsweise bei 1 200 Euro, wäre dennoch mit einem erheblichen Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen (Rothgang, 2026). Dieser lässt sich jedoch dämpfen, wenn die Ausgabenseite der SPV im Sinne ihrer ursprünglichen Funktion refokussiert und gleichzeitig die Einnahmenseite der SPV gestärkt wird.
378. Die Simulationen des Rates zeigen, dass eine **Refokussierung der Ausgabenseite** für sich genommen **erhebliche Finanzierungsspielräume** eröffnen würde. So würde eine Abschaffung des Entlastungsbetrags sowie die Heraufsetzung der Schwellenwerte für die Pflegegrade zusammen mittelfristig eine Senkung des Beitragssatzes um etwa einen Prozentpunkt ermöglichen. Sie könnte aber auch für eine Deckelung der Eigenanteile genutzt werden. Würden die Schwellenwerte auch innerhalb der Module angepasst – was allerdings eine sehr weitgehende Einschränkung darstellen würde – ergäbe sich sogar ein ausgabenseitiger Spielraum von insgesamt zwei Beitragspunkten.
379. **Einnahmenseitig** sollte die SPV – wie auch von der Ratsmehrheit vorgeschlagen – zunächst durch eine **Übernahme versicherungsfremder Leistungen** durch den Bund **gestärkt** werden. Zumindest sollte der Bund der SPV endlich die noch nicht erstatteten **Mehraufwendungen** aufgrund der **Corona-Pandemie** in Höhe von 6 Mrd Euro überweisen. Wenn dieser Betrag zur Auffüllung der Reserven der SPV verwendet würde, ließe sich der im Jahr 2027 bevorstehende kräftige Anstieg des Beitragssatzes spürbar dämpfen. Würden über die Position der Ratsmehrheit hinausgehend zusätzlich die Kosten der Alterssicherung der Pflegepersonen über einen Bundeszuschuss **steuerfinanziert**, würde das die SPV zusätzlich unmittelbar um 0,3 Beitragspunkte entlasten. Zudem sollten die

Länder wirksamer zu höheren Investitionskosten verpflichtet werden. Wenn sie – wie ursprünglich bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen – Zuschüsse in Höhe der eingesparten Sozialhilfe leisten würden, wären dafür bis zu 5 Mrd Euro zusätzlich erforderlich. Diese Mittel würden unmittelbar die Eigenanteile der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner reduzieren. Finanziert werden könnten sie beispielsweise über eine **Reform der Erbschaftsteuer**.

Die SPV sollte zudem durch eine deutliche Anhebung von Jahresarbeitsentgeltgrenze und Beitragsbemessungsgrenze einnahmenseitig gestärkt werden. Mittelfristig könnte die Einbeziehung etwa der Beamtinnen und Beamten zu einer weiteren Entlastung bei den Beitragssätzen führen.

ANHANG

➤ KASTEN 21

Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“

Der „Zukunftspakt Pflege“ ist eine Arbeitsgruppe von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden. Er verfolgt das Ziel, die SPV einerseits auf eine stabile finanzielle Grundlage zu stellen und andererseits eine ausreichende pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe wurden am 11. Dezember 2025 veröffentlicht. Sie lassen sich in die Bereiche Versorgung und Finanzierung unterscheiden (BMG, 2025a).

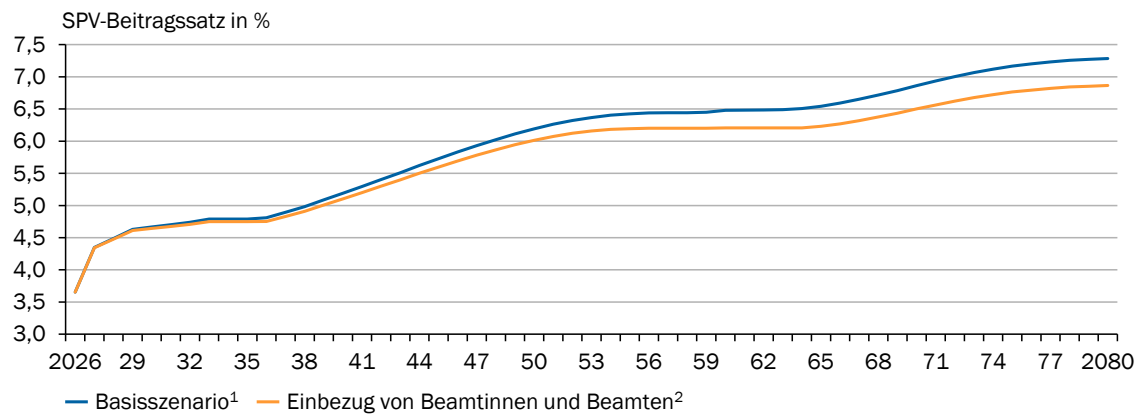
Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, soll die Prävention gestärkt werden. Dazu könnten beispielsweise der vorgeschlagene freiwillige Vorsorge-Check „U 60+“ sowie der Ausbau präventiver Hausbesuche beitragen. Für die Pflege zu Hause soll das Leistungsangebot der „fachlichen Begleitung und Unterstützung“ neu gebündelt und durch ein Notfallbudget für Krisensituationen ergänzt werden. Um eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, sollen Pflegekassen und Kommunen künftig leichter selbst als Träger von Einrichtungen auftreten können. Finden Betroffene kein passendes Angebot, sollen die Kassen zur Vermittlung oder zum Case Management verpflichtet sein. Das BMG soll zudem eine engere Zusammenarbeit zwischen Kassen und Ländern prüfen, um die wohnortnahe Infrastruktur zu stärken. Des Weiteren soll eine verbesserte Personalplanung der Kommunen durch verstärkten Datenaustausch und ein systematisches Pflegepersonal-Monitoring ermöglicht werden. In vollstationären Einrichtungen sollen Träger mehr Eigenverantwortung beim Personaleinsatz erhalten, während die Länder eine gezielte Investitionsförderung für digitale Effizienzsteigerungen prüfen. Außerdem sollen Innovationen im Bereich Digitalisierung und Künstliche Intelligenz (KI) zusätzlich durch die Schaffung spezieller Innovationsräume gezielt gefördert werden.

Eine nachhaltige Finanzierung soll durch Maßnahmen auf der Ausgaben- und auf der Einnahmeseite erreicht werden. Dabei soll das Teilversicherungssystem der Pflegeversicherung beibehalten werden. Gleichzeitig sollen die Eigenanteile begrenzt bleiben. Um die Ausgabensteigerung zu bremsen, sollen die Schwellenwerte der Pflegegrade 1 bis 3 angepasst und eine intensiviertere Begleitung und Beratung zu Beginn des Pflegebezugs eingeführt werden. Der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 soll entfallen, um stattdessen die neue fachliche Begleitung zu finanzieren und die Ausgabenentwicklung zu stabilisieren. Zur Begrenzung der Eigenanteile werden zwei Modelle zur Wahl gestellt: Ein „Sockel-Spitze-Tausch“ mit einem festen Eigenanteil von 1 200 Euro im Monat oder eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen orientiert an Inflation oder Lohnentwicklung. Zudem soll der Pflegevorsorgefonds renditestärker weiterentwickelt und auf Dauer angelegt werden.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung sollen durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze, einen Finanzausgleich mit der privaten Pflegeversicherung und die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten gestärkt werden. Zusätzlich sind Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte sowie ein gestaffelter Zusatzbeitrag in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten für geburtenstarke Jahrgänge im Gespräch. Die Rentenbeiträge für Pflegenden sollen vollständig durch Steuermittel finanziert, der Bundeszuschuss dauerhaft um jährlich 1 Mrd Euro erhöht und die Pandemiekosten der SPV mit Steuermitteln erstattet werden. Ergänzend werden obligatorische oder freiwillige Zusatzversicherungen vorgeschlagen.

▸ ABBILDUNG 77

Beitragssatzentwicklung bei Einbezug von Beamtinnen und Beamten



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die SPV.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-140-01

LITERATUR

- Arentz, C.** und **J. Wasem** (2026), Reform der Pflegeversicherung: Effizientere Leistungen und stärkere Kapitaldeckung, *Wirtschaftsdienst* 106 (3), 155–160.
- BA** (2025), Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2025*, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.
- BAG** (2021), Urteil vom 24. Juni 2021: Mindestlohn – Bereitschaft – ausländische Betreuungskräfte, 5 AZR 505/20, Bundesarbeitsgericht, Erfurt, 24. Juni.
- Bahnßen, L.** (2025), Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile nach § 43c SGB XI – Rückblick und Ausblick, *WIP-Kurzanalyse Januar 2025*, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Bahnßen, L., S. Fetzer, F. Franke und C. Hagist** (2020), Gone with the windfall – Germany’s Second LTC Strengthening Act and its intergenerational implications, *Journal of the Economics of Ageing* 17, 100254.
- Bannenberg, N., O. Førlund, T. Iversen, M. Karlsson und H. Øien** (2021), Preventive home visits, *American Journal of Health Economics* 7 (4), 457–496.
- Barczyk, D., Y.K. Koh und M. Kredler** (2025), Preference heterogeneity versus economic incentives: What determines the choice to give care to the elderly?, *SSRN Scholarly Paper 5738769*, Social Science Research Network, Rochester, NY.
- Barczyk, D. und M. Kredler** (2018), Evaluating long-term-care policy options, taking the family seriously, *Review of Economic Studies* 85 (2), 766–809.
- BBSR** (2025), INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung: Laufende Raumbewachung des BBSR, Ausgabe 07/2025, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn.
- Belmonte, M. und A. Nedee** (2024), Demographic projections of long-term care needs in the EU up to 2070, *Policy Brief JRC136608*, Europäische Kommission – Joint Research Centre, Ispra.
- BIBB** (2021), Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2021: Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn.
- BMAS** (2025), Pflegemindestlohn erhöht, *Pressemitteilung*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, 1. Juli.
- BMG** (2026a), Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/teilstationaere-pflege>, abgerufen am 17.4.2026.
- BMG** (2026b), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG** (2026c), Pflege-Vorsorgeförderung, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-vorsorgefoerderung>, abgerufen am 23.4.2026.
- BMG** (2025a), Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung, Stand: 11. Dezember 2025, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG** (2025b), Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugnisweiterung-entbuerokratisierung-pflege>, abgerufen am 22.4.2026.
- BMG** (2025c), Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG** (2025d), Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap, Stand: 11. Dezember 2025, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG** (2024a), Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den Bundesländern zum Stichtag 31.12.2023, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG** (2024b), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

- BMG (2013), Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- BMG, BMAS, und Pflegebevollmächtigte (2024), Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Gestaltung einer rechtssicheren Grundlage für die Live-In-Betreuung im familiären Bereich, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, Berlin.
- Bos, A., P. Boselie und M. Trappenburg (2017), Financial performance, employee well-being, and client well-being in for-profit and not-for-profit nursing homes: A systematic review, *Health Care Management Review* 42 (4), 352–368.
- Breyer, F. (2025), Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 26 (1), 49–61.
- Breyer, F. (2024), Reformbedarf für eine generationengerechte Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, Berlin.
- Breyer, F. und E. Janeba (2025), Mehr Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung, *ifo Schnelldienst* 78 (12), 27–31.
- BRH (2025), Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Bundesrechnungshof, Bonn.
- BRH (2024), Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an das Bundesministerium für Gesundheit über die Prüfung der Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen – Pflegestatistik, Bundesrechnungshof, Bonn.
- von Broich-Oppert, M. und M. Wiesenberg (2025), Pflege im Fokus: Befragung von ambulanten und stationär tätigen Pflegekräften sowie von pflegenden Angehörigen, *gematik insights Ausgabe 5*, gematik – Nationale Agentur für Digitale Medizin, Berlin.
- Brühl, A., K. Planer und S. Bensch (2016), Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungsassessment, *Pflege & Gesellschaft* 21 (1), 78–87.
- Bundesrat (2019), Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Drucksache 106/19, Berlin, 1. März.
- Bundesregierung (2023), Maßnahmen der Bundesregierung zur Stärkung der Pflegevorsorge, Antwort der Bundesregierung der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/8505 – Drucksache 20/8756, Deutscher Bundestag, Berlin, 11. Oktober.
- Bundesregierung (2015), Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Drucksache 18/5926, Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 7. September.
- Bundesregierung (1993), Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Drucksache 12/5617, Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 4. September.
- Büscher, A., H. Budroni, A. Hartenstein, B. Holle und B. Vosseler (2007), Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege, *Pflege & Gesellschaft* 12 (4), 343–359.
- Büscher, A., E.M. Gruber, L. Peters, R. Ostermann, T. Becker und M. Bruns (2022), Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland, Abschlussbericht, Hochschule Osnabrück, FH Münster und Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, Osnabrück und Münster.
- Büscher, A. und T. Klie (2024), Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements, in: Schwinger, A., A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege*, Springer, Berlin und Heidelberg, 235–252.
- Büscher, A., S. Stelzig, L. Peters, A. Lübben und I. Yalymova (2023), Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit, *VdK-Pflegestudie Abschlussbericht*, Sozialverband VdK Deutschland, Berlin.
- Campbell, J.C., N. Ikegami und S. Kwon (2009), Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea, *International Social Security Review* 62 (4), 63–80.
- Ditscheid, B. et al. (2023), Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016–2019) und regionale Variabilität, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66 (4), 432–442.

Ehrlich, U., K. Möhring und S. Drobnič (2019), What comes after caring? The impact of family care on women's employment, *Journal of Family Issues* 41 (9), 1387–1419.

Essity (2025), Studie zu Digitalisierung und Robotik in der Pflege: Große Chancen, kaum genutzt, Pressemitteilung, München, 5. November.

Felix, D. (2024), Die Finanzierung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung: Ein verfassungswidriger Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge, Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der DAK-Gesundheit, Universität Hamburg, Hamburg.

Finkelstein, A. und K. McGarry (2006), Multiple dimensions of private information: Evidence from the long-term care insurance market, *American Economic Review* 96 (4), 938–958.

Fischer, B. und E. Stempfle (2024), Live-in-Care und andere Unterstützungsformen für zeitintensive Betreuung und Pflege, Diakonie Deutschland, Berlin.

Frediani, J. (2026), Update: VdK klagt gegen Zweckentfremdung von Pflege-Beiträgen, <https://www.vdk.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel/update-vdk-klagt-gegen-zweckentfremdung-von-pflege-beitraegen/>, abgerufen am 14.4.2026.

GDV (2025), Pflegezusatzversicherung, Gesamtverband der Versicherer, <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906>, abgerufen am 14.4.2026.

Gerlinger, T. (2022), Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko, <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/516008/pflegebeduerftigkeit-als-soziales-risiko/>, abgerufen am 12.3.2026.

Gesellschaft für Gemeinsinn (2026), Das Programm Quartierpflege, <https://www.gemeinsinn-staerken.de/quartierpflege>, abgerufen am 8.4.2026.

Geyer, J., P. Haan und T. Korfhage (2017), Indirect fiscal effects of long-term care insurance, *Fiscal Studies* 38 (3), 393–415.

Geyer, J., P. Haan, H. Kröger und M. Schaller (2021), Need for long-term care depends on social standing, *DIW Weekly Report* 11 (44/45), 339–346.

Geyer, J., P. Haan und P. Neitzsch (2023), Einkommen von Pflege- und anderen Haushalten fast identisch – große Unterschiede bei Vermögen, *DIW Wochenbericht* 90 (43), 597–603.

Giar, K. und M. Neumann (2025), Die Pflegeausbildungsstatistik – Einführung und Weiterentwicklung in Zeiten des Fachkräftemangels, *WISTA – Wirtschaft und Statistik* 6/2025, 64–75.

GKV-Spitzenverband (2024), Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen: Jetzt, Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2021), Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019 mit Änderung vom 08.02.2021, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2015), Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 12, Berlin.

Grabowski, D.C., Z. Feng, R. Hirth, M. Rahman und V. Mor (2013), Effect of nursing home ownership on the quality of post-acute care: An instrumental variables approach, *Journal of Health Economics* 32 (1), 12–21.

Greß, S., D. Haun und K. Jacobs (2019), Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung, in: Jacobs, K., A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, Springer, Berlin und Heidelberg, 241–254.

Greß, S. und C. Jesberger (2023), Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung, in: Schwinger, A., A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und K. Jacobs (Hrsg.), *Pflege-Report 2023: Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten*, Springer, Berlin und Heidelberg, 145–155.

Gupta, Atul, S.T. Howell, C. Yannelis und Abhinav Gupta (2024), Owner incentives and performance in healthcare: Private equity investment in nursing homes, *Review of Financial Studies* 37 (4), 1029–1077.

Habel, S. und T. Tschenker (2022), Reduktion der Arbeitszeit in der Live-In-Pflege – Eine interdisziplinäre Untersuchung von Maßnahmen der Vermittlungsagenturen, Study 471, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

- Haun, D. (2025), Rolle und Verbreitung von privaten Pflegezusatzversicherungen, *G+G Wissenschaft* 25 (1), 34–38.
- Hegedüs, A., A. Schürch und I. Bischofberger (2022), Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies Advances* 4, 100061.
- Helms, F. und L. Röder (2024), 125-Euro-Entlastungsbetrag: Entlastung für die häusliche Pflege?, Ergebnisbericht Studie 2024, pflege.de, Hamburg.
- HMD (2025), Pilotprojekt zum Einsatz von Robotik zur Schaffung inklusiver Arbeitsplätze, Pressemitteilung, Hessisches Ministerium für Digitalisierung und Innovation, Wiesbaden, 24. Juni.
- IAB (2024), Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen, Pressemitteilung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 15. Oktober.
- IGES (2022), Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege, Handlungsleitfaden, IGES Institut, Berlin.
- Jacobs, K., A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.) (2017), *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, Schattauer, Stuttgart.
- Karmann, A. und S. Sugawara (2021), Comparison of the Japanese and German nursing-home sectors: Implications of demographic and policy differences, SSRN Scholarly Paper 3193163, Social Science Research Network, Rochester, NY.
- Kesternich, I., A. Romahn, J. Van Biesebroeck und M. Van Damme (2025), Cash or care? Insights from the German long-term care system, HCHE Research Paper 31, Hamburg Center for Health Economics, Hamburg.
- Klie, T. (2024), *Pflegereport 2024: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung* 47, medhochzwei, Heidelberg.
- Klie, T. (2022), *Pflegereport 2022: Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland: Analysen, Befunde, Perspektiven, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung* 41, medhochzwei, Heidelberg.
- Klie, T., M. Ranft und N.-M. Szepan (2025), *Reset Pflegeversicherung: Strukturreform Pflege und Teilhabe III*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin.
- Kloss, S. (2025), *Pflegeheimkosten: Warum Hilfeanträge Monate brauchen*, <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/pflegekosten-hilfe-antraege-lange-bearbeitung-sozialamt-100.html>, abgerufen am 13.4.2026.
- Konetzka, R.T., D. He, J. Dong und J.A. Nyman (2019), Moral hazard and long-term care insurance, *Geneva papers on risk and insurance – Issues and practice* 44 (2), 231–251.
- Korfhage, T. und B. Fischer-Weckemann (2024), Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance, *Journal of Health Economics* 96, 102884.
- Kuhlmei, A. und A. Budnick (2024), Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten, in: Schwinger, A., A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege*, Springer, Berlin und Heidelberg, 100–107.
- Landtag BW (2025), *Bearbeitung von Anträgen auf Hilfe zur Pflege durch die Sozialämter*, Drucksache 17/9244, Landtag von Baden-Württemberg, 28. Juli.
- Leiber, S. (2024), Die Ankunft der Babyboomer: Was tun mit der „24-Stunden-Pflege“?, in: Schwinger, A., A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege*, Springer, Berlin und Heidelberg, 87–98.
- Liimatta, H., P. Lampela, P. Laitinen-Parkkonen und K.H. Pitkala (2019), Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 37 (1), 90–97.
- Llena-Nozal, A., J. Barszczewski und J. Rauet-Tejeda (2025), How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems, *OECD Health Working Paper 182*, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.
- Mathes, T. et al. (2017), *Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs*, HTA-Bericht 134, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln.

- [Medicproof](#) (2024), Pflegegrad 1 in der Begutachtung – Datenanalyse und Gutachterbefragung, Wissenschaftliches Dossier, Köln.
- [Miller, H.D.](#) (2009), From volume to value: Better ways to pay for health care, *Health Affairs* 28 (5), 1418–1428.
- [Mommaerts, C.](#) (2025), Long-term care insurance and the family, *Journal of Political Economy* 133 (1), 1–52.
- [Nolting, H.-D.](#) und [J. Rellecke](#) (2020), Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, Leitfaden für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.
- [Nolting, H.-D.](#), [J. Talamo](#), [L. Wentz](#) und [J.K. Wolff](#) (2023), Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.
- [Ochmann, R.](#) und [G. Braeseke](#) (2023), Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, IGES Institut, Berlin.
- [OECD](#) (2025), The economic benefit of promoting healthy ageing and community care, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.
- [OECD](#) (2024), Is care affordable for older people?, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.
- [Paritätischer Gesamtverband](#) (2026), Pflege? Aber sicher! Aufruf für eine solidarische Pflegevollversicherung, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Berlin.
- [Petermann, A.](#), [G. Jolly](#) und [K. Schrader](#) (2020), Fairness und Autonomie in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft – Ergebnisse einer empirischen Studie, in: [Städtler-Mach, B.](#) und [H. Ignatzi](#) (Hrsg.), *Grauer Markt Pflege: 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 99–122.
- [Pimpertz, J.](#) (2020), Kapitalgedeckt finanzierte Pflegekosten – Gutachten, Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.
- [Pimpertz, J.](#) und [M. Stockhausen](#) (2024), Vorsorge für den stationären Pflegefall: Wie lange reichen Vermögen und Einkommen deutscher Rentnerhaushalte?, Gutachten für den PKV-Verband, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.
- [Rechel, B.](#) et al. (2013), Ageing in the European Union, *The Lancet* 381 (9874), 1312–1322.
- [Rellecke, J.](#), [H.-D. Nolting](#) und [J. Krieger](#) (2018), Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI: Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.
- [Rocard, E.](#) und [A. Llana-Nozal](#) (2022), Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind, *OECD Health Working Paper 140*, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.
- [Roth, S.J.](#) (2026), Der Pflegemindestlohn sollte bei der Pflege-Reform auf den Prüfstand, *Wirtschaftsdienst* 106 (3), 161–165.
- [Rothgang, H.](#) (2026), Steigende Eigenanteile in der Pflege: Warum Leistungsdynamisierung nicht ausreicht, *Wirtschaftsdienst* 106 (3), 171–175.
- [Rothgang, H.](#), [C. Burfeindt](#), [J. Cwikla](#) und [R. Müller](#) (2025), *BARMER Pflegereport 2025: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 48, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin.
- [Rothgang, H.](#) und [D. Domhoff](#) (2025), Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgerversicherung, Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung, Universität Bremen, Bremen.
- [Rothgang, H.](#), [M. Hasseler](#), [M. Fünfstück](#), [L. Neubert](#) und [J. Czikla](#) (2015), Evaluation des NBA: Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen, Endbericht, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen.
- [Rothgang, H.](#), [S. Iwansky](#), [R. Müller](#), [S. Sauer](#) und [R. Unger](#) (2010), *BARMER GEK Pflegereport 2010 – Schwerpunktthema: Demenz und Pflege*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd.

- Rothgang, H., T. Mamontova und C. Wagner (2026), Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen, Sonderanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit, Universität Bremen, Bremen.
- Rothgang, H. und R. Müller (2024), BARMER Pflegereport 2024: Pflegerisiko und Pflegedauer, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 47, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin.
- Rothgang, H., R. Müller, R. Mundhenk und R. Unger (2014), BARMER GEK Pflegereport 2014 – Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29, BARMER GEK, Berlin.
- Rothgang, H., A. Schmid, L. Maaß, B. Preuß und C. Wagner (2019), Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) – Abschlussbericht: Statistische Untersuchung (Los 4), SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bremen.
- Rothschild, M. und J. Stiglitz (1976), Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics* 90 (4), 629–649.
- Ruotsalainen, S., M. Elovainio, S. Jantunen und T. Sinervo (2023), The mediating effect of psychosocial factors in the relationship between self-organizing teams and employee wellbeing: A cross-sectional observational study, *International Journal of Nursing Studies* 138, 104415.
- Schmitz, H. und M. Westphal (2017), Informal care and long-term labor market outcomes, *Journal of Health Economics* 56, 1–18.
- Schober, G. (2025), Bewohnern droht Rauswurf aus Pflegeheimen, <https://www.tagesschau.de/investigativ/report-mainz/sozialhilfe-pflege-100.html>, abgerufen am 13.4.2026.
- Schwinger, A., K. Jürchott, C. Tsiasioti, S. Matzk und S. Behrendt (2023), Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66 (5), 479–489.
- Schwinger, A. und K. Zok (2024), Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände, *WIdO monitor 1/2024*, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2023), Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt, Pressemitteilung N029, Wiesbaden, 11. Mai.
- Stolarz, H., U. Kremer-Preiß und H. Kieschnick (2006), *Ambulant betreute Wohngruppen, Arbeitshilfe für Initiatoren*, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gütersloh und Köln.
- vdek (2026), Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen erneut mehr aus eigener Tasche bezahlen: Eigenanteil steigt auf durchschnittlich 3.245 Euro im ersten Aufenthaltsjahr, Pressemitteilung, Verband der Ersatzkassen, Berlin, 22. Januar.
- vdek (2025), Pilotprojekt belegt: Humanoide Roboter können die Gesundheit von Pflegebedürftigen verbessern, Pressemitteilung, Verband der Ersatzkassen, Kiel und Lübeck, 9. April.
- VdK (2026), Pflegeversicherung, Sozialverband VdK Deutschland, <https://www.vdk.de/themen/pflege/pflegeversicherung/>, abgerufen am 1.4.2026.
- Verbakel, E. (2018), How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms, *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (4), 436–447.
- Wasem, J., C. Arentz, T. Büttner, C. Papaspyratos und C. Rolfs (2025), Stellungnahme des Experten-Rat „Pflegefinanzen“ zum Start der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministeriebene zur Reform der Pflegeversicherung und zum Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Verantwortung für Deutschland“, April 2025, Experten-Rat Pflegefinanzen, Köln.
- Werding, M. et al. (2026), Alterungsschub und Sozialbeiträge: Simulationen zu GKV und Pflegeversicherung, SVR-Arbeitspapier, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Berlin, im Erscheinen.
- WIdO (2026), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.
- WIdO (2025), Unzureichende Flüssigkeitszufuhr bei Demenz – QCare Qualitätsatlas Pflege, Wissenschaftliches Institut der AOK, <https://qualitaetsatlas-pflege.de/fluessigkeitsversorgung-bei-demenz/kreise/anteil/2023>, abgerufen am 22.4.2026.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK (2022), Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen, Gutachten, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin.