

# G+G

# Wissenschaft

GGW – das Wissenschaftsforum in  
Gesundheit und Gesellschaft

## Inhalt

### Notizen

Zeitschriftenschau  
von *Flora-Marie Hegerath* 2

Drei Fragen  
an *Fabian Leendertz* 3

Buchtipps  
von *Sandra Jaworeck* 4

**Aus dem WIdO** 5

### Analysen

#### Herausforderungen der 21. Legislaturperiode

Versorgungs- und Vergütungsstrukturen  
im Wandel  
von *Jonas Schreyögg und Robert Messerle* 7

Nachhaltige Finanzierung der Pflege –  
nur mit Kapitaldeckung  
von *Friedrich Breyer* 16

Pflegefinanzierung: zentrale  
Herausforderungen und Lösungsoptionen  
von *Heinz Rothgang* 25

Systembedingte Grenzen der  
GKV-Finanzierung überwinden  
von *Stefan Sell* 33

#### Studie im Fokus

Große Sprachmodelle verbessern  
Diagnostik 43

**Köpfe und Kongresse** 44

Impressum 44

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

als die Koalitionäre in spe Anfang März ihre Pläne für ein immenses Sondervermögen vorstellten, hatte mancher schnell Eurozeichen in den Augen. Was könnte man davon nicht alles finanzieren? Brücken ließen sich sanieren, Kitas bauen, neue Technologien fördern ... Auch die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit, die für ihren Teilbereich konsensfähige Eckpunkte für den Koalitionsvertrag erarbeiten sollte, schöpfte zum Teil aus dem Vollen. Milliardenbeträge wurden veranschlagt für eine Gesundheitsfonds-Spritze für GKV-versicherte Bürgergeldbeziehende, einen Pandemieausgleich für die Pflegeversicherung, einen Inflationsausgleich für die Kliniken, die Teilentbudgetierung der Fachärzte und einiges mehr. Ökonomen warnen aber nicht erst seit der Ankündigung des Sondervermögens: Es ist gewöhnlich die Knappheit an finanziellen Ressourcen, die zu Strukturreformen motiviert, nicht das Übermaß. Und im Gesundheitssystem gibt es bei den Strukturen reichlich zu tun. Ein Topthema sollte die Pflegeversicherung sein, der wir gleich zwei Analysen widmen. Aber auch in der ambulanten Medizin besteht Handlungsbedarf. Unsere letzte Analyse widmet sich der Finanzierung der Krankenversicherung im Ganzen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

*Jonas Schreyögg*

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

## Innovationen gegen Krankheiten gesucht

Trotz des medizinischen Fortschritts sind noch viele Krankheiten nicht behandelbar. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung will darum innovative Ansätze zur Krankheitsbehandlung fördern. Projektskizzen können bis zum 4. Juni eingereicht werden.

 [gesundheitsforschung-bmbf.de/de/18376.php](https://gesundheitsforschung-bmbf.de/de/18376.php)

FORSCHUNG

## Neues Institut für Zelltherapie

An der Universitätsmedizin Halle entsteht ein neues Institut für Zelltherapie, das innovative Therapien gegen Krebs und altersbedingte Erkrankungen entwickeln soll. Das Wissenschaftsministerium Sachsen-Anhalt fördert den Aufbau des Instituts mit insgesamt rund vier Millionen Euro über drei Jahre.

 [idw-online.de/de/news849248](https://idw-online.de/de/news849248)

E-LEARNING

## Besser mit Patienten sprechen

Sieben medizinische Fakultäten aus Nordrhein-Westfalen haben im Zuge des E-Learning-Projekts „eKommMed.nrw“ interaktive Lernmaterialien zur ärztlichen Kommunikation für Lehrende und Studierende zusammengestellt. Die Inhalte können kostenlos abgerufen werden.

 [uni-due.de/med/meldung.php?id=1747](https://uni-due.de/med/meldung.php?id=1747)

## Zeitschriftenschau




**Zur Person**

Flora-Marie Hegerath, M.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität Bochum

**Kontakt**

MB 0/67  
44801 Bochum  
Telefon:  
0234 3224954  
E-Mail:  
flora-marie.hegerath@rub.de

 [amrub.de](https://amrub.de)

### Diskriminierung im Gesundheitssystem

Eine Studie aus Schottland zeigt, dass junge Frauen im Gesundheitssystem häufig Diskriminierung erfahren. Alters- und geschlechtsspezifische Vorurteile führen dazu, dass Beschwerden nicht ernst genommen werden, was den Zugang zu medizinischer Versorgung erschwert. Die Autorinnen betonen die Notwendigkeit einer besseren Datenlage, um gesundheitliche Ungleichheiten von Frauen besser zu verstehen und gezielte Maßnahmen abzuleiten.

**SSM - Qualitative Research in Health**

doi: [10.1016/j.ssmqr.2025.100534](https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100534)

### Empowerment für chronisch Kranke

Menschen mit chronischen Erkrankungen stehen vor der Herausforderung, ihre Gesundheit selbst zu managen. Eine Studie mit 130 Menschen mit Typ-2-Diabetes zeigte, dass das Empowerment-Modell sie befähigte, eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung einzunehmen. Es verbesserte Selbstmanagement, Zufriedenheit und gesundheitliche Ergebnisse. Ärzte, die chronisch Kranke dabei unterstützen, statt nur Anweisungen zu geben, fördern Therapieerfolge und Lebensqualität.

**J Family Community Med.**

doi: [10.4103/jfcm.jfcm\\_332\\_23](https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_332_23)

### Virtuelle Arztbesuche


Virtuelle Arztbesuche ergänzen die ambulante Versorgung sinnvoll, etwa bei der Ersteinschätzung von Beschwerden oder der medizinischen Beratung, so das Ergebnis einer Literatuarbeit. Sie sparen Zeit und Anfahrten, haben aber auch Grenzen: Nicht alle Krankheiten sind sicher über die Distanz hinweg diagnostizierbar, und die Entlastung des Gesundheitssystems bleibt unklar. Entscheidend ist die Integration der virtuellen Sprechstunden in bestehende Abläufe, um ein flexibles, patientenfreundliches Gesundheitswesen zu fördern.

**J Med Internet Res.;** doi: [10.2196/55007](https://doi.org/10.2196/55007)

## FORSCHUNG

## Endometriose im Fokus

Um eine bessere Versorgung von Frauen mit Endometriose geht es im Projekt „ENDO-EVE“, das der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses mit 5,9 Millionen Euro fördert. Ein interdisziplinäres Konsortium will die Diagnose der oft erst spät erkannten Erkrankung beschleunigen.

 [innovationsfonds.g-ba.de](https://innovationsfonds.g-ba.de)  
> Projekte > Neue Versorgungsformen > Endo-Eve

## COUNTDOWN-BERICHT

## Gesundheit und Klimawandel

Der europäische Lancet-Countdown-Bericht zu Gesundheit und Klimawandel wird künftig an der Universität Heidelberg und am Institut für Globale Gesundheit Barcelona koordiniert. Der nächste Bericht zu den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels in Europa soll im Frühjahr 2026 erscheinen.

 [lancetcountdown.org/europe](https://lancetcountdown.org/europe)

## KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

## Neuer Cochrane- Standort gegründet

Ein neuer Forschungsstandort des Cochrane-Netzwerks an der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum Tübingen sowie am Bosch Health Campus in Stuttgart soll die Qualität in der Forschung zur Komplementärmedizin stärken.

 [cochrane.de](https://cochrane.de) > News  
> Newsbeiträge > 18 Mar 2025

## Drei Fragen ...



### Forschungsschwerpunkte


Ökologie und Entstehung von Zoonosen; Epidemiologie und Ökologie antimikrobieller Resistenzen; Evolution von Krankheitserregern; Evolutionäre Gemeinschaftsökologie; One Health Surveillance

### Jahresetat

Grundbudget  
5,5 Millionen Euro  
plus Drittmittel

### Kontakt

Helmholtz-Institut  
für One Health,  
Fleischmann-  
straße 42,  
17489 Greifswald  
Telefon:  
03834 3916101  
E-Mail:  
hioh-pr@  
helmholtz-hioh.de

 [helmholtz-hioh.de](https://helmholtz-hioh.de)

### Kooperation ist das Fundament der One-Health-Forschung

... an Prof. Dr. Fabian Leendertz, Gründungsdirektor des Helmholtz-Instituts für One Health (HIOH) in Greifswald

### Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Am HIOH stellen wir uns die Frage: Wie können wir Pandemien verhindern oder uns immerhin besser darauf vorbereiten? Dafür erforschen wir, wie Zoonosen, also vom Tier auf den Menschen übertragbare Krankheiten, entstehen und wie sich antimikrobielle Resistenzen entwickeln und verbreiten. Außerdem interessiert uns, wie sich Krankheitserreger über die Jahrhunderte entwickelt haben und wie sich veränderte Umweltbedingungen auf die Übertragung von Krankheiten auswirken.

### Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Dem One-Health-Ansatz folgend betrachten wir die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt als ein zusammenhängendes Ganzes. Das gelingt nur durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unserer Expertinnen und Experten aus Veterinärmedizin, Mikrobiologie, Ökologie und Epidemiologie und die Unterstützung lokaler, nationaler und internationaler Partner. Kooperation ist das Fundament der One-Health-Forschung.


### Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Entscheidungen sollten auf der Grundlage wissenschaftlich belegter Daten getroffen werden. Dazu ist ein offener Austausch zwischen Wissenschaft und Politik notwendig. Eine gute Anlaufstelle für diesen Dialog ist beispielsweise die nationale One Health Plattform, ein Netzwerk zur Umsetzung des One-Health-Ansatzes und zur Förderung inter- und transdisziplinärer Forschungsaktivitäten.

## STUDIUM I

## Bachelor Gesundheitswissenschaften


Zum Wintersemester 2025/2026 bietet die Hochschule Bochum erstmals den Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften an. Das auf sechs Semester angelegte Studium soll die Studierenden dazu qualifizieren, bedarfsgerechte Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln.

 [hochschule-bochum.de](https://hochschule-bochum.de)  
 > Studium > Studienangebote  
 > Bachelorstudiengänge  
 > Gesundheitswissenschaften

## STUDIUM II

## Masterstudium Psychologie


Ein neuer Masterstudiengang Psychologie startet zum Wintersemester 2025/2026 an der Pädagogischen Hochschule Weingarten. Der Schwerpunkt des viersemestrigen Studiums soll die Lern- und Beratungstherapie sein. Einschreibungen sind vom 15. bis zum 31. Mai möglich.

 [ph-weingarten.de](https://ph-weingarten.de)  
 > Studium & Weiterbildung  
 > Masterstudiengänge  
 > Psychologie

## STUDIUM III

## Neue Studienplätze für Humanmedizin

Die private, staatlich anerkannte HMU Health and Medical University bietet in Zusammenarbeit mit dem Helios Klinikum Krefeld ab Wintersemester 2025 neue NC-freie Studienplätze im Staatsexamenstudiengang Humanmedizin an. Die Studiengebühr beträgt in den ersten beiden Studienabschnitten 1.500 Euro und im Praktischen Jahr 300 Euro pro Monat.

 [idw-online.de/de/news848405](https://idw-online.de/de/news848405)

## Buchtipps




### Zur Person

Dr. Sandra Jaworeck,  
Technische Universität Chemnitz,  
Institut für Soziologie

### Kontakt

Thüringer Weg 9,  
09126 Chemnitz  
Telefon:  
0371 53135150  
E-Mail:  
[sandra.jaworeck@hsw.tu-chemnitz.de](mailto:sandra.jaworeck@hsw.tu-chemnitz.de)

 [tu-chemnitz.de/hsw/soziologie](https://tu-chemnitz.de/hsw/soziologie)

## Thema: Gesundheitssoziologie

### Matthias Richter, Klaus Hurrelmann Soziologie von Gesundheit und Krankheit

Warum sind manche Menschen gesünder als andere? Dieses Lehrbuch gibt einen strukturierten Überblick über zentrale Theorien und empirische Grundlagen der Gesundheitssoziologie. Es erklärt anschaulich, wie Faktoren wie Bildung, Einkommen und Lebensstile die Gesundheit beeinflussen, und eignet sich ideal für alle, die sich mit den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen möchten.

(Springer VS 2023)

Peter Kriwy, Monika Jungbauer-Gans (Hrsg.)

### Handbuch Gesundheitssoziologie

Wie beeinflussen soziale Faktoren unsere Gesundheit? Dieses umfassende Handbuch behandelt Themen wie

gesundheitliche Ungleichheiten, Lebensverlaufsperspektive, Gesundheitsorganisationen und Gesundheitssysteme. Es verbindet theoretische Ansätze mit empirischen Erkenntnissen und bietet sowohl Fachleuten als auch interessierten Laien eine fundierte Einführung in die Gesundheitssoziologie.  
(Springer VS 2020)

Rasmus Hoffmann (Hrsg.)

### Handbook of Health Inequalities Across the Life Course

Wie prägen soziale Ungleichheiten die Gesundheit im Lebensverlauf? Dieses englischsprachige Handbuch untersucht den Einfluss von Bildung, Einkommen und Geschlecht auf die Gesundheit über verschiedene Lebensphasen. Mit Beiträgen führender Experten liefert es tiefgehende Analysen und eröffnet neue Perspektiven auf gesundheitliche Ungleichheiten.

(Edward Elgar Publishing 2023)

# Mehr als Beatmung

**Zusammen mit dem aQua-Institut und der Hochschule Osnabrück hat das Wissenschaftliche Institut der AOK im Projekt ATME die Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland erforscht. Das Ergebnis: Daten zu rund 18.500 AOK-Versicherten bestätigen die Vulnerabilität und Heterogenität dieser Patientengruppe.**

Die außerklinische Intensivpflege (AKI) hat aufgrund des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts, aber auch durch die demografische Veränderung unserer Gesellschaft in den vergangenen Jahren an Relevanz gewonnen. Die wachsende Gruppe der Betroffenen zeichnet sich durch ihre Vulnerabilität sowie eine hohe Komplexität der zugrunde liegenden Erkrankungsbilder und der Versorgung aus. Erforderlich ist unter anderem die ständige Anwesenheit von qualifiziertem Pflegepersonal.

Die Rahmenbedingungen der AKI wurden durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) aus dem Jahr 2020 sowie die darauf basierende Richtlinie (AKI-RL) neu geregelt. Das Projekt ATME hatte eine Laufzeit von zwei Jahren, in denen erstmalig in diesem Umfang die Versorgungsstrukturen und Krankheitsverläufe von beatmeten und tracheotomierten Menschen mit außerklinischer Intensivpflege analysiert wurden. Das Projekt leistet damit einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz über dieses Versorgungssegment.

Es wird deutlich, dass die untersuchte Bevölkerungsgruppe hinsichtlich Alter, Krankheitsbildern, Versorgungsformen und -verläufen äußerst heterogen ist. Die Bedarfe und Bedürfnisse der einzelnen Untergruppen in der AKI-Versorgung unterscheiden sich erheblich. Beispielsweise zeigen die Ergebnisse, dass bei Weitem nicht alle Menschen in der AKI beatmet oder tracheotomiert sind. So sind Kinder und Jugendliche in der AKI mit 56 Prozent überwiegend nicht tracheotomiert und beatmet, während der Anteil der so versorgten Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe der 66- bis 85-Jährigen mit 93 Prozent am höchsten ist.

Unterschiede gibt es auch beim Versorgungsort. Mehr als zwei Drittel der im Rahmen der AKI Versorgten leben zu Hause. Die anderen Patientinnen und Patienten verteilen sich etwa hälftig auf Wohngemeinschaften und stationäre Einrichtungen, wobei der Anteil der Wohngemeinschaften über die Jahre zunimmt. Entscheidend für den Versorgungsort sind Art und Schwere der Erkrankung: Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen leben häufiger in Gemeinschaftseinrichtungen, während Menschen mit (neuro-)muskulären Erkrankungen deutlich häufiger zu Hause versorgt werden.

Dabei lässt sich eine deutliche Varianz bei den Krankheitsverläufen feststellen: Während ein erheblicher Anteil der Betroffenen (48 Prozent) innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der außerklinischen Intensivpflege verstirbt, verbleibt fast jeder Dritte länger als fünf Jahre in dieser Versorgung.



**Felipe Argüello Guerra**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Pflege des WIdO



Die Menschen, die in der außerklinischen Intensivpflege betreut werden, unterscheiden sich sehr stark im Hinblick auf ihr Alter, die Krankheitsbilder sowie die Versorgungsformen und -verläufe.

Der Abschlussbericht ist an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übermittelt worden. Bis zur Veröffentlichung des Berichts sind weitere Informationen zum Projekt (Förderkennzeichen O1VSF21027) auf der GBA-Webseite abrufbar: [innovationsfonds.g-ba.de](https://innovationsfonds.g-ba.de) > Projekte > Versorgungsfor-schung > ATME

**WIdO-Ticker** Im Gesundheitsatlas-Deutschland (<https://gesundheitsatlas-deutschland.de/>) stehen für Analysen nun die Daten des Jahres 2023 zur Verfügung. • Anmeldung zum Newsletter: [wido.de/news-events/newsletter](https://wido.de/news-events/newsletter) • Aktuelle Stellenausschreibungen: [wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido](https://wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido) • GGW auf der WIdO-Website: [wido.de/publikationen-produkte/ggw](https://wido.de/publikationen-produkte/ggw) • Kontakt zum WIdO unter 030 346462393

## Hybride Qualitätsindikatoren

### DAS WIdO AUF KONGRESSEN

#### Robert Messerle

„Einflussfaktoren auf die Ambulantisierung in Kliniken“, Klausurtagung, Medizinische Hochschule Hannover, Soltau, 02/2025

#### Robert Messerle

„Quo vadis Krankenhausversorgung?“ und „The Impact of Publicly Reported Quality on Patients' Hospital Choice in Germany“, Jahreskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Paderborn, 03/2025

#### Thomas Ruhnke

„Identifizierung ambulanter Arzt-Patienten-Kontakte für die Analyse von Versorgungspfaden nach Sepsis“, AGENS-Methodenworkshop 2025, Jena, 03/2025

**International und national werden Routinedaten aus der Krankenhausabrechnung zur Definition von Qualitätsindikatoren genutzt, um die stationäre Behandlungsqualität zu messen. Für den fairen Qualitätsvergleich von Kliniken ist eine Risikoadjustierung der Indikatoren unabdingbar, die Unterschiede im Fallmix der Kliniken berücksichtigt.**

Im Projekt „Hybrid-QI – Hybride Qualitätsindikatoren mittels Machine Learning-Methoden“ hat das WIdO untersucht, wie durch die Verknüpfung von administrativen und klinischen Daten hybride Qualitätsindikatoren gebildet werden können, wenn Risikofaktoren und Outcomes in den Routinedaten nicht direkt erfasst werden.

Für vier stationäre Leistungen wurden AOK-Routinedaten und klinische Informationen auf Patientenebene zusammengeführt. Beim akuten Herzinfarkt und den schultergelenknahen Oberarmfrakturen konnten risikoadjustierte Qualitätsindikatoren definiert werden, die verfügbare klinische Informationen mittels Routinedaten näherungsweise bestimmen und keine zusätzlichen klinischen Datenfelder erfordern. Das ermöglicht eine Qualitätsmessung, die Dokumentationslasten in den Kliniken vermeidet. In der durch den Innovationsfonds geförderten Studie (Förderkennzeichen 01VSF20013) kooperierte das WIdO mit dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung des Universitätsklinikums Dresden und den Helios Kliniken.

### ARZNEIMITTELVVERBRAUCH

## Wieder mehr Antibiotika

**Der Antibiotikaverbrauch in Deutschland ist 2023 deutlich gestiegen: Mit 36,1 Millionen abgegebenen Packungen wurden 18,4 Prozent mehr als 2022 und 6,1 Prozent mehr als im Vor-Corona-Jahr 2019 verordnet.**

Besonders besorgniserregend ist der Anstieg bei den Reserveantibiotika: Die Zahl der Verordnungen lag 2023 mit 15,7 Millionen Verordnungen um 21 Prozent höher als im Vorjahr. Reserveantibiotika sind Medikamente, für die eine strenge Indikation vorgesehen ist. Um ihre Wirksamkeit zu erhalten und die Entstehung von Resistenzen zu vermeiden, sollen sie nur eingesetzt werden, wenn herkömmliche Antibiotika nicht wirksam sind.

Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 275 Verordnungen von Standardantibiotika und 211 Verordnungen von Reserveanti-

biotika je 1.000 Versicherte abgerechnet. Eine Analyse der Verordnungen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen weist beachtliche regionale Unterschiede auf. Während der Verbrauch in der Humanmedizin steigt, bleibt der Antibiotikaeinsatz in der Tierhaltung rückläufig. Seit 2014 sank er um 57,3 Prozent.

Es fehlt an neuen antibiotischen Wirkstoffen. Im Jahr 2023 wurde kein einziges neues Antibiotikum in den Markt eingeführt, in den vergangenen zehn Jahren lediglich acht. Finanzielle Anreize sollen Forschung fördern, doch die Pipeline bleibt ausgetrocknet. Experten warnen: Ohne neue Medikamente und ohne einen zurückhaltenden Einsatz drohen dramatische Folgen durch Resistenzen. Es gilt weiterhin, den verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika zu fördern und so Resistenzen zu vermeiden.

# Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Wandel

von Jonas Schreyögg und Robert Messerle

## Abstract

**Die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen** im deutschen Gesundheitswesen sind im Wandel. Mit der Einführung hybrider Diagnosis Related Groups (Hybrid-DRG) für sektorengleiche Leistungen und Vorhaltevergütungen für Krankenhäuser wurden in der vergangenen Legislaturperiode für zwei Bereiche der Versorgung neue Vergütungsstrukturen angestoßen, die mittelfristig auch zu Änderungen der Versorgungsstrukturen führen sollen. Wesentliche weitere gesundheitspolitische Baustellen verbleiben jedoch – wenn überhaupt – im Planungsstadium. Fehlende Versorgungsoptionen gehen einher mit unpassenden Vergütungsstrukturen. Um zukunftsfähige Strukturen zu erreichen, sind einige Hürden zu nehmen und sowohl neue Versorgungs- als auch Vergütungsoptionen auszugestalten.

**Schlüsselwörter:** Primärversorgungszentren, intersektorale Versorgungszentren, hausarztzentrierte Versorgung, Jahrespauschalen, Bundled Payments, Pay for Performance

**Care and remuneration structures** in the German health-care system are changing. With the introduction of hybrid Diagnosis-Related Groups for cross-sectoral services and readiness payments for hospitals, new remuneration structures were initiated for two areas of care in the last legislative period. They should lead to changes in care structures in the medium term. However, important other health policy issues remain in the planning stage, if they are tackled at all. A lack of care options goes hand in hand with inadequate remuneration structures. In order to achieve sustainable structures, a number of obstacles have to be overcome and new supply and remuneration options need to be developed.

**Keywords:** primary care centres, intersectoral care centres, family doctor-led care, capitation payment, bundled payments, pay for performance

# 1 Strukturwandel

Seit Jahren wird über den notwendigen Strukturwandel in der deutschen Versorgungslandschaft diskutiert. Als Mittel zur Erreichung von Strukturveränderungen werden dabei häufig die Vergütungssysteme adressiert. Zuletzt wurde mit der Einführung hybrider Diagnosis Related Groups (kurz: Hybrid-DRG) ein neues sektorenübergreifendes Vergütungssystem geschaffen, das die Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen endlich vorantreiben soll. Umfassende Vergütungsänderungen für die stationäre Versorgung, etwa das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) von Ende 2024 (*Deutscher Bundestag 2024*), sollen ebenfalls mit weitreichenden Veränderungen der Versorgungsstrukturen einhergehen. Wesentliche gesundheitspolitische Baustellen bestehen aber auch in der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung. Dort gehen fehlende Versorgungsoptionen mit unpassenden Vergütungsstrukturen einher. Der Trend zur Tätigkeit in Anstellung bei Ärzten, die Notwendigkeit interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit – auch in größeren Einheiten – sowie die zunehmende Bedeutung einer adäquaten Lenkung in bedarfsgerechte Strukturen werden in den Versorgungs- und Vergütungsstrukturen bislang nur unzureichend berücksichtigt.

Um zukunftsfähige Strukturen für die zweifellos an Bedeutung gewinnende ambulante und ambulant-stationäre Versorgung zu erreichen, sind einige Hürden zu überwinden und sowohl neue Versorgungs- als auch Vergütungsoptionen zu gestalten. Primärversorgungszentren und intersektorale beziehungsweise regionale Gesundheitszentren sind neue Modelle der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung, die diese Entwicklungen aufgreifen könnten. Beide Versorgungsoptionen werden seit Jahren gefordert und sind international vielfach bereits etabliert. Sie werden in den deutschen Versorgungsstrukturen aber bisher nicht regelhaft umgesetzt, da Vergütungssystematik und Regulatorik noch nicht dafür ausgelegt sind und ihnen teilweise in Politik und Praxis die erforderliche Akzeptanz fehlt.

Der Befund, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen in Deutschland zu unkoordiniert erfolgt, ist nicht neu. Er gewinnt aber angesichts der aufgrund der Demografie künftig möglicherweise steigenden Inanspruchnahme an Bedeutung. Eine freiwillige hausarztzentrierte Versorgung

(HzV) sollte dabei ein wichtiger Baustein vermehrter Koordination darstellen. Sie weist jedoch verschiedene Konstruktionsfehler auf. Diese sollten in gesetzlichen Änderungen Berücksichtigung finden. Auch die Notfallversorgung spielt eine entscheidende Rolle bei der Koordination an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der zuletzt vorgestellte Reformentwurf bleibt allerdings unvollständig und bedarf einer Erweiterung, um den Herausforderungen gerecht zu werden. Ebenso fehlen Vergütungsmodelle, die bei zunehmender Komplexität der Versorgung adäquate Anreize setzen. Alternative Vergütungsansätze wie Jahrespauschalen, Bundled Payments oder qualitätsorientierte Vergütungen könnten auf der Basis eines empirisch kalkulierten und sachgerecht adressierten Vergütungssystems die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen begleiten und fördern.

## 2 Neuordnung der ambulanten Versorgung

### 2.1 Zentren

Eine wichtige Neuerung, insbesondere für den ländlichen Raum, mit dem Ziel der zukünftigen Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung sowie der Entlastung der Fachkräftesituation sollten Modelle der ambulanten und der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung darstellen. Dabei erscheint es konzeptionell wichtig, terminologisch zwischen Primärversorgungszentren und intersektoralen Zentren zu differenzieren. Während Primärversorgungszentren ausschließlich ambulant versorgende Einrichtungen darstellen, in denen Haus- und Fachärzte in interprofessionellen Teams behandeln, sind intersektorale Zentren zusätzlich auf kurze stationäre Aufenthalte ausgelegt (*SVR 2024, 258 ff.*). Das heißt, sie können Patienten auf Kurzliegestationen zur Beobachtung für einige Tage aufnehmen. Dort lassen sich je nach Bedarf auch unter anderem ambulante Operationszentren integrieren, um Fälle aus dem personalintensiven stationären Versorgungsbereich zu übernehmen. Je nach Region kann auch eine 24-Stunden-Notfallpraxis vorgehalten werden. Diese Zentren werden im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts STATAMED pilotiert (*AOK-Bundesverband 2023*). In Niedersachsen wurden unter der Bezeichnung „Regionales Gesundheitszentrum“ kürzlich einige solcher Einrichtungen eröffnet (siehe zum Beispiel *NMSAGG 2023*).

Das Ziel von Primärversorgungszentren ist es, eine umfassende Anlaufstelle im ländlichen Bereich zu bieten, die in der Lage ist, chronisch Kranke und multimorbide Patienten multiprofessionell zu behandeln und deren Behandlung zu koordinieren. Dabei zeigt sich in anderen Ländern, dass eine multiprofessionelle Versorgung unter anderem mit akademisierten Pflegefachpersonen im Sinne der Versorgungsqualität sinnvoll ist (*Schlunegger et al. 2023*). Darüber hinaus bietet eine Tätigkeit in multiprofessionellen Teams ein attraktives Arbeitsumfeld, was für die Rekrutierung von Fachpersonal im ländlichen Raum besonders wichtig ist. Durch diese Versorgungsform kann der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten mit mehr Kapazitäten begegnet werden.

Das Ziel der Schaffung intersektoraler Zentren ist ebenfalls die Verbesserung der Versorgungssituation der Menschen auf dem Land und gegebenenfalls auch in besonderen Settings in Großstädten. Es geht dabei primär um die Erbringung einer wohnortnahen Leistung, die nicht (mehr) ambulant erfolgen kann, für die aber ein Aufenthalt in einem spezialisierten Krankenhaus in der nächsten Stadt weder sozial, versorgungsqualitativ noch wirtschaftlich sinnvoll erscheint. Kernpunkt dieser Einrichtungen ist es, chronisch Kranke und multimorbide Menschen, die keine hochtechnisierte Versorgung in spezialisierten Einrichtungen benötigen, auf einer allgemeinmedizinischen Beobachtungsstation aufnehmen zu können, zum Beispiel ältere Menschen, die dehydriert sind. Nach einer stationären Beobachtung von ein bis drei Tagen können diese dann wieder in ihr gewohntes Umfeld entlassen werden. Eine weitere Möglichkeit, die derartige Beobachtungsstationen bieten, ist die wohnortnahe Versorgung nach der Rückkehr von einer komplexeren Operation in einem spezialisierten Krankenhaus im nächsten Ballungsraum. Die Diskussion um die sogenannten Level-1i-Krankenhäuser, also sektorenübergreifende Häuser mit ärztlichen und pflegerischen Leistungen, war für die Vision von intersektoralen Zentren für den ländlichen Raum nicht förderlich, da die Bevölkerung dies als bevorstehendes Downgrading ihres eigenen Krankenhauses wahrgenommen hat. Deshalb wäre es künftig sinnvoll, diese Einrichtungen anders zu positionieren. Es muss klarer kommuniziert werden, dass diese Einrichtungen im Vergleich zum Status quo der ländlichen Versorgung in Deutschland potenziell eine Verbesserung der Versorgungsqualität erlauben, die noch dazu häufig wohnortnäher erfolgen kann als bisher.

Ein weiterer Grund für die geringe Ausprägung bei der Versorgungsformen in Deutschland ist die zu starke, an der Einzelpraxis und dem Arzt an sich orientierte Vergütung. Darüber hinaus benötigen beide Versorgungsformen zur Entfaltung ihres Potenzials eine Reihe von regulatorischen Änderungen. Die im Rahmen des KHVVG vorgenommenen Anpassungen sind ein erster Schritt. Allerdings bedarf es weiterer Änderungen. Insbesondere sollten intersektorale Zentren eine hohe Flexibilität beim Einsatz von Personal haben können, da gerade in sehr ländlichen Regionen nicht immer gewährleistet werden kann, dass zum Beispiel eine ärztliche Leitung für die Beobachtungsstation gefunden wird. Außerdem erscheint es sinnvoll, den zu erbringenden Leistungskatalog nicht ex ante starr vorzugeben, da diese Versorgungsform die Möglichkeit haben sollte, passgenau auf die lokalen Bedarfe zu reagieren.

## 2.2 Modifiziertes HzV-Modell

Eine HzV kann über eine verbesserte Koordination die Inanspruchnahme von nicht indizierten fachspezialistischen Untersuchungen reduzieren. Diese Reduktion der Inanspruchnahme macht die HzV auch zu einer potenziell wichtigen Stellschraube zur Verbesserung der Fachkräftesituation, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem Fachkräftegutachten gezeigt hat (*SVR 2024, 267 ff.*). Sie kann außerdem Qualitätsvorteile insbesondere für die Versorgung älterer, chronisch kranker und/oder multimorbider Patienten haben, zum Beispiel indem Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zuverlässiger erkannt werden (*SVR 2024, 268*). Der bisherige gesetzliche Rahmen für HzV-Modelle weist jedoch zahlreiche Probleme auf, die dazu beitragen, dass die HzV in bisherigen Evaluationen ihr Potenzial nicht ausschöpfen konnte. Erstens haben die Versicherten keinen finanziellen Anreiz, sich für eine HzV einzuschreiben. Daher sind in Deutschland auch nur circa zehn Prozent der gesetzlich Versicherten Teilnehmer einer HzV, obwohl im Jahr 2022 ein Anteil von 90 Prozent der gesetzlich Versicherten mindestens einen Besuch bei Haus- oder Kinderärzten hatten, die diese Koordinationsfunktion übernehmen könnten (*SVR 2024, 265*). Zweitens erfolgt mit der Einschreibung in eine HzV keine verbindliche Verpflichtung, auf unkoordinierte fachspezialistische Besuche zu verzichten. Entsprechend halten sich viele Versicherte nicht an den vorgegebenen Weg der Überweisung durch den Hausarzt. Drittens fragmentiert die

H<sub>z</sub>V die Versorgungslandschaft, weil sie im Rahmen von Selektivverträgen organisiert ist, mit denen entsprechende administrative Aufwände verbunden sind.

Daher erscheint es dringend geboten, in der 21. Legislaturperiode Änderungen am gesetzlichen Rahmen durchzuführen, um den Neustart einer effektiveren H<sub>z</sub>V zu ermöglichen. Hierfür sollte erstens die H<sub>z</sub>V in den Kollektivvertrag überführt werden. Jeder Haus- und Kinderarzt sollte Versicherten H<sub>z</sub>V-Leistungen anbieten, sofern diese sich in einen entsprechenden Vertrag einschreiben. Diese Regelung würde bürokratische Aufwände reduzieren und ein flächendeckendes H<sub>z</sub>V-Angebot ermöglichen. Zweitens sollte die Nutzung finanzieller Anreize zur Erhöhung der Einschreibequote und gleichzeitig zur Erhöhung der Adhärenz erwogen werden. So könnte die Einschreibung und damit der Verzicht auf unkoordinierte Besuche mit einer Beitragsrückerstattung incentiviert werden. Der finanzielle Anreiz sollte dabei substanzvoll sein, um eine spürbare Wirkung zu erzeugen (Aron-Dine et al. 2013). Da die Verbindlichkeit in diesem modifizierten Modell höher ist als in dem bisherigen H<sub>z</sub>V-Modell, ist entsprechend davon auszugehen, dass auch die Reduktion der Inanspruchnahme von unkoordinierten Besuchen sowie von stationären Aufnahmen höher ausfällt. Denkbar wäre auch, für unkoordinierte Facharztbesuche eine Zuzahlung zu erheben und bei Wahl des H<sub>z</sub>V-Modells und entsprechender koordinierter Facharztbesuche auf diese Zuzahlung zu verzichten. Letztere Option entspricht dem Modell, das in Frankreich und Dänemark erfolgreich praktiziert wird. Andere Staaten setzen bereits auf eine freiwillige Einschreibung als Wahlmodell mit finanziellen Anreizen. In Frankreich, das dem deutschen Gesundheitssystem strukturell ähnlich ist, entscheiden sich 90 Prozent für ein hausarztzentriertes Modell. In anderen Ländern sind die Einschreiberaten bei freiwilliger incentivierter Einschreibung sogar noch höher, unter anderem in Dänemark, den Niederlanden, Norwegen und Schweden (SVR 2024, 265; Marchildon et al. 2021).

## 2.3 Notfallversorgung

In der Notfallversorgung besteht ein deutlicher Reformbedarf. Während die grundsätzlich notwendigen Maßnahmen bekannt sind, liegen die Herausforderungen oft im Detail. Der Vergleich mit Nachbarländern wie Dänemark zeigt, dass integrierte Notfallstellen die Patientenströme durch telefonische Beratung und gezielte Weiterleitung bereits vor dem Aufsuchen einer

Notaufnahme besser steuern und damit die Notfallversorgung insgesamt entlasten können. Die Einbeziehung des Rettungsdienstes in die Reform der Notfallversorgung und die Integration erweiterter Versorgungsmöglichkeiten, zum Beispiel im Bereich der Telemedizin, sind folgerichtig.

Die größten Potenziale im Hinblick auf die Koordination und Effizienz der Versorgung liegen aber sicherlich (siehe SVR 2024, 272) in den integrierten Notfallzentren (INZ), die eine Blaupause für eine sektorenübergreifende Versorgung darstellen könnten. Kritisch an den vorliegenden Vorschlägen ist jedoch, dass eine weitergehende organisatorische und finanzielle Integration der INZ-Strukturen gar nicht vorgesehen ist. Stattdessen sollen die Angebote der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung und der Notaufnahme parallel existieren und im Wesentlichen nur durch den gemeinsamen Tresen verbunden sein. Dieser Ansatz mit einem geringen Integrationsgrad entspricht im Ergebnis vielerorts nur den bereits bestehenden Strukturen. Er kann zwar als genereller Einstieg in die Etablierung bundesweiter Mindeststandards dienen, weitergehende Optionen, wie sie der SVR vorsieht (SVR 2018, 590), sollten jedoch ermöglicht werden. Zudem sollte die Vergütung mit den strukturellen Veränderungen Schritt halten und finanzielle Fehlansätze sollten abgebaut werden.

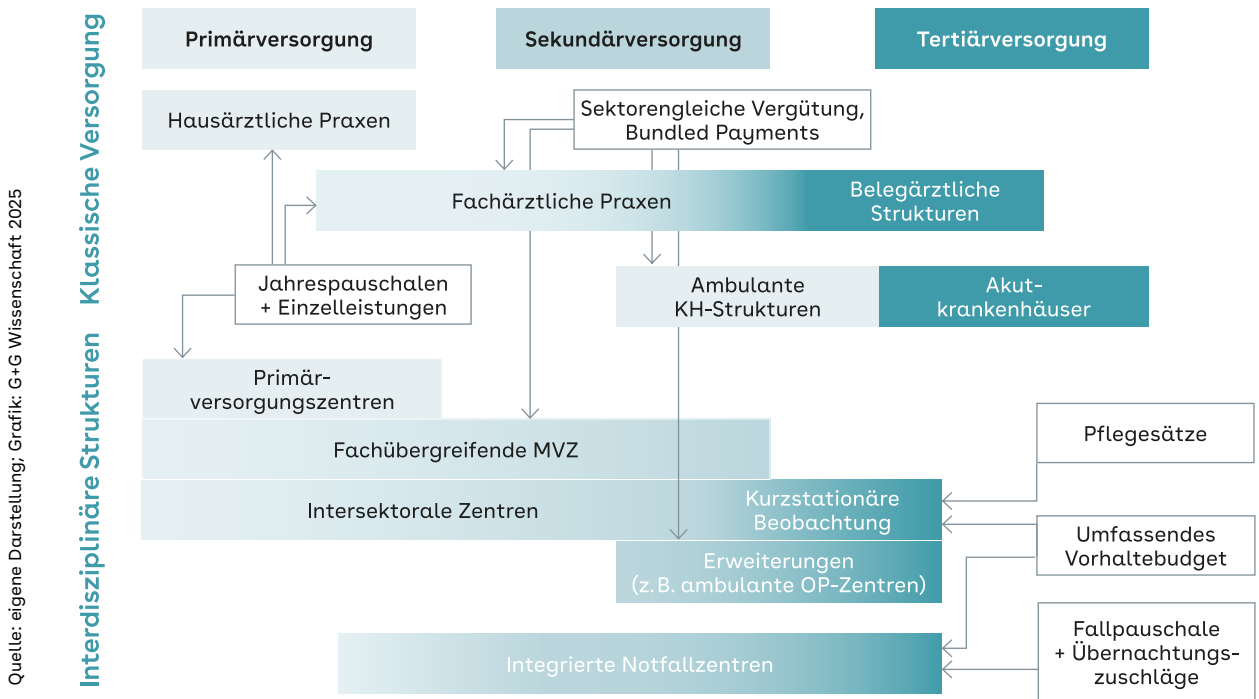
## 3 Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung

In der ambulanten Vergütung gab es in den vergangenen Jahren abseits der Hybrid-DRG wenig Bewegung. Eine Mischung aus praxis- und quartalsbezogenen Einzelleistungen und Pauschalen, die entweder auf sehr alten Daten beruhen oder überhaupt nicht empirisch kalkuliert sind (KOMV 2019, 36), bildet die Grundlage fast aller vertragsärztlichen Abrechnungen. Übergreifende oder qualitätsorientierte Vergütungsmodelle existieren nicht. Im Folgenden werden verschiedene Weiterentwicklungsmöglichkeiten diskutiert (vergleiche **Abbildung 1**).

### 3.1 Jahrespauschalen

Ein wichtiges und seit Jahren immer wieder gefordertes Thema ist die Abkehr vom Quartalsbezug in der Vergütung (KOMV 2019, 149; SVR 2018, 149; SVR 2024,

Abbildung 1 Neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Die Umsetzung verschiedener Maßnahmen könnte die Versorgungs- und Vergütungsstruktur verbessern. Zu den sinnvollen Optionen (weiße Kästen) zählen Jahrespauschalen und sogenannte Bundled Payments.

282). Hintergrund ist unter anderem die im internationalen Vergleich sehr häufige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (OECD 2023). Die im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) (Deutscher Bundestag 2025) beschlossenen kontaktabhängigen Versorgungspauschalen, mit denen die hausärztliche Versorgung chronisch Kranker mit geringem Betreuungsbedarf vergütet werden soll, sind ein Beispiel für solche Pauschalen, aber bei Weitem nicht die einzige Einsatzmöglichkeit. Der SVR hat solche Pauschalen auch für bestimmte fachärztliche Patientengruppen vorgeschlagen. Dadurch könnten erhebliche Leistungs- und Verwaltungskosten eingespart und unnötige Kontakte vermieden werden (SVR 2024, 266 f.).

International sind Jahres- oder Kopfpauschalen in der hausärztlichen Versorgung weit verbreitet und machen zwischen 30 Prozent (Dänemark und Norwegen) bis 90 Prozent (England) des hausärztlichen Einkommens aus (Marchildon et al. 2021). Auch für neue Versorgungsstrukturen wie Primärversorgungszentren könnten Jahrespauschalen ein wesentlicher Baustein

sein. Allerdings sollten Jahrespauschalen nicht – wie im GVSG vorgesehen – nur für die hausärztliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Gerade bei Personen ohne chronische Erkrankungen besteht in der Regel kein regelmäßiger Behandlungsbedarf über mehrere Quartale. Entsprechend könnten hier medizinisch nicht notwendige Mehrfachkontakte vermieden werden. Zudem wären bei dieser Gruppe Querwirkungen auf Bereiche wie den Morbi-RSA deutlich geringer.

Abbildung 2 zeigt beispielhaft für die Allgemeinmedizin und die Augenheilkunde die durchschnittliche Fallzahl der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Fall pro Jahr und die Anzahl der Leistungstage pro Fall, das heißt in grober Annäherung die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro Fall. In der Allgemeinmedizin scheint – stark aggregiert betrachtet – der Quartalsbezug nicht der alleinige Treiber für die sehr häufige Inanspruchnahme zu sein, da in der Regel auch mehrere Kontakte pro Quartal stattfinden. Dennoch kann die Vergütung über Jahrespauschalen sinnvoll sein, da sie Anreize zur Prävention und zur

langfristigen Gesunderhaltung setzt. In der Augenheilkunde zeigt sich – im Durchschnitt – ein etwas anderes Bild. Hier wird über alle Altersgruppen hinweg offenbar eher im Rahmen eines neuen Falles als im Rahmen eines zusätzlichen Kontaktes behandelt. Ausgehend von dieser groben Betrachtung könnten auch Teile der fachärztlichen Versorgung mit dem Ziel der Vermeidung unnötiger Arztkontakte für eine Vergütung über Jahrespauschalen infrage kommen.

Die Regelung im GVSG konzentriert sich auf die Überführung der bestehenden Pauschalen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in eine Jahresvergütung. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Zuordnung, welche Leistungen innerhalb und welche außerhalb dieser Pauschalen vergütet werden, entscheidend für den Erfolg ist. Um diesem Aspekt mehr Gewicht zu verleihen, könnte mittelfristig eine Neudefinition der Leistungen nach medizinischen beziehungsweise versorgungspolitischen Kriterien und damit ohne Berücksichtigung des aktuellen EBM sinnvoll sein. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Förderung von Leistungen bisher in der Regel über die Zuordnung zur extrabudgetären Vergütung erfolgt. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass Patientinnen und Patienten zum Teil mehrere Praxen der gleichen Fachrichtung aufsuchen. Dies ließe sich jedoch leicht lösen, indem auf international bewährte Modelle zurückgegriffen wird und die Jahrespauschale an die Registrierung in einer Praxis gebunden wird (SVR 2024, 263 ff.). Das ist ein Schritt, der für eine bessere Steuerung der Versorgung ohnehin wünschenswert ist.

Darüber hinaus kann bei einer Vergütung über Jahrespauschalen die Versorgung zu einer Blackbox werden, da unklar ist, welche Leistungen auf individueller Ebene noch erbracht werden. Dieser Effekt war teilweise schon bei der Einführung der Quartalspauschalen zu beobachten, würde aber bei einer Jahrespauschale noch verstärkt. Um dem entgegenzuwirken, sollte, wie zum Beispiel in Teilen Kanadas praktiziert (Hutchison und Glazier 2013), das sogenannte *shadow billing* Bestandteil der Jahrespauschalen sein. Dabei werden die im Leistungskorb der Pauschalen enthaltenen Leistungen mit einem Bruchteil des alten Preises vergütet, um Anreize zur Kodierung der erbrachten Leistungen zu setzen und einen Überblick über das Versorgungsgeschehen zu behalten.

Schließlich spielt die Berücksichtigung unterschiedlicher Morbiditätsstrukturen eine wichtige Rolle. Zwar kann durch eine geeignete Auswahl der gesondert zu

vergütenden Einzelleistungen ein gewisser Ausgleich erfolgen, dennoch bergen Pauschalen auch das Risiko der Unterversorgung, insbesondere bei Menschen mit hohem Versorgungsbedarf (Brosig-Koch et al. 2024). Für eine Risikoadjustierung ist jedoch kein kompliziertes, mit hohem Aufwand verbundenes Modell notwendig; einfache Ansätze, zum Beispiel über die Anzahl der Erkrankungen, sind ausreichend (Brilleman et al. 2014).

## 3.2 Bundled Payments

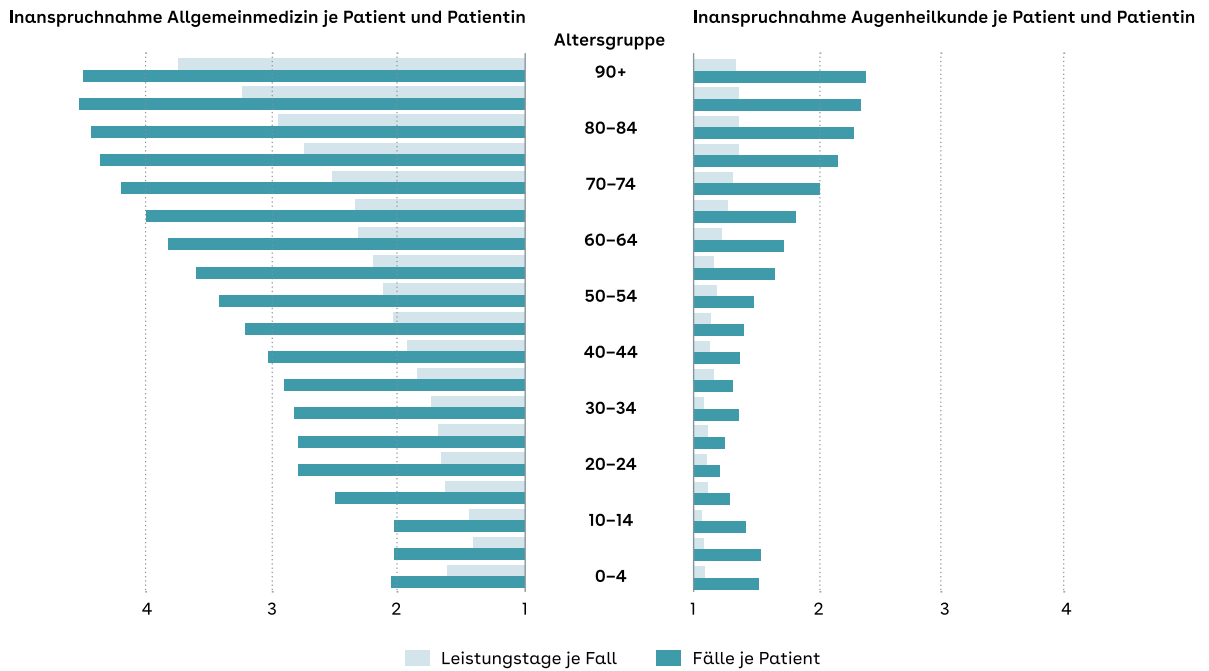
An der ambulant-stationären Schnittstelle besteht derzeit ein Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen und Strukturen, der durch die grundsätzlich sinnvollen Hybrid-DRG und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiter diversifiziert wird. International werden insbesondere für den ambulant-stationären Grenzbereich zunehmend sektorenübergreifende Vergütungsmechanismen eingesetzt, indem alle Leistungen im Rahmen einer bestimmten zeitlich begrenzten Behandlung in die Vergütung eines verantwortlichen Leistungserbringers integriert werden (sogenannte *bundled payments*). Wissenschaftliche Evaluationen konstatieren zwar gemischte, aber grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Versorgung (Milstein und Schreyögg 2024). Um die Vergütungssystematiken an der ambulant-stationären Schnittstelle klarer zu gestalten, ist die Vereinheitlichung auf Basis solcher Bundled-Payment-Ansätze denkbar. Grundlegende Leistungsinhalte und Bewertungen würden bundesweit festgelegt, konkrete Vergütungen und ergänzende Regelungen weiterhin auf regionaler Ebene vereinbart. Damit wäre grundlegende Transparenz geschaffen, und auch andere Leistungserbringer(-gruppen) als Krankenhäuser könnten diese Leistungen erbringen.

## 3.3 Größere Einheiten

Zukunftsfähige Vergütungsstrukturen sollten die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen wie die Primärversorgungszentren und intersektoralen Zentren, aber auch die zunehmende Bedeutung der Arbeit in interdisziplinären Teams im Allgemeinen berücksichtigen. Dem Gedanken der regionalen Vorhaltung wohnortnaher Versorgung folgend, ist für die Vergütung der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung in intersektoralen Zentren ein hoher Anteil echter Vorhaltevergütung sinnvoll, die durch tagesbezogene Pflegesätze ergänzt wird. Weitere in den Zentren angebo-

Abbildung 2 Kontaktintensität der Versorgung in Allgemeinmedizin und Augenheilkunde im Jahr 2023

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Grobe et al. 2024; Grafik: G+G Wissenschaft 2025



In der Allgemeinmedizin finden in der Regel mehrere Kontakte pro Quartal statt. In der Augenheilkunde wird hingegen offenbar eher im Rahmen eines neuen Falls als im Rahmen eines zusätzlichen Kontaktes behandelt.

tene Leistungen wie ambulante Operationen werden entsprechend den jeweils geltenden Regelungen vergütet. Für ambulante Vergütungen ist eine differenzierte Vergütungsstruktur in Abhängigkeit von der jeweiligen Organisationsform anzustreben. Größere, insbesondere interdisziplinäre Kooperationen bieten in der Regel ein erweitertes Leistungsspektrum und erfordern häufig höhere Investitionen und damit ein höheres unternehmerisches Risiko. Diesen Mehrkosten stehen jedoch in der Regel keine Skaleneffekte gegenüber (Kwietniewski et al. 2017; Kwietniewski und Schreyögg 2018) – mit Ausnahme fachgleicher Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die gerade keine interdisziplinäre Versorgung fördern. Anstelle des einzelnen Arztes als Leistungserbringer und Vergütungsempfänger sollte die Vergütung zudem an Teams aus mehreren Ärzten oder Praxen (und anderen Berufen) adressiert werden.

### 3.4 Kostenbasierte Vergütung

Im EBM sind derzeit mehr als die Hälfte der Leistungen nicht kalkuliert, sondern normativ verhandelt.

Dies betrifft insbesondere pauschalisierte Leistungen wie die Versichertenpauschalen. Die Kostendaten der anderen Hälfte der Leistungen basieren im Wesentlichen auf aktualisierten Zusammenführungen verschiedener älterer Studiendaten aus den 1990er-Jahren (KOMV 2019, 36). Während sich im stationären Bereich die Vergütungshöhe an den empirischen Durchschnittskosten orientiert und damit ein Yardstick-Wettbewerb angeregt wird (Shleifer 1985), ist im ambulanten Bereich unklar, welches gesundheitsökonomische Anreizprinzip eigentlich greifen soll. Für die Hybrid-DRG ist im Gesetz ab 2030 eine Kalkulation auf Basis fallbezogener empirischer Kostendaten aus dem ambulanten und stationären Bereich vorgesehen. Es ist zu empfehlen, dass dieser Ansatz schrittweise auf die gesamte ambulante und ambulant-stationäre Vergütung ausgeweitet wird.

In Anlehnung an das Baukastenprinzip der Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) (KOMV 2019, 146) und des Projekts „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) (GBA 2024, 46 f.) könnte eine sachgerechte empirische Kalkulation auch als Ausgangsbasis für regionale Versorgungsprojekte dienen.

### 3.5. Pay for Performance

Deutschland verfügt über hochwertige Routinedaten und ausgeprägte Ansätze zur Messung der Qualität mit diesen Routinedaten, sowohl ambulant als auch stationär. Dies sind zum Beispiel Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR), Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) und Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK). Pay for Performance (P4P), also die Berücksichtigung von Qualität in der Vergütung, wird jedoch bisher nur in Ansätzen verfolgt (Busse *et al.* 2020). Dabei wäre es relativ einfach, internationalen Vorbildern zu folgen und Qualitätsparameter in die Vergütung zu integrieren. Dies betrifft die stationäre Vergütung (Messlerle und Schreyögg 2024), aber auch in Verbindung mit ambulanten Jahrespauschalen ist die Berücksichtigung von Qualität ein wichtiger Faktor (Cattel *et al.* 2020).

### 3.6 Anreizgerechte Finanzierung der Notfallreform

Die Reform der Notfallversorgung wird eines der bestimmenden gesundheitspolitischen Themen der 21. Legislaturperiode sein. Neben den konkreten strukturellen Fragen (SVR 2024, 243 ff.) sollten dabei auch angemessene Vergütungsanreize berücksichtigt werden. INZ einschließlich der Kooperationspraxen sollten als eigenständige organisatorische Einheiten mit entsprechenden eigenen finanziellen Vergütungsregelungen etabliert werden. Idealerweise sollte ein INZ ein eigenes Budget mit den Krankenkassen verhandeln und eine eigene Vergütungsstruktur aufweisen (siehe SVR 2018, 591). Andernfalls besteht die Gefahr, dass die große Diskrepanz zwischen stationärer und ambulanter Vergütung in Verbindung mit fehlenden Vergütungsoptionen innerhalb eines INZ weiterhin starke Fehlanreize setzt, die einer bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen könnten. Eine modifizierte Vorhaltevergütung, wie in der Krankenhausreform aus dem Jahr 2024 vorgesehen, löst diese Problematik nicht.

## 4 Fazit

In der vergangenen Legislaturperiode stand vor allem die Vergütungsreform für die stationäre Versorgung im Mittelpunkt. Wie aufgezeigt, gibt es aber auch in der

ambulanten und ambulant-stationären Versorgung wesentliche weitere gesundheitspolitische Baustellen. Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sind hier neue Versorgungs- und Vergütungsoptionen zwingend erforderlich.

### Literatur

- AOK-Bundesverband (2023): Über das Projekt STATAMED; aok.de/gp → Pflege → Ambulante Pflege  
→ Innovationsfondsprojekt STATAMED → Zielsetzung und Projektablauf → Über das Projekt STATAMED
- Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A (2013): The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 27, No. 1, 197–222
- Brilleman SL *et al.* (2014): Keep It Simple? Predicting Primary Health Care Costs with Clinical Morbidity Measures. *Journal of Health Economics*, Vol. 35, 109–122
- Brosig-Koch J *et al.* (2024): A New Look at Physicians' Responses to Financial Incentives: Quality of Care, Practice Characteristics, and Motivations. *Journal of Health Economics*, Vol. 94, Article 102862
- Busse R, Eckhardt H, Geraedts M (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland. In: Klauber J *et al.* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, 205–230
- Cattel D, Eijkenaar F, Schut FT (2020): Value-Based Provider Payment: Towards a Theoretically Preferred Design. *Health Economics, Policy, and Law*, Vol. 15, No. 1, 94–112
- Deutscher Bundestag (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). Bundesgesetzblatt 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024
- Deutscher Bundestag (2025): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG). Drucksache 20/14771 vom 29.1.2025; bundestag.de → Dokumente → Drucksachen → Suchbegriff: GVSG
- GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024): ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung. Förderkennzeichen: 01VSF19040; innovationsfonds.g-ba.de → Projekte → Versorgungsforschung → ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung
- Grobe T, Weller L, Braun A, Szecsenyi J (2024): Barmer Arztreport 2024. Berlin: Barmer; bifg.de → Publikationen → Reporte → Barmer Arztreport 2024
- Hutchison B, Glazier R (2013): Ontario's Primary Care Reforms Have Transformed the Local Care Landscape, but a Plan is Needed for Ongoing Improvement. *Health Affairs (Project Hope)*, Vol. 32, No. 4, 695–703

- KOMV (Kommission für ein modernes Vergütungssystem) (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Kwietniewski L, Heimeshoff M, Schreyögg J (2017): Estimation of a Physician Practice Cost Function. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 18, No. 4, 481–494
- Kwietniewski L, Schreyögg J (2018): Profit Efficiency of Physician Practices: A Stochastic Frontier Approach Using Panel Data. *Health Care Management Science*, Vol. 21, No. 1, 76–86
- Marchildon GP et al. (2021): Achieving Higher Performing Primary Care through Patient Registration: A Review of Twelve High-Income Countries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, Vol. 125, No. 12, 1507–1516
- Messerle R, Schreyögg J (2024): Ausgestaltung der Vorhalte- und Leistungsvergütung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2024*. Berlin, Heidelberg: Springer, 159–176
- Milstein R, Schreyögg J (2024): The End of an Era? Activity-Based Funding Based on Diagnosis-Related Groups: A Review of Payment Reforms in the Inpatient Sector in 10 High-Income Countries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*. Vol. 141, March 2024, 104990
- NMSAGG (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung) (2023): Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum. Bericht über die Förderperiode 2019–2022; ms.niedersachsen.de → Gesundheit und Pflege → Pflege → Gesamtbericht Förderprogramm 2019–2022
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) (2023): *Consultations With Doctors*; oecd.org → Publications → Health at a Glance 2023 → Full Report → Consultations with doctors → Figure 5.11
- Regierungskommission Krankenhaus (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung) (2023): Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Regierungskommission → Vierte Empfehlung der Regierungskommission
- Schlunegger MC, Aeschlimann S, Palm R, Zumstein-Shaha M (2023): Competencies of Nurse Practitioners in Family Practices: A Scoping Review. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 32, No. 11–12, 2521–2532
- Shleifer A (1985) A Theory of Yardstick Competition. *The RAND. Journal of Economics*. Vol. 16, No. 3, 319–327
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege) (2024): *Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024*; svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2024

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 3. März 2025)

## Die Autoren



**Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg**, Jahrgang 1976, ist wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Er ist außerdem stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zuvor war er Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Abteilungsleiter am Helmholtz Zentrum München sowie Harkness Fellow an der Stanford University.



**Robert Messerle**, Jahrgang 1986, studierte Wirtschaftsinformatik und Volkswirtschaftslehre in Berlin. Er arbeitete beim GKV-Spitzenverband als Referent für die Analyse der ambulanten Versorgung sowie in den Geschäftsstellen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Seit 2020 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg.

### Kontakt

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Telefon: 040 428388041, E-Mail: jonas.schreyögg@uni-hamburg.de

# Nachhaltige Finanzierung der Pflege – nur mit Kapitaldeckung

von Friedrich Breyer

## Abstract

**Anders als von ihren Gründern erwartet**, sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung in den vergangenen zehn Jahren dramatisch gestiegen, weil die Leistungen stark ausgeweitet wurden und die altersspezifischen Pflegequoten nicht etwa sinken, sondern weiterhin steigen. Wenn nicht gegengesteuert wird, wird die Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten einen weiteren Ausgabenanstieg bewirken, der eine Verdopplung des Beitragssatzes bis 2050 nach sich ziehen wird. Diese Entwicklung, die einen gravierenden Generationenkonflikt auslösen wird, kann nur durch massive Kapitalbildung abgemildert werden, die der Babyboomer-Generation im Alter helfen wird, ihre Pflegekosten zu tragen. In diesem Beitrag werden verschiedene Formen der Kapitaldeckung daraufhin untersucht, in welchem Maße sie zu einer nachhaltigen Finanzierung von Pflegeleistungen beitragen können. Zum einen werden freiwillige und obligatorische private Zusatzversicherungen diskutiert, zum anderen Kapitalbildung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung. Es wird gezeigt, warum der 2015 gegründete Pflegevorsorgefonds gescheitert ist, und es wird ein Weg aufgezeigt, wie er so reformiert werden kann, dass er das Nachhaltigkeitsproblem löst.

**Schlüsselwörter:** Nachhaltigkeit, Kapitaldeckung, Zusatzversicherung, Pflegevorsorgefonds

**Contrary to what its founders expected**, the expenditures of the Social Long-term Care Insurance (SPV) in Germany have increased dramatically in the last decade, both because benefits were extended and because age-specific long-term care (LTC) rates have not fallen, but are still growing. Without vigorous countermeasures, the aging of the population in the coming decades will boost expenditures to such an extent that contribution rates will again double until 2050. This development, which threatens to cause a serious conflict between generations, can only be alleviated through massive capital formation, which will help baby boomers to bear their own LTC costs. In this article various types of capital funding are analyzed as to whether they are suitable to contribute to a sustainable financing of LTC expenditures. We shall discuss voluntary versus mandatory private insurance contracts as well as capital funding within the SPV. We shall demonstrate why the so-called LTC trust fund ("Pflegevorsorgefonds") founded in 2015 has failed and show how it can be reformed in such a way that it can solve the problem of sustainable LTC financing.

**Keywords:** sustainability, capital funding, supplementary insurance, LTC trust fund

# 1 Einleitung: Reformbedarf

In keinem Zweig der deutschen Sozialversicherung sind die Leistungsausgaben so steil angestiegen wie in der sozialen Pflegeversicherung (SPV), und das vor allem im vergangenen Jahrzehnt. So wurden für die erste nominale Verdopplung von 14,3 auf 28,3 Milliarden Euro annähernd 20 Jahre (1997 bis 2016) benötigt, für die nächste Verdopplung auf 56,9 Milliarden Euro nur noch sieben Jahre (bis 2023). Das ist umso bemerkenswerter, als die Generation der Babyboomer, also der Geburtsjahrgänge in den 1960er-Jahren, noch gar nicht in dem Alter angekommen ist, in dem Pflegebedürftigkeit am häufigsten auftritt, nämlich jenseits der 80 Jahre.

In diesem Zusammenhang untersucht der vorliegende Beitrag zunächst, wie sich der Beitragssatz zur SPV in den kommenden Jahrzehnten entwickeln wird, wenn keine durchgreifende Reform vorgenommen wird (Abschnitt 2). Es wird sich zeigen, dass der Anstieg insbesondere in den 2040er-Jahren so steil werden droht, dass die Nachhaltigkeit der Finanzierung nicht nur der SPV, sondern des Gesamtsystems der Sozialversicherung gefährdet ist. Andererseits ist bis 2040 noch Zeit, den drohenden Finanzierungsempass durch Kapitalbildung zu verringern (Abschnitt 3). Abschnitt 4 befasst sich demzufolge mit zwei Varianten der privaten Kapitaldeckung und diskutiert ihre Vor- und Nachteile. Abschnitt 5 ist der Kapitalbildung

innerhalb der SPV, dem Pflegevorsorgefonds (PFV), gewidmet. Zunächst wird gezeigt, warum dieser gescheitert ist, und anschließend wird eine Reform dargestellt, die diesen Mangel beheben könnte. Schließlich fasst Abschnitt 6 die Ergebnisse des Artikels zusammen.

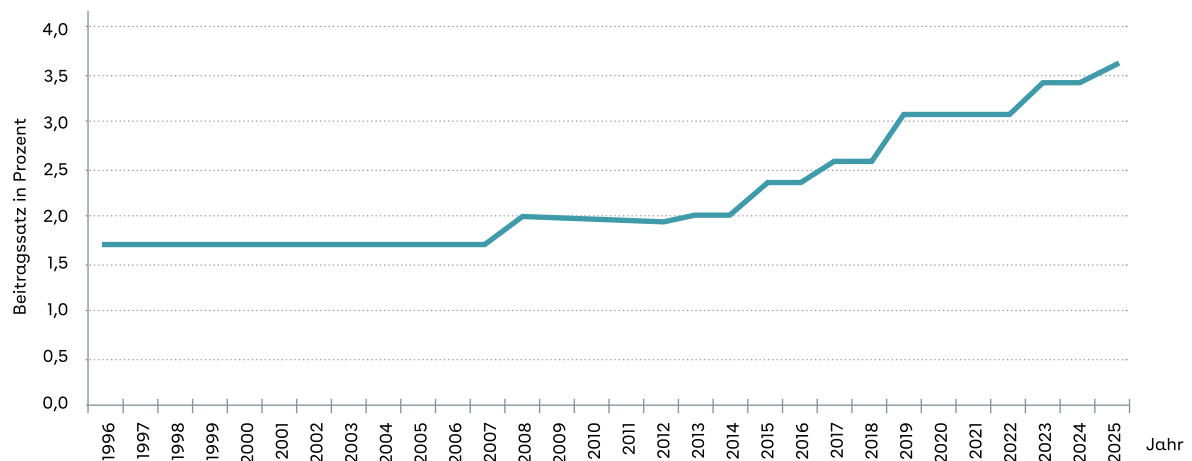
## 2 Beitragssatzentwicklung

### 2.1 Bisherige Entwicklung

Entsprechend der oben beschriebenen Entwicklung der Ausgaben ist der Beitragssatz der SPV lange Zeit auf seinem ursprünglichen Wert von 1,7 Prozent konstant geblieben. Er hat sich dann aber bis heute mehr als verdoppelt (**Abbildung 1**).

Um die Gründe für diese Entwicklung zu finden, haben Lorenz et al. (2020) in einer ökonometrischen Analyse von Individualdaten von über 300.000 Versicherten der AOK Hessen aus dem Zeitraum 2001 bis 2015 untersucht, wie die Ausgaben der SPV (und auch der gesetzlichen Krankenversicherung) vom Alter (und der Nähe zum Tod) der versicherten Person abhängen. Zusätzlich wurde ein Zeittrend der Ausgaben identifiziert, indem die demografische Zusammensetzung konstant gehalten wurde. Dieser Zeittrend wurde für die SPV mit einem realen Anstieg um 2,198 Prozent

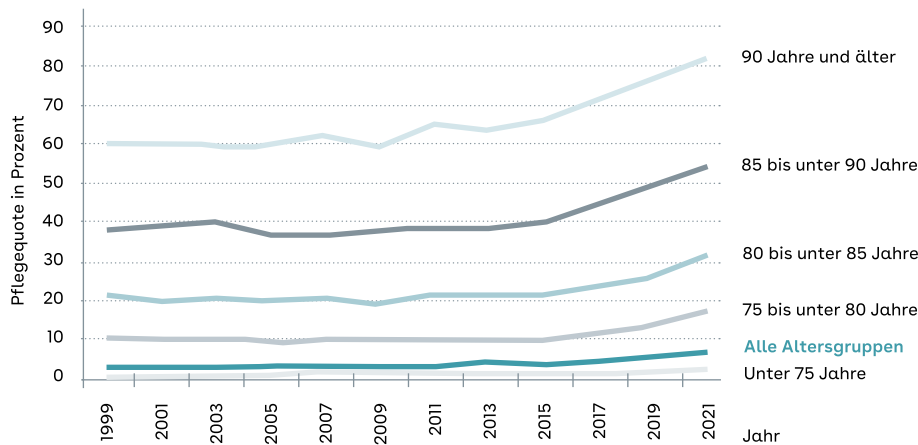
Abbildung 1 Beitragssatzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung von 1996 bis 2025



Von 1996 bis 2007 lag der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung bei 1,7 Prozent des Bruttoeinkommens. In der Zwischenzeit hat er sich mehr als verdoppelt. 2025 beträgt er 3,6 Prozent, Kinderlose zahlen sogar 4,2 Prozent.

Abbildung 2 Altersspezifische Pflegequoten 1999 bis 2021

Quelle: Demografie-Portal; Grafik: G+G Wissenschaft 2025



Je älter die Menschen, desto höher die Pflegequote. In der Gruppe derer, die 90 Jahre oder älter waren, lag sie 2021 bei 81,6 Prozent, bei den unter 75-Jährigen bei 2,3 Prozent. In jüngster Vergangenheit stieg die Pflegequote in allen Gruppen merklich an.

pro Jahr ermittelt. Er spiegelt zum einen Leistungsausweitungen wider (etwa die Pflegeneuordnungsgesetze ab 2012), zum anderen einen Anstieg der altersspezifischen Pflegequoten (**Abbildung 2**).

In diesem Punkt wurden die Annahmen des Gesetzgebers der 1990er-Jahre besonders eindrucksvoll widerlegt. So hieß es in der Gesetzesbegründung des Pflege-Versicherungsgesetzes (*Bundesrat 1993, 62 f.*): „Es ist ... völlig falsch zu glauben, im gleichen Maß wie die Zahl der älteren Mitbürger würde auch die der Pflegebedürftigen steigen. Die Älteren werden jünger, und sie werden jünger in ihrer gesundheitlichen Verfassung. ... Die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit schiebt sich also, bezogen auf das Lebensalter, eindeutig nach oben.“ Die Realität sieht völlig anders aus, denn während die altersspezifischen Pflegequoten bis Mitte der 2010er-Jahre weitgehend stabil blieben (wenn auch nicht sanken), sind sie seitdem signifikant angestiegen, und ein Ende dieses Trends ist noch nicht in Sicht.

## 2.2 Künftige Entwicklung

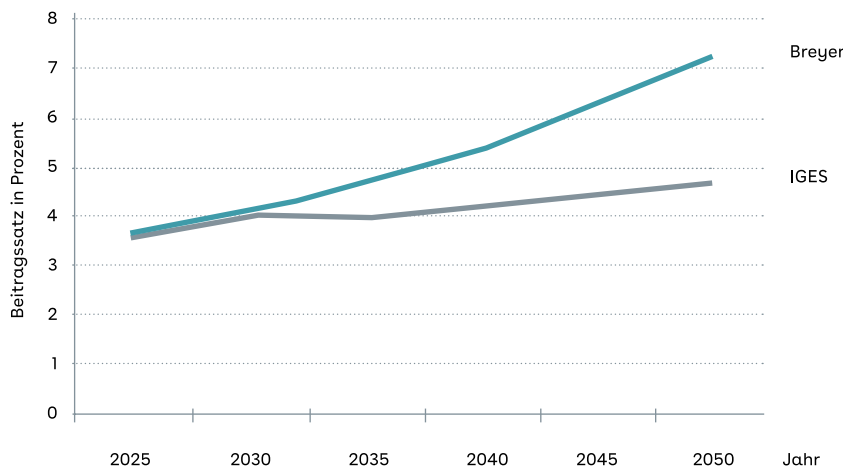
Wie wird sich der (allgemeine) Beitragssatz zur SPV in den nächsten Jahrzehnten entwickeln? Eine Antwort auf diese Frage gibt Breyer (2025), der das Schätzmo-

dell aus Lorenz et al. (2020) für eine Projektion verwendet. Die demografische Entwicklung wird der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2019) entnommen, und zwar in der mittleren Variante (G2, W2, L2), und auch der autonome Ausgabenanstieg um 2,198 Prozent pro Jahr wird fortgeschrieben. Dies lässt sich durch die neueren Leistungsausweitungen begründen, vor allem die Zuschläge auf die pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Versorgung nach § 43c, die im Jahr 2023 allein 4,5 Milliarden Euro ausgemacht haben (*GKV-Spitzenverband 2024, 9*).

Zum Zwecke der Berechnung der Beitragssatzentwicklung wird angenommen, dass die Bemessungsbasis für die Beiträge stets mit derselben Rate wächst wie das Bruttoinlandsprodukt und dass Letzteres bis 2050 mit derselben Rate wächst wie das Produktionspotenzial. Dessen prognostizierte Wachstumsrate wird dem Jahresgutachten 2023 des Sachverständigenrates im Referenzszenario entnommen, die in Tabelle 19 berechnet wird und die im Prognosezeitraum zwischen 0,4 Prozent und 0,8 Prozent pro Jahr variiert (*SVR 2023, 148*).

Die Ergebnisse der Modellrechnung sind in **Abbildung 3** zusammengefasst. Der Beitragssatz wird demnach bis zum Jahr 2040 auf 5,37 Prozent und bis 2050 auf 7,22 Prozent steigen. Demgegenüber errechnet

Abbildung 3 Projektionen der Beitragssatzentwicklung bei Breyer (2025) und IGES (2024)



Quelle: Breyer (2025); Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Breyer schätzt auf Basis von Zahlen des Sachverständigenrates den Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung auf 5,37 Prozent im Jahr 2040 und auf 7,22 Prozent im Jahr 2050, wenn nicht eingegriffen wird. Das IGES Institut geht lediglich von 4,24 Prozent im Jahr 2040 und 4,66 Prozent im Jahr 2050 aus.

das IGES Institut (2024) in seinem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium einen Anstieg auf nur 4,24 Prozent bis 2040 und 4,66 Prozent bis 2050.

## 2.3 Andere Zweige der Sozialversicherung

Die SPV ist nicht die einzige Sozialversicherung, die aufgrund der Alterung der Bevölkerung steigende Beitragssätze in den kommenden Jahrzehnten erfordern wird. So sagte sogar das Bundesarbeits- und Sozialministerium im Rahmen des vorgeschlagenen Rentenpakets II (BMAS 2024) einen Anstieg des Beitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von heute 18,6 Prozent auf 22,3 Prozent im Jahr 2035 voraus, Breyer und Lorenz (2020) berechneten, ausgehend von dem oben zitierten Modell für die GKV, einen Anstieg von heute 17,5 Prozent auf 23,6 Prozent im Jahr 2040 und Werding (2021, 18) errechnete für 2040 einen Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung von 49,9 Prozent. Es handelt sich bei diesen Zahlen nicht um Prognosen, sondern um Modellrechnungen, die die Frage beantworten: Was passiert, wenn nichts passiert, also wenn keine nennenswerten Reformen in den Leistungskatalogen dieser Versicherungen vorgenommen werden?

## 3 Nachhaltigkeit und die Rolle der Kapitaldeckung

Der Begriff der Nachhaltigkeit ist zu einem beliebten Schlagwort in der politischen Debatte geworden, ohne dass dafür eine allgemein anerkannte Definition existierte. Man könnte allerdings die Definition aus dem Brundtland-Bericht (Hauff 1987) verwenden und eine nachhaltige Entwicklung so definieren, dass sie „... die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“ (ebenda, 46). Alternativ zu dieser normativen Forderung kann man die positive Frage stellen, welchen Teil ihres Bruttoeinkommens kommende Generationen von Beitragszahlern bereit sein werden, für Sozialleistungen abzugeben. „Nachhaltigkeit“ wäre dann eine Frage der politischen Durchsetzbarkeit. Auf diese Frage gibt es zwei konträre Antworten:

- a) Nach Sinn und Übelmesser (2002) gehört in einer alternden Gesellschaft die Mehrheit der Wähler aufgrund ihres Alters zu den Nettoempfängern von Renten-, Gesundheits- und Pflegeleistungen und kann somit die Beitragszahler nach Belieben zur Kasse bitten. Danach gäbe es überhaupt keine Grenze für den Beitragssatz.

b) Dagegen argumentieren Breyer und Stolte (2001), dass selbst in einer Gerontokratie, in der die Alten die Mehrheit haben und das Beitragsaufkommen der Sozialversicherung maximieren, diese die Arbeitsangebotsreaktionen der Mitglieder der Erwerbsgeneration beachten werden, die sich den als zu hoch empfundenen Abgaben unter anderem durch Auswanderung entziehen können. Um dieser Gefahr vorzubeugen, könnte der Gesetzgeber eine gesetzliche Obergrenze für den Gesamtbeitrag festlegen. So hat 2019 der damalige Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier eine im Grundgesetz abgesicherte Obergrenze von 40 Prozent für alle Sozialversicherungsbeiträge vorgeschlagen (*ZEIT online 2019*). Immerhin gab die Bundesregierung den Arbeitgebern im Jahr 2020 ein informelles Versprechen mit diesem Inhalt, die sogenannte Sozialgarantie. Mittlerweile haben die Beiträge die 42-Prozent-Linie überschritten, und wir erleben schon einen nennenswerten Arbeitsplatzabbau in der Industrie. Daher erscheint es nicht ganz unrealistisch, dass in naher Zukunft eine Obergrenze für die Summe der Beitragssätze in den drei Sozialversicherungen mit Generationentransfers entweder im Grundgesetz verankert oder per Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) dem Gesetzgeber aufgegeben wird.

Werden diese politischen Grenzen der Beitragsbelastung antizipiert, so bleibt der „alten“ Generation nur die Möglichkeit, Kapital zu bilden, mit dem die finanzielle Lücke zwischen dem Beitragsaufkommen bei stabilen Beiträgen und den Kosten der Erfüllung ihrer Leistungsansprüche geschlossen werden kann. Diese Kapitalbildung kann entweder durch privatwirtschaftliche Verträge erfolgen (Abschnitt 4) oder kollektiv im Rahmen der SPV (Abschnitt 5).

## 4 Private PZV

Private Zusatzversicherungen (PZV) gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit können zum einen freiwillig oder obligatorisch und zum anderen vom Staat gefördert sein oder nicht. Eine obligatorische Zusatzversicherung existiert in Deutschland derzeit nicht – anders als die Basisabsicherung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung (PPV), zu deren Abschluss alle Personen verpflichtet sind, die privat krankenversichert sind. In Deutschland haben circa 4,1 Millionen Personen eine PZV, zumeist vom Typ der Pfl egetagegeldversicherung, die von mehr als 20 Versicherungsunternehmen an-

geboten wird. Darunter besitzen knapp 900.000 Personen einen staatlich geförderten Vertrag nach dem sogenannte Pflege-Bahr, der 2013 eingeführt wurde (*GDV 2024, 56*).

Schon bei seiner Einführung war dieses staatliche Programm umstritten, da die Kombination aus Freiwilligkeit und staatlicher Förderung aus sozialpolitischer Sicht kontraproduktiv wirkt: Dafür sorgt erstens der Mitnahmeeffekt, zweitens die Tatsache, dass die Käufer eines solchen Produkts überwiegend nicht als bedürftig gelten, und drittens der Umstand, dass eine freiwillige Versicherung immer mit dem Phänomen der Selektion schlechter Risiken umgehen muss (*Rothgang 2012*).

Daher sind in jüngster Zeit zwei Vorschläge entwickelt worden, die auf eine obligatorische Zusatzversicherung hinauslaufen, zum einen vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (2022), zum anderen von einer Expertenkommission des PKV-Verbands (*PKV 2023*). Private Lösungen haben deutliche Vorzüge: Zum einen ist der Markt für Pfl egetagegeldversicherungen seit Langem etabliert; zum anderen sind die durch privatwirtschaftliche Versicherungsverträge abgesicherten Leistungen jederzeit einklagbar und daher besser geschützt als Versprechungen des Staates, die – sofern nicht im Grundgesetz abgesichert – durch demokratische Entscheidungen rückgängig gemacht werden können. Ein Pferdefuß ist dagegen das Problem der Durchsetzbarkeit, da der Staat nur wenige Möglichkeiten hat, den Abschluss eines derartigen Vertrags zu erzwingen.

## 5 Kollektive Kapitalbildung

### 5.1 Der PVF bisher

Der Pflegevorsorgefonds (PVF) nach §§ 131–139 SGB XI wurde am 1. Januar 2015 eingerichtet, um „die Finanzierung der aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen“ zu verteilen, wie es in der Gesetzesbegründung heißt (*Deutscher Bundestag 2014*). Das Gesetz sieht vor, dass über einen Zeitraum von 20 Jahren (2015 bis 2034) Mittel in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten von der SPV in ein Sondervermögen eingezahlt werden, das dann über einen weiteren Zeitraum von 20 Jahren (2035 bis 2054) in real

gleichen Raten aufgelöst und zur Stabilisierung des Beitragssatzes verwendet werden soll.

Schon im Zuge seiner Gründung wurde diese gesetzliche Maßnahme von Ökonomen (vergleiche etwa *Rothgang 2014*, *Breyer 2016*) mit verschiedenen Argumenten kritisiert:

1. zu geringes Ausmaß der Kapitalbildung,
2. ungeeignetes Timing der Auszahlungen,
3. Gefährdung der Kapitalbildung im politischen Prozess.

Mittlerweile muss man einen weiteren Kritikpunkt hinzufügen:

4. nicht renditeorientierte Anlagestrategie.

Der erste Kritikpunkt ist offensichtlich; auf die drei anderen wird im Folgenden eingegangen (ausführlicher in *Breyer 2025*).

**Ungeeignetes Timing:** Der vom Bundestag gewählte Zeitraum für die Auflösung des PVF wird in der Gesetzesbegründung (*Deutscher Bundestag 2014*, 42) wie folgt motiviert: „Der gewählte Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 mit 1,24 Millionen bis 1,36 Millionen Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge. Im Jahr 2034 erreicht der erste Jahrgang das 75. Lebensjahr, nach dem die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein, deutlich ansteigt. Etwa 20 Jahre später ist ein größerer Teil dieses Personenkreises bereits verstorben und die erheblich schwächer besetzten Jahrgänge nach 1967 rücken in das Pflegealter vor.“

Ebenso wie die oben zitierten Prognosen von Politikern bei der Einrichtung der Pflegeversicherung ist auch diese fehlerhaft, denn zum einen ist nicht der Babyboom als solcher für die Alterung der Bevölkerung ursächlich, sondern vielmehr der nachfolgende Geburtenrückgang, der immer noch anhält. Es gilt also nicht, wie vor einiger Zeit im politischen Raum geäußert wurde, „einen Rentnerberg zu untertunneln“, sondern im Laufe der 2040er-Jahre wird bezüglich Altersquotient und Pflegequote ein Plateau erreicht, das einige Jahrzehnte andauern wird.

Zur Illustration ist in **Abbildung 4** die vom Statistischen Bundesamt prognostizierte Zahl der Personen in den Altersgruppen über 60 Jahre (in der Gesamtbevölkerung) zu verschiedenen Zeitpunkten zwischen 2025 und 2060 aufgeführt sowie die altersspezifischen

Pflegequoten des Jahres 2021. Unterstellt man, dass diese Quoten konstant bleiben, und multipliziert man sie mit der jeweiligen Personenzahl und setzt dann die Summe ins Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, so zeigt sich, dass die Pflegequote im Jahr 2035 mit 5,8 Prozent noch keineswegs besonders hoch ist, sondern danach bis 2050 auf 7,3 Prozent steigt und anschließend (mindestens) bis 2060 auf etwa demselben Niveau verharrt. Daraus folgt, dass es keine verantwortungsvolle Politik darstellt, die Beitragssatzentwicklung schon im Jahr 2035 zu dämpfen und alle Mittel bis zum Jahr 2055 zu verausgaben, in dem die Pflegequote voraussichtlich gerade erst ihr Maximum erreicht.

**Ineffiziente Anlagestrategie:** Die Möglichkeit, den Beitragssatzanstieg in der Auszahlungsphase des PVF zu dämpfen, hängt nicht nur von der Höhe der Einzahlungen ab, sondern auch von den erzielten Renditen und damit von der Anlagestrategie. Diese sah jedoch zunächst eine sehr niedrige Aktienquote vor (2015 bis 2016: 10 Prozent, 2017 bis 2020: 20 Prozent), die erst 2021 auf 30 Prozent angehoben wurde. Der überwiegende Teil der Anlagen besteht hingegen aus festverzinslichen Wertpapieren, deren Verzinsung in den Jahren 2015 bis 2021 nahezu null betrug.

So wies der PVF zum 31. Dezember 2023 einen Kapitalbestand von 11,642 Milliarden Euro auf, der nur knapp über der Summe der Zuführungen bis Ende 2022, nämlich 11,358 Milliarden Euro lag. Hätten die Verwalter des Fonds seit 2015 immer am Ende des Jahres alle Zuführungen in einen im DAX gelisteten Exchange Traded Fund (ETF) investiert, so hätten Ende 2023 891.830 Stück dieses ETF mit einem Marktwert von 14,94 Milliarden Euro in den Büchern gestanden; das sind 28,3 Prozent mehr als mit der tatsächlich gewählten Anlagestrategie (vergleiche *Breyer 2025*). Bei einer internationalen Anlage, zum Beispiel in den MSCI World, wäre die Rendite noch weitaus höher gewesen.

**Gefährdung im politischen Prozess:** Als der PVF im Jahr 2015 eingeführt wurde, fühlten sich viele Beobachter an Joseph Schumpeters Bonmot vom Hund erinnert, der sich eher einen Wurstvorrat anlegt als eine demokratische Regierung eine Budgetreserve, und sie hatten recht: Kurz nach ihrer Nominierung zur Kanzlerkandidatin der Grünen schlug Annalena Baerbock am 30. April 2021 vor, den PVF aufzulösen, um eine bessere Entlohnung der (gegenwärtigen) Pflegekräfte durch die SPV zu finanzieren. Während sich diese For-

Abbildung 4 Projektion der Pflegequote bis 2060

Jahresende	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Pflegequote in Prozent
Altersgruppe	Bevölkerung in Tausend								
60–64	6.601	6.181	4.823	4.908	5.261	5.661	5.227	5.236	4
65–69	5.509	6.248	5.872	4.594	4.691	5.042	5.441	5.032	6
70–74	4.499	5.076	5.789	5.461	4.288	4.401	4.747	5.140	10
75–79	3.481	3.973	4.517	5.183	4.914	3.879	4.008	4.343	17
80–84	2.761	2.839	3.269	3.755	4.343	4.145	3.298	3.443	31
85–89	2.270	1.843	1.966	2.290	2.676	3.135	3.021	2.436	54
90+	947	1.314	1.221	1.301	1.541	1.865	2.261	2.367	81
Pflegebedürftige	4.485	4.744	4.956	5.353	5.795	6.117	6.176	6.064	
Bevölkerung	84.757	85.152	85.084	84.853	84.469	83.962	83.403	82.943	
Pflegequote in Prozent	5,3	5,6	5,8	6,3	6,9	7,3	7,4	7,3	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2022, Pflegequoten: Demografie-Portal o. J.; Grafik: G + G Wissenschaft 2025

Die Pflegequote steigt bis zum Jahr 2055 auf 7,4 Prozent an, erst danach flaut sie allmählich wieder ab. Das besonders kritische Jahrzehnt dürfte nach dieser Projektion die Zeitspanne von 2050 bis 2060 werden.

derung am Ende doch nicht im Wahlprogramm ihrer Partei wiederfand, wurde im Jahr 2022 von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angeregt, den Fonds zwar nicht aufzulösen, aber die Zuführung von Beitragsmitteln auszusetzen. Tatsächlich erfolgten im Jahr 2023 keine Zuführungen. Diese wurden zwar 2024 nachgeholt, zugleich wurde aber Ende 2023 beschlossen, die Zuführungen für vier Jahre (2024 bis 2027) auf 700.000 Millionen Euro im Jahr zu begrenzen und damit um jeweils mehr als eine Million Euro zu kürzen (vergleiche *BMG o. J.*). Die wegen seiner niedrigen Höhe und ineffizienten Anlagestrategie geringe Wirksamkeit zur Abflachung der künftigen Beitragssatzkurve wurde damit noch weiter herabgesetzt; und es ist keineswegs sicher, dass von 2028 an wieder die volle Zuweisung von 0,1 Beitragssatzpunkten erfolgen wird. Warum ist diese (prognostizierte) Gefährdung des Fonds im politischen Prozess tatsächlich eingetreten und warum haben sich die jungen Bundestagsabgeordneten nicht genügend dagegen gewehrt? Der Grund dafür liegt darin, dass es niemanden gibt, der Eigentumsrechte an den im Fonds angesammelten Mitteln geltend machen kann und der sich daher wehren würde, wenn der Fonds geschwächt wird. Ein Fonds, der niemandem gehört, ist der Plünderung ebenso ausgesetzt wie eine intakte Umwelt, die ebenfalls niemandem gehört und die daher permanent in Gefahr der Übernutzung schwebt.

## 5.2 Reform des PVF

Während der derzeitige PVF von der Grundidee des Leistungsprimats ausgeht und den damit verbundenen Beitragssatzanstieg dämpfen soll, wird in Breyer (2025) ein Reformvorschlag vorgestellt, der auf dem Beitragsprimat beruht, also einem Regime, in dem der Beitragssatz festgeschrieben ist (siehe oben, Abschnitt 3) und die Basisleistungen der Pflegeversicherung dadurch limitiert sind. Das ist kein Widerspruch zu den bislang verfolgten Grundsätzen der Pflegeversicherung, denn hier sind die Leistungen – auch wenn sie Pflegesachleistung heißen – in der Regel als feste Geldbeträge je nach Pflegegrad und Versorgungsform definiert. Liegt der Beitragssatz fest, so ergibt sich daraus, abhängig von den anderen Faktoren wie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen oder der Pflegequote, wie häufig und in welchem Ausmaß diese Beträge dynamisiert werden können.

Die dadurch entstehende Lücke zum wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen könnte nun durch einen reformierten PVF ganz oder teilweise geschlossen werden. Der Wissenschaftliche Beirat beim BMWK schreibt dazu (*BMWK 2022, 28*): „Wenn ein öffentlicher Vorsorgefonds einen Ersatz für nicht geborene Kinder darstellen soll, so müsste er ... für jede Geburtskohorte getrennt angelegt werden, um sicherzustellen, dass

mit den Beiträgen dieser Kohorte ausschließlich und ‚verursachergerecht‘ Pflegeleistungen für diese Kohorte finanziert werden.“ Zweck des neuen Pflegevorsorgefonds (im Folgenden: PVF II) sollte es daher nicht sein, künftige Beitragszahler zu entlasten, sondern einer wohl definierten Gruppe von Versicherten die Finanzierung zusätzlicher Pflegeleistungen über die umlagefinanzierten Basisleistungen hinaus zu sichern. Dazu muss er aus Teilfonds bestehen, die jeweils für eine bestimmte Geburtskohorte gebildet werden (zu denken wäre etwa an fünf aufeinanderfolgende Geburtsjahrgänge). In jeden Teilfonds fließen nur die Beiträge dieser Gruppe, und die Mittel sind zweckgebunden zur Aufstockung der regulären Leistungen an Pflegebedürftige aus dieser Gruppe zu verwenden. Damit ist er durch Art. 14 GG vor Zweckentfremdung geschützt.

Eine Beispielrechnung in Breyer (2025) zeigt, welches Ausmaß die Kapitalbildung für die verschiedenen Geburtskohorten erreichen könnte: Bei einer Zuweisung von 0,5 Beitragssatzpunkten und einer jährlichen realen Rendite von drei Prozent (fünf Prozent) würde die Geburtskohorte 1960 bis 1964 selbst bei einem Nullwachstum der Einkommen in 20 Jahren ein Deckungskapital von 20,9 Milliarden Euro (27,9 Milliarden Euro) ansparen, das anschließend zur Finanzierung zusätzlicher Pflegeleistungen für die dann im Durchschnitt 82-jährigen Versicherten zur Verfügung stünde. Bei der Geburtskohorte 1965 bis 1969, die für den gleichen Vorgang fünf Jahre mehr Zeit hat, wären es schon 36,2 Milliarden Euro beziehungsweise 52,0 Milliarden Euro. Für alle jüngeren Kohorten wären die Finanzmittel noch größer. Diese Mittel würden dann nach aktuarischen Maßstäben zur Finanzierung zusätzlicher Pflegeleistungen für die jeweilige Kohorte verwendet.

## 6 Schlussbemerkung

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung droht ein massiver Generationenkonflikt, bei dem entweder die Generation der Beitragszahler überfordert wird – nicht nur durch die Beiträge zur Pflegeversicherung, sondern auch zur Renten- und Krankenversicherung – oder die der Babyboomer, die mit abrupten Kürzungen der realen Leistungen rechnen muss. Dass in dieser Situation über weitere Leistungsausweitungen, beispielsweise einen Sockel-Spitze-Tausch, nachgedacht wird, verbietet sich von selbst. Um den beschriebenen

Konflikt abzumildern und eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung zu erreichen, müsste die Generation der Babyboomer in den nächsten 20 Jahren massiv in Vorsorgekapital investieren. Der bisher existierende PVF kann diese Funktion nicht erfüllen. Ein neuer PVF II müsste aus Teilfonds bestehen, die jeweils einer Generationenkohorte gehören und für diese Kohorte zusätzliche Leistungen über den Basis-katalog der SPV hinaus finanzieren. Für die Generation der Babyboomer ist es noch nicht zu spät für eine Kapitalbildung zur Finanzierung von Pflegeleistungen, die verstärkt im Alter von über 80 Jahren erforderlich werden. Es ist aber höchste Zeit zu handeln.

## Literatur

- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2024): Das Rentenpaket II; [bmas.de](https://bmas.de) → Soziales → Rente & Altersvorsorge → Rentenpaket II
- Breyer F (2016): Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Jg. 105, Heft 5, 445–461
- Breyer F (2025): Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Jg. 26, Heft 1
- Breyer F, Lorenz N (2020): Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? Wirtschaftsdienst, Jg. 100, Heft 8, 591–596
- Breyer F, Stolte K (2001): Demographic Change, Endogenous Labor Supply, and the Feasibility of Pension Reform, *Journal of Population Economics*, Vol. 14, No. 3, 409–424
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (o. J.): Pflegevorsorgefonds; [bundesgesundheitsministerium.de](https://bundesgesundheitsministerium.de) → Service → Begriffe von A–Z → P → Pflegevorsorgefonds
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand: Juli 2024); [bundesgesundheitsministerium.de](https://bundesgesundheitsministerium.de) → Themen → Pflege → Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten
- BMWK (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz) (2022): Nachhaltige Finanzierung von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK); [bmwk.de](https://bmwk.de) → Suche: Finanzierung Pflegeleistungen
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (o. J.): Bund – Länder: Demografieportal; [demografie-portal.de](https://demografie-portal.de)
- Bundesrat (1993): Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Drucksache 505/93 vom 13.08.1993; [dserver.bundestag.de/brd/1993/D505+93.pdf](https://dserver.bundestag.de/brd/1993/D505+93.pdf)

- Deutscher Bundestag (2014): Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf des Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG), Drucksache 18/1798 vom 23.06.2014; [dserver.bundestag.de/btd/18/017/1801798.pdf](http://dserver.bundestag.de/btd/18/017/1801798.pdf)
- GDV (Gesamtverband der Versicherer) (2024): Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft; [gdv.de](http://gdv.de) → Statistik → Alle Statistiken zur Versicherungswirtschaft
- GKV-Spitzenverband (2024): Kennzahlen zur sozialen Pflegeversicherung (zuletzt aktualisiert: Mai 2024); [gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de) → Über uns → Presse → Zahlen und Grafiken → SPV-Kennzahlen
- Hauff V (Hrsg.) (1987): Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Greven: Eggenkamp Verlag
- IGES Institut (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bericht für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“ unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, Mai 2024
- Lorenz N, Ihle P, Breyer F (2020): Aging and Health Care Expenditure: A Non-Parametric Approach, CESifo Working Paper Nr. 8216
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (Hrsg.) (2023): Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes
- Rothgang H (2012): Der „Pflege-Bahr“: Umverteilung von unten nach oben. Soziale Sicherheit, Jg. 61, Heft 6, 204
- Rothgang H (2014): Fehlkonzipierter Vorsorgefonds. Wirtschaftsdienst, Jg. 94, Heft 5, 310
- Sinn HW, Übelmesser S (2002): Pensions and the Path to Gerontocracy in Germany. European Journal of Political Economy, Vol. 19, No. 1, 153–158
- Statistisches Bundesamt (2019): 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Basis 2018; [destatis.de](http://destatis.de) → Suche: 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Basis 2018
- Statistisches Bundesamt (2022): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; [destatis.de](http://destatis.de) → Themen → Gesellschaft und Umwelt → Bevölkerung → Bevölkerungsvorausberechnung → Aktuell → 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2023): Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren. Jahresgutachten 2023/24
- Werdning M (2021): Demografische Alterung und öffentliche Finanzen. Wie geht es nach der Covid-19-Krise weiter? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Zeit online (2019): Peter Altmaier: Wirtschaftsminister will Sozialabgaben für Arbeitgeber deckeln. 1. Oktober 2019; [zeit.de](http://zeit.de) → Suche: Altmaier Sozialabgaben
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 25. Februar 2025)

## Der Autor



**Prof. Dr. rer. pol. Friedrich Breyer**, Jahrgang 1950, hat an der Freien Universität Berlin, der Universität Heidelberg und der London School of Economics Volkswirtschaftslehre studiert. Er promovierte 1978 in Heidelberg und habilitierte sich dort 1983. Er hatte von 1986 bis 1992 eine Professur für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der FernUniversität Hagen inne und war von 1992 bis 2020 Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Konstanz.

### Kontakt

Prof. Dr. Friedrich Breyer, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Universität Konstanz, Postfach 135, 78457 Konstanz, E-Mail: [Friedrich.Breyer@uni-konstanz.de](mailto:Friedrich.Breyer@uni-konstanz.de)

# Pflegefinanzierung: zentrale Herausforderungen und Lösungsoptionen

von Heinz Rothgang

## Abstract

**Ein doppeltes Finanzierungsproblem** kennzeichnet die Pflegeversicherung heute: Erstens sind die Eigenanteile der Pflegebedürftigen deutlich zu hoch und würden ohne Politikreformen noch weiterwachsen; zweitens drohen weitere Beitragssatzsteigerungen, insbesondere wenn die Eigenanteile zulasten der Sozialversicherung reduziert und begrenzt werden. Dem lässt sich durch eine doppelte Reform entgegenreten. Zum einen kann eine Vollversicherung der Pflegekosten oder zumindest ein Sockel-Spitze-Tausch, der die Eigenanteile nachhaltig begrenzt, die Eigenanteilsproblematik lösen. Zum anderen können die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Verbeitragung aller Einkommensarten und ein Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung dafür sorgen, dass der Beitragssatz nicht erhöht wird. Werden dem System zudem Steuermittel zur Kompensation der Aufwendungen für allgemeine Staatsausgaben zugeführt, kann die Beitragssatzentwicklung sogar unter die des Status quo gebracht werden.

**Schlüsselwörter:** Pflegeversicherung, Eigenanteile, Vollversicherung, Sockel-Spitze-Tausch, Finanzausgleich

**Today, long-term care insurance** is characterized by a twofold financing problem: Firstly, the co-payments of nursing home residents are far too high and would even continue to grow without policy reforms; secondly, the contribution rate is going to increase, especially if co-payments are limited at the expense of social insurance. This can be countered by a twofold reform: Full insurance of care costs or at least a base-peak swap can effectively restrict co-payments, while raising the contribution assessment ceiling, making all types of income subject to contributions, and introducing a financial equalization scheme between social long-term care insurance and private mandatory long-term care insurance can stabilize the contribution rate to social long-term care insurance. If tax revenue is also allocated to the system, the development of the contribution rate may even be brought below the status quo.

**Keywords:** social long-term care insurance, co-payments, full insurance cover, base-peak swap, fiscal equalization mechanism

# 1 Einleitung

Dreißig Jahre nach ihrer Einführung weist die Pflegeversicherung Reformbedarf hinsichtlich ihrer Finanzierung auf – darüber besteht weitgehende Einigkeit in Politik und Wissenschaft. Im Koalitionsvertrag von 2021 wurde daher die Einrichtung einer diesbezüglichen Expertenkommission vereinbart (*SPD et al. 2021, 81*), die aber nie eingesetzt wurde. Stattdessen hat die Bundesregierung im Mai 2024 einen Bericht vorgelegt, der jedoch über eine „Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ (so der Untertitel) nicht hinauskommt und insbesondere nicht in einem Reformvorschlag mündet (*Bundesregierung 2024*). Das Thema wird die Politik daher auch in der 21. Legislaturperiode beschäftigen. Nachfolgend wird zunächst dargelegt, worin genau dieser Reformbedarf liegt (Kapitel 2). Die Lösungsoptionen für die dort identifizierte doppelte Problematik werden in den Kapiteln 3 und 4 diskutiert, bevor abschließend ein kurzes Fazit gezogen wird (Kapitel 5).

## 2 Ausgangslage

Die Pflegeversicherung steht derzeit vor einem doppelten Finanzierungsproblem: Zum einen steigen die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen aufgebracht werden müssen, kontinuierlich an und haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, das von der Mehrzahl der Pflegebedürftigen nicht mehr aus dem eigenen Einkommen gezahlt werden kann (siehe Kapitel 2.1). Zum anderen wachsen die Ausgaben der Pflegeversicherung schneller als ihre Einnahmen, was in der Vergangenheit nur durch Beitragssatzsteigerungen aufgefangen werden konnte, die in immer kürzeren Abständen erfolgen mussten. Ohne entsprechende Reformmaßnahmen sind weitere Beitragssatzsteigerungen notwendig, die politisch nicht erwünscht sind (siehe Kapitel 2.2).

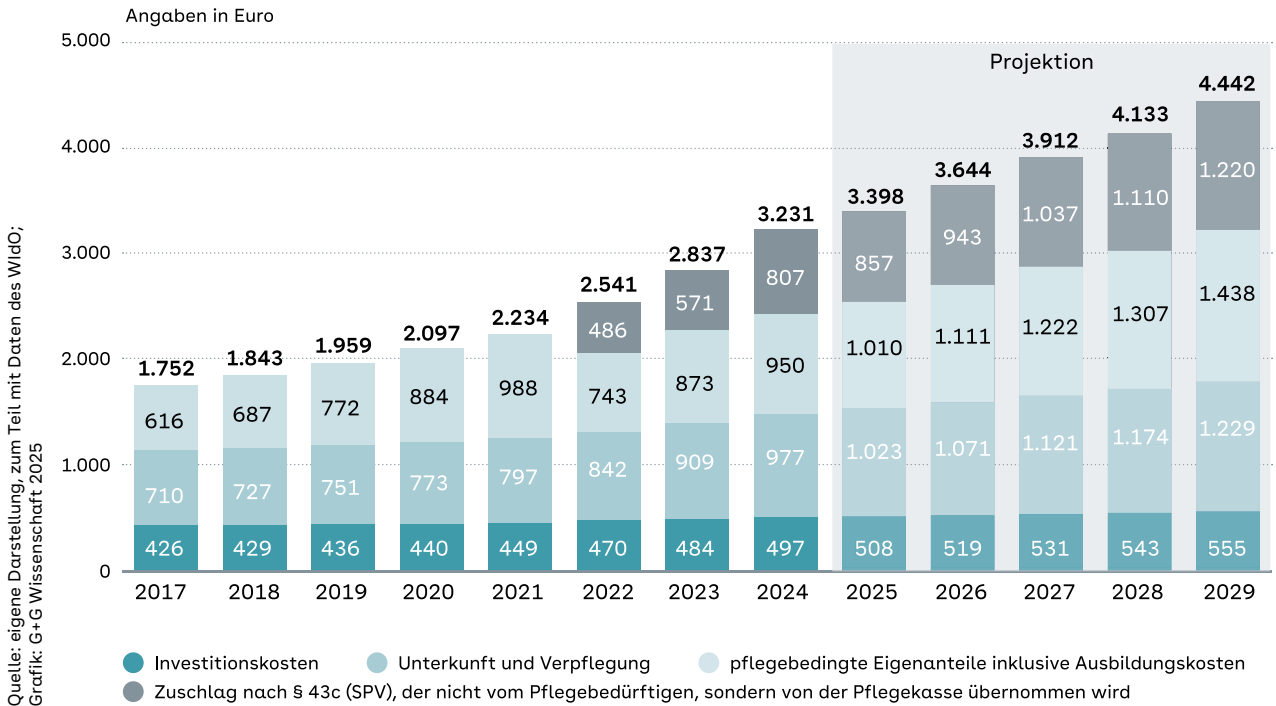
### 2.1 Eigenanteile in Pflegeheimen

Die Forderung nach einer sozialstaatlichen Absicherung des Pflegerisikos wurde seit Mitte der 1970er-Jahre damit begründet, dass es gelte, die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu beenden (*KDA 1974*). Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen, wurde als

eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (siehe *Pabst und Rothgang 2000*). Darauf wird auch im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt: „... wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (*Deutscher Bundestag 1993, 2*). Einem Vorschlag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) aus dem Jahr 1976 folgend, wurden die Heimkosten in drei Komponenten zerlegt: die pflegebedingten Kosten (die inzwischen auch eine Ausbildungsumlage enthalten), die Investitionskosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegebedürftigen sollten dabei lediglich für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung aufkommen, während die Investitionskosten von den Ländern und die pflegebedingten Kosten vollständig von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten (*Deutscher Bundestag 1993, 115*). Wenn heute darauf verwiesen wird, dass die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ eingeführt wurde, wird meist der Eindruck erweckt, dass in der stationären Pflege eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten intendiert war. Das ist falsch, und die ursprüngliche Konzeption der „Teilleistungsversicherung“ entspricht dem, was heute als „Vollversicherung“ bezeichnet wird. Insofern ist die Forderung nach einer Vollversicherung, wie sie beispielsweise vom „Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung“ erhoben wird, die aber auch von führenden Unionspolitikern aus den Bundesländern (Klaus Holetschek, Karl-Josef Laumann, Michael Kretschmer) ins Spiel gebracht wird, nur eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung.

In Bezug auf diesen normativen Bewertungsmaßstab ist die Entwicklung der Eigenanteile äußerst kritisch zu sehen. Im Dezember 2024 lag der bundesdurchschnittliche monatliche Eigenanteil bei 2.424 Euro (**Abbildung 1**, abgezogen von den über der Säule genannten 3.231 Euro ist der durchschnittliche Zuschlag nach § 43c). Hiervon entfallen 950 Euro auf die pflegebedingten Kosten, die eigentlich vollständig von der Pflegeversicherung gezahlt werden sollten. Dabei sind die Zuschläge zu den Eigenanteilen nach der Dauer der vollstationären Pflege gestaffelt. Die Abbildung bezieht sich auf den gewogenen Mittelwert. Wird dagegen der Eigenanteil für das erste Jahr betrachtet, lag er im Dezember 2024 bundesdurchschnittlich bei rund 3.000 Euro, wovon die Hälfte auf die pflegebedingten Eigenanteile entfällt. Auch bei Berücksichtigung einer

**Abbildung 1 Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres von 2017 bis 2029 (davon 2025 bis 2029 als Projektion)**



Die Eigenanteile sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Sie werden es ohne Intervention weiter tun. Ein Faktor sind dabei die pflegebedingten Kosten, die eigentlich die Pflegeversicherung übernehmen müsste.

weiteren Dynamisierungsstufe für die Versicherungsleistungen zum 1. Januar 2028 in Höhe von wiederum 4,5 Prozent steigen die Eigenanteile weiter und erreichen 2029 monatliche Werte von rund 3.200 Euro im Durchschnitt und über 4.000 Euro im ersten Jahr. Die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung werden daher weit verfehlt, was zu einer Delegitimisierung dieses Sicherungssystems führt. Die Reduktion und effektive Begrenzung der Eigenanteile muss deswegen ein zentrales pflegepolitisches Ziel in der 21. Legislaturperiode sein (siehe Kapitel 3).

## 2.2 Finanzierung der Pflegeversicherung

Obwohl die Pflegeversicherung somit immer weniger in der Lage ist, ihre selbst gesteckten Ziele zu erreichen, musste der Beitragssatz mehrfach und in zunehmend kürzeren Abständen erhöht werden, um ein Defizit auszugleichen. Auch für die Zukunft ist – ceteris paribus – mit einem weiteren Anstieg des Beitragssatzes zu

rechnen. In welchem Umfang Beitragssatzsteigerungen notwendig sind, hängt insbesondere davon ab, ob die Zugangsvoraussetzungen zu Pflegeleistungen – wie 2017 – verändert werden, ob Leistungen, auf die Anspruch besteht, überhaupt abgerufen werden können und wie die Leistungen im Verhältnis zur allgemeinen wirtschaftlichen Lage dynamisiert werden. In seinem „werterhaltenden“ Basisszenario (Szenario 4) hat das IGES Institut (2024, 20) in seinen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durchgeführten Berechnungen unterstellt, dass die Geldleistungen mit zwei Dritteln der Inflation und einem Drittel der allgemeinen Lohnsteigerung, die Sachleistungen aber mit einem Drittel der Inflation und zwei Dritteln der allgemeinen Lohnsteigerung angepasst werden. Die Inflation wird dabei mit 1,5 Prozent und die Nominallohnsteigerung mit drei Prozent angesetzt, was zu einer Reallohnsteigerung von rund 1,5 Prozent führt. Damit werden die Sachleistungen mit 0,5 Prozent unterhalb der allgemeinen Lohnentwicklung dynamisiert, was implizit damit gerechtfertigt wird, dass nur zwei Drittel der Kosten auf Personalkosten zurückgehen und

die Kostensteigerung für das übrige Drittel in etwa der Inflation entsprechend dürfte. Diese Setzung erscheint dem Grund nach plausibel, vernachlässigt aber, dass die Entlohnung der Altenpflegekräfte in den vergangenen zehn Jahren doppelt so schnell gestiegen ist wie die der übrigen Beschäftigten und sich aufgrund der gesetzlichen Regelungen, die alle Tarifverträge für refinanzierungspflichtig erklären, auch in absehbarer Zeit nichts an dieser unterschiedlichen Entwicklung ändern dürfte. Da die Preise für Pflegeleistungen aber von der Lohnentwicklung für Pflegekräfte und nicht von der allgemeinen Lohnentwicklung geprägt sind, ist dieser Ansatz letztlich nicht werterhaltend. Diese Dynamisierungsregel übertrifft dabei aber noch die aktuellen gesetzlichen Regelungen (*ebenda*, 19). Obwohl die Leistungsdynamisierung also nicht werterhaltend ist, steigt der Beitragssatz gemäß den Berechnungen von IGES in diesem Szenario auf 4,6 Prozentpunkte im Jahr 2060 (*ebenda*, 21). Breyer (2025) kommt in seinen Berechnungen bereits für das Jahr 2050 auf einen Beitragssatz von 7,2 Prozent. Wenngleich die numerischen Ergebnisse von spezifischen Setzungen beeinflusst werden, herrscht doch Übereinstimmung, dass ein weiterer Anstieg des Beitragssatzes zu erwarten ist, sollten sich die Finanzierungsregeln nicht ändern.

### 3 Optionen zur Eigenanteilsbegrenzung

Eine Eigenanteilsbegrenzung kann im Prinzip durch ein weiteres externes Sicherungssystem (Kapitel 3.1) oder durch Leistungsverbesserungen im bestehenden System (Kapitel 3.2 und 3.3) erreicht werden.

#### 3.1 Private Zusatzversicherung

Statt der Einberufung einer Expertenkommission (vergleiche Kapitel 1) haben zwei Expertenanhörungen stattgefunden. Diese konnten zumindest ein übereinstimmendes Ergebnis verzeichnen: Alle Expertinnen und Experten waren sich einig, dass eine Vollversicherung nur durch eine obligatorische Maßnahme erreicht werden kann (*Bundesregierung 2024, Anlage 3*). Auch der Expertenrat Pflege des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (*PKV 2023, 5*) kam zu dem Schluss, dass eine „sozialpolitisch wünschenswerte hinreichend breite Abdeckung des finanziellen Risikos der Eigenanteile ... nur erreicht werden [kann],

wenn sie obligatorisch ist“. Weiterhin sieht der Vorschlag des PKV-Expertenrates eine „sozialpolitische Flankierung“ des Versicherungstarifs vor (*ebenda*). Für eine obligatorische Versicherung mit einem sozialpolitisch überwölbten Tarif mit Umverteilung gibt es aber in Deutschland bereits ein etabliertes Konzept: die Sozialversicherung. Der Vorschlag der PKV-Kommission läuft daher darauf hinaus, eine Sozialversicherung durch eine zweite Sozialversicherung zu ergänzen. Das führt aber lediglich zu mehr Bürokratie einschließlich etwaiger Schnittstellenprobleme. Der Ausbau der bestehenden Sozialversicherung ist deshalb der Ergänzung der Sozialversicherung durch eine weitere Sozialversicherung überlegen. Sollen Elemente der Kapitaldeckung im Pflegesicherungssystem eingesetzt werden, kann dies privatwirtschaftlich oder im Rahmen der Sozialversicherung erfolgen. Eine private Zusatzversicherung ist hierfür keineswegs notwendig.

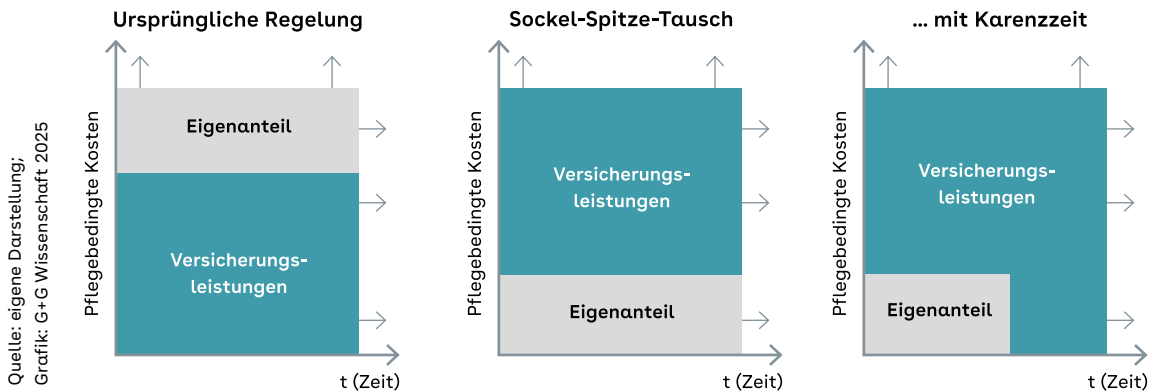
#### 3.2 Vollversicherung

Die einfachste Lösung der Problematik zu hoher Eigenanteile in der Heimpflege besteht darin, die ursprüngliche Konzeption der Pflegeversicherung konsequent umzusetzen und die Leistungen der Pflegeversicherung so auszugestalten, dass die pflegebedingten Kosten vollständig übernommen werden. Die Zusatzkosten für die soziale Pflegeversicherung würden sich bei einem derzeitigen monatlichen pflegebedingten Eigenanteil von 950 Euro und 732.000 sozialversicherten Heimbewohnerinnen und -bewohner auf gut 8,2 Milliarden Euro pro Jahr belaufen, was einem Beitragssatzanstieg von etwa einem halben Beitragssatzpunkt entspricht. Wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Heimplätze in etwa so weiterwächst wie in den vergangenen Jahren, dürfte dieser Beitragssatzeffekt im Zeitverlauf konstant bleiben.

#### 3.3 Sockel-Spitze-Tausch

Normativ lässt sich eine Vollversicherung gut begründen (siehe Kapitel 2.1). Allerdings ist diese Lösung vergleichsweise teuer. Ein Kompromissvorschlag besteht daher darin, zwar an einem Eigenanteil festzuhalten, diesen aber unterhalb der derzeitigen Eigenanteile nominal zu fixieren und dann nur noch inflationsindexiert anzupassen. Während die ursprüngliche Konzeption der Pflegeversicherung betragsmäßig pauschalierte Versicherungsleistungen als Sockel-Betrag vorsah und die

Abbildung 2 Grundgedanke des Sockel-Spitze-Tauschs



Quelle: eigene Darstellung;  
 Grafik: G+C Wissenschaft 2025

In der ursprünglichen Regelung sind die Versicherungsleistungen fix und die Eigenanteile flexibel, beim Sockel-Spitze-Tausch ist es umgekehrt. Bei zusätzlicher Karenzzeit ist die maximale Höhe des Eigenanteils vorher klar.

Eigenanteile in der Spitze nach oben offen waren, würde dieses Verhältnis nunmehr umgekehrt, sodass der Eigenanteil fest ist und die Risiken von Kostensteigerungen von der Versicherung getragen werden. Nach einer gewissen Karenzzeit würde der Eigenanteil dann auf null sinken, sodass auch das zweite Risiko, nämlich das einer langen Dauer der Pflegebedürftigkeit, auf die Versicherung übertragen würde (**Abbildung 2**).

Im Herbst 2020 hat der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dafür eine monatliche Sockelleistung von 700 Euro vorgeschlagen, die maximal für 36 Monate zu zahlen sei.

Damals wurde der Sockelbetrag von Pflegeverbänden teilweise als zu hoch angesehen. Inzwischen erscheint er dagegen plausibel, weil er (wenn auch zum Teil knapp) oberhalb der durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile in allen Bundesländern liegt. Mit diesen Werten ergeben sich Mehrausgaben für den Sockel-Spitze-Tausch von 4,6 Milliarden Euro gegenüber dem Status quo und damit nur 56 Prozent des Wertes für die Vollversicherung. Dennoch kommt es zu einer Entlastung von fast allen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und einer dauerhaften Begrenzung des Eigenanteils. Der maximale lebenslange Eigenanteil wird damit auf 25.200 Euro begrenzt. Dieser Betrag ließe sich sehr gut durch eine private Pflegeversicherung absichern, die dann aber nicht auf eine unbestimmte Lücke, sondern auf einen genau bekannten Betrag abstellt.

## 4 Optionen zur Beitragssatzbegrenzung

Die Aufhebung oder Begrenzung des Eigenanteils in der stationären Pflege führt zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung – und das in einer Situation, in der sie auch ohne zusätzliche Ausgabensteigerung langfristig nicht ohne Beitragssatzanhebung finanziert werden kann. Soll der Beitragssatz stabilisiert werden, müssen der Pflegeversicherung weitere Einnahmen zugeführt werden. Denkbar sind diesbezüglich insbesondere Steuerzuschüsse (Kapitel 4.1) und die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage (Kapitel 4.2 und 4.3). Die Beitragssatzeffekte dieser Maßnahmen werden in Kapitel 4.4 aufgezeigt.

### 4.1 Steuerfinanzierung

In ordnungspolitischer Betrachtung sollten allgemeine Staatsaufgaben steuerfinanziert werden, während die Sozialversicherung nur die Ausgaben für das Eintreten der Risiken finanziert, für die sie gegründet worden ist. Bereits im Koalitionsvertrag 2021 wurde festgestellt, dass die Beiträge, die von der Pflegeversicherung zur Sicherung der informellen Pflegepersonen an die Rentenversicherung abgeführt werden, eine allgemeine Staatsaufgabe sind, da sie der Armutsvermeidung dienen (*SPD et al. 2021, 81*). Für deren Finanzierung wird – ebenso wie für die erfolgten besonderen Ausga-

ben in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie – ein Steuerzuschuss gefordert (*ebenda*). Zudem wird die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in § 8 Abs. 1 SGB XI ausdrücklich als „eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ definiert. Diesem Gedanken folgend ließe sich daher ein Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung auch über die genannten Ausgabenposten hinaus fordern.

## 4.2 Einbezug der privat Versicherten

Wie das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil ausgeführt hat, durfte der Gesetzgeber die „Pflegevollversicherung“ in zwei Zweigen einführen, der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) – allerdings nur unter der Maßgabe einer „ausgeglichene Lastenverteilung“ (*Bundesverfassungsgericht 2001, 21–22*). Nun weist die private Pflegeversicherung eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur sowie niedrigere alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen auf. Dies führt dazu, dass die Ausgaben für einen Sozialversicherten – bei gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungskriterien – knapp doppelt so hoch sind wie die für einen privat Versicherten, selbst wenn für diesen die Beihilfeleistungen bereits berücksichtigt sind (*Rothgang 2025*).

Zudem weisen die privat Versicherten im Durchschnitt ein fast doppelt so hohes Einkommen auf wie die gesetzlich Versicherten (*Rothgang und Domhoff 2025, 20*). Würden die privat Versicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der Beitragssatz lediglich bei 36 Prozent des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung. Das sogenannte duale System der Sozial- und Privatversicherung, das es in gleicher Weise nirgendwo in der OECD-Welt gibt, führt daher zu einer eklatanten Ungleichbehandlung, bei der die „guten Risiken“ und die „schlechten Risiken“ in zwei verschiedenen Systemen versichert sind, die nur in sich selbst, aber nicht miteinander solidarisch sind. Dieser Geburtsfehler der Pflegeversicherung ist nicht nur unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten problematisch, sondern trägt auch zur strukturellen Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung bei, bei der die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen systematisch langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Ein Ausgleich dieser nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung erscheint daher aus Gerechtig-

keitsgründen geradezu zwingend. Die weitgehende Lösung läge in der Schaffung einer integrierten Sozialversicherung für die gesamte Bevölkerung, die auch unter dem Namen Bürgerversicherung diskutiert und gefordert wird. Ähnliche Effekte lassen sich aber auch durch einen Finanzausgleich zwischen der SPV und der privaten PPV erzielen, wie er bereits einmal in einem Koalitionsvertrag vereinbart war, dem Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU, CSU und SPD (*2005*).

## 4.3 Bemessungsgrundlage und andere Einkommensarten

Die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung beruht nicht nur darauf, dass gute Risiken häufiger privat versichert sind. Vielmehr kommt es auch bei den in der SPV Versicherten zu einem negativen Effekt, der darauf beruht, dass nur bestimmte Einkommensarten verbeitragt werden, nämlich im Wesentlichen die Einkommen aus Arbeit (einschließlich Lohnersatzleistungen und Renten/Pensionen) – und dies auch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Steigen nun die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und die Einkommen aus anderen Einkommensarten stärker als die verbeitragten Einkommen, so führt auch das dazu, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Tatsächlich ist das BIP von 2000 bis 2023 um 95 Prozent gestiegen, während die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung im selben Zeitraum nur um 51 Prozent zunahm (*Rothgang und Domhoff 2025, 10*). Gelingt es, die Beitragsbemessungsgrundlage der SPV zu verbreitern und das Wachstum der Beitragsbemessungsgrundlage an das des BIP heranzuführen, kann der Anstieg des Beitragssatzes abgemildert werden. Weitere Schritte hierzu sind die Verbeitragung aller Einkommen und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Maßnahmen entfalten vor allem Wirkung, wenn sie gemeinsam und in Verbindung mit dem Einbezug der bislang privat Versicherten durchgeführt werden.

## 4.4 Beitragssatzeffekte der Maßnahmen

Allein die Umfinanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen würde die SPV und die Pflegebedürftigen um rund vier bis fünf Milliarden Euro entlasten –

eine Entlastung in Höhe der Mehrausgaben durch den Sockel-Spitze-Tausch mit den zuvor genannten Parametern. Umgerechnet in Beitragssatzeffekte entspricht das einer rechnerischen Reduktion um knapp 0,3 Beitragssatzpunkte. Der Effekt eines weiteren Bundeszuschusses hängt von dessen Ausgestaltung ab. Der Effekt der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 0,2 Beitragssatzpunkten, der der Berücksichtigung anderer Einkommensarten und des Einbezugs der bislang privat Versicherten in eine integrierte Sozialversicherung oder einen Finanzausgleich bei jeweils 0,3 Beitragssatzpunkten. In der Summe führen diese drei Maßnahmen zu einem Beitragssatzeffekt von 0,7 Beitragssatzpunkten. Damit könnte eine Vollversicherung der stationären Pflegekosten und eine Anhebung der Sachleistungen um monatlich 130 Euro, die den im Durchschnitt derzeit privat aufgetragenen Pflegekosten im ambulanten Setting entspricht, finanziert werden (Rothgang und Domhoff 2025). Dies gilt nicht nur zum Umstellungszeitpunkt, sondern auch auf lange Frist. Der Beitragssatz einer derartigen Pflegebürgerversicherung liegt auch 2060 nur um 0,2 Beitragssatzpunkte oberhalb des für den Status quo vorausgerechneten Wertes (ebenda). Wird die Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigt, läge der Beitragssatz einer Pflegebürgerversicherung bis 2060 sogar immer unterhalb des Beitragssatzes im Status quo.

## 5 Fazit

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, das jeden treffen kann. Zwei von drei Männern und fünf von sechs Frauen werden im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig (Rothgang und Müller 2023, 56). Schon heute sind nicht nur sechs Millionen Pflegebedürftige betroffen, sondern auch zehn Millionen pflegende An- und Zugehörige sowie 1,4 Millionen beruflich Pflegenden – und diese Zahlen werden in den nächsten Dekaden steigen. Die Sicherung der pflegerischen Versorgung ist daher eine der zentralen Zukunftsaufgaben.

Mehr als ein Drittel der pflegebedürftigen Männer und mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen beziehen im Laufe ihres Lebens auch vollstationäre Pflege (Rothgang und Müller 2024, 34). Die Reduktion und dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege sind daher von großer Bedeutung. Sie können durch eine Vollversicherung der pflegebedingten Kosten oder durch einen Sockel-Spitze-Tausch gewähr-

leistet werden, die allerdings die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung erhöhen. Sie müssen also mit Maßnahmen verbunden werden, die für mehr Einnahmen des Systems sorgen. Ein diesbezüglicher Bundeszuschuss für die Übernahme der Kosten gesamtgesellschaftlicher Aufgaben lässt sich gut begründen. Die Einbeziehung der bislang privat Versicherten in die Sozialversicherung oder ein Finanzausgleich ist zudem schon aus Gerechtigkeitsgründen angezeigt. Horizontale und vertikale Gerechtigkeit würden zudem durch die Verbeitragung aller Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhöht. Zusammengenommen wären die Effekte der Refinanzierungsmaßnahmen so groß, dass sogar eine Vollversicherung mit zusätzlichen Leistungen im ambulanten Bereich finanziert werden könnte und die Beitragssatzentwicklung dabei unterhalb des Status quo verlief.

## Literatur

- AWO (Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt) (1976): Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 27, Heft 4, 156–159
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade am 31.12.2023; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten → Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade (insgesamt) → 2023
- Bundesregierung (2024): Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Unsere Publikationen → Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ → Anlagen zum Bericht: Anlage 3
- Breyer F (2025): Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. Working Paper Series 2025-01 of the Department of Economics, University of Konstanz
- Bundesverfassungsgericht (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe; bundesverfassungsgericht.de → Alle Entscheidungen → Entscheidung suchen: 1 BvR 2014/95
- CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit – Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD; archiv.cdu.de/node/1100
- Deutscher Bundestag (1993): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur

sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG). Drucksache 12/5262; [ds.server.bundestag.de/btd/12/052/1205262.pdf](http://ds.server.bundestag.de/btd/12/052/1205262.pdf)

IGES Institut (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bericht für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV“ unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit; [bundesgesundheitsministerium.de](http://bundesgesundheitsministerium.de) → Suche: Finanzentwicklung SPV → Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ → Anlage 1

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (1974): Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA

Pabst S, Rothgang H (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung. In: Leibfried S, Wagschal U (Hrsg.): Der deutsche Sozialstaat: Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt: Campus, 340–377

PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.) (Hrsg.) (2023): Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes; [pkv.de](http://pkv.de) → Positionen → Zukunft der Pflege → Die Pflege-Plus-Versicherung → Abschluss-Bericht

PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.) (2024): PKV Zahlenportal. [pkv-zahlenportal.de/](http://pkv-zahlenportal.de/)

Rothgang H (2025): Sanierungsstau an der fünften Säule. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 28, Heft 2, 14–19; [www.aok.de/pp/bv/](http://www.aok.de/pp/bv/) → G+G → Magazine → Gesundheit + Gesellschaft 02/2025

Rothgang H, Domhoff D (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung; [solidarische-pflegevollversicherung.de](http://solidarische-pflegevollversicherung.de)

Rothgang H, Müller R (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44; [barmer.de](http://barmer.de) → Portale → Presse → Infothek → Studien und Reporte → Pflegereporte → Pflegereport 2023

Rothgang H, Müller R (2024): BARMER Pflegereport 2024. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47; [barmer.de](http://barmer.de) → Portale → Presse → Infothek → Studien und Reporte → Pflegereporte → Pflegereport 2024

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP)

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. März 2025)

## Der Autor



**Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang**, Jahrgang 1963, hat Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an der Universität zu Köln und der University of Sussex (Großbritannien) studiert und sich in Bremen habilitiert. Nach einer Professur für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Hochschule Fulda ist er 2005 auf eine Professur für Gesundheitsökonomie an die Universität Bremen berufen worden. Dort leitet er die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM, dem Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

### Kontakt

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, SOCIUM Forschungsinstitut Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen, Telefon: 0421 218 58557, E-Mail: [rothgang@uni-bremen.de](mailto:rothgang@uni-bremen.de)

# Systembedingte Grenzen der GKV-Finanzierung überwinden

von Stefan Sell

## Abstract

**Im bestehenden System** – unter der Nebenbedingung der international einmaligen Dualität des Krankenversicherungssystems mit einer privaten Krankenversicherung, in der sich ein Teil der einkommensstärkeren Personen der solidarischen Finanzierung entziehen kann – stößt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an mehrere systembedingte Grenzen. Dies muss im Kontext der Ausgabendynamik und der Bedarfsentwicklung zu stark steigenden Beiträgen führen, was dann als Lohnnebenkosten problematisiert wird. Zugleich müssen aus den – wegen der Bemessungsgrenze für Lohn Einkommen nach oben gedeckelten – Beiträgen aufgrund der Verschiebepflichten zahlreiche sogenannte versicherungsfremde Leistungen finanziert werden, die an sich aus Steuermitteln zu tragen wären. Vor diesem Hintergrund wird für eine systematisch abgesicherte Ausweisung der über Steuermittel zu finanzierenden Leistungen und für eine nachhaltige Regelbindung des Steueranteils plädiert. Das kann einen Teil des Drucks von der Beitragsfinanzierung nehmen und lässt sich verteilungspolitisch und volkswirtschaftlich begründen. Angeraten wird auch eine Perspektivenerweiterung hin zu den positiven externen Effekten der Ausgaben im Bereich der GKV.

**Schlüsselwörter:** Finanzierung, Beiträge, Steuern, versicherungsfremde Leistungen

**In the existing system** and under the secondary condition of the internationally unique duality of the health insurance system with private health insurance, in which some of the higher-income individuals can avoid solidarity-based financing, the financing of the German statutory health insurance (SHI) comes up against several system-related limits. In the context of expenditure dynamics and the development of demand, this must lead to sharply rising contribution rates, which are then problematised as ancillary wage costs. At the same time, the contributions – which are capped at the top due to the assessment limit for wage income – have to be used to finance numerous so-called non-insurance benefits, which would otherwise have to be borne by tax revenue. Against this backdrop, we argue in favour of a systematically secured designation of these benefits to be financed by tax revenue and, at the same time, for a sustainable standardisation of the tax share, which would take some of the pressure off contribution financing and, at the same time, can be justified from an economic point of view in addition to distribution arguments. It is also advisable to broaden the perspective to include the positive external effects of SHI expenditure.

**Keywords:** financing, contributions, taxes, non-insurance benefits

# 1 Einführung

Der Jahresanfang 2025 war nicht nur geprägt von einem kurzen Wahlkampf nach dem vorzeitigen Ende der Ampel-Koalition und den daraufhin angesetzten Neuwahlen, sondern auch durch höchst alarmistische Meldungen über eine „aus dem Ruder laufende“ Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung in der Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Hinweis, dass die Sozialkassen Milliarden-Defiziten gegenüberstehen. Zugleich wurden die Beitragszahler mit erheblichen Anhebungen der kassenindividuellen Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konfrontiert – der gesetzlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz als rechnerische Größe wurde von 1,7 Prozent 2024 auf 2,5 Prozent angehoben, tatsächlich liegt aber der durchschnittliche Zusatzbeitrag über alle Kassen bei 2,9 Prozent – und auch in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gab es eine erneute Erhöhung des Beitragssatzes, diesmal um 0,2 Prozentpunkte. Man sollte sich von den auf den ersten Blick harmlos daherkommenden prozentualen Veränderungswerten nicht täuschen lassen. Allein die Anhebung in der SPV um scheinbar mickrige 0,2 Prozentpunkte wird nach Angaben der Bundesregierung Mehreinnahmen in Höhe von rund 3,7 Milliarden Euro insgesamt generieren.

## 2 Blick auf Beitragszahler

Üblicherweise werden bei einer Auseinandersetzung mit der ausgaben- und einnahmenseitigen Finanzentwicklung der Sozialkassen die ganz großen Milliardenbeträge aufgerufen. Hier soll eine andere Perspektive exemplarisch dargestellt werden – konkret die individuelle Perspektive der Beitragszahler. Das Fallbeispiel (**Abbildung 1**) verdeutlicht auch, was von einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine Lohn-erhöhung für den Arbeitnehmer in der Realität übrigbleibt. Das Fallbeispiel bezieht sich auf eine der vielen Medizinischen Fachangestellten (MFA). Sie ist beschäftigt in einer Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten und wird nach Tarif bezahlt. Am Jahresende 2024 durfte sie sich über eine Gehaltserhöhung von 102 Euro pro Monat freuen – brutto. Tatsächlich kommen nur 14 Euro netto bei der Beschäftigten an. Man kann anhand der Zahlen zudem strukturelle Probleme des gegebenen Finanzierungssystems, die seit Jahrzehnten in der Fachdiskussion verhandelt werden, wie unter einem Brennglas erkennen.

## 3 Sozialversicherungs-pflichtige Erwerbsarbeit

Bekanntlich finanziert sich die GKV ganz überwiegend aus Beitragseinnahmen. So stammen von den etwas mehr als 300 Milliarden Euro Einnahmen der GKV im Jahr 2023 über 90 Prozent aus Beitragsmitteln. Eine (anteilig sehr begrenzte) Mitfinanzierung aus Steuermitteln über einen Bundeszuschuss gibt es in diesem Zweig der Sozialversicherung erst seit dem Jahr 2004 (mehr dazu in Kapitel 6).

Von besonderer Bedeutung ist mit Blick auf die Beitragsfinanzierung der GKV eine mehrfache Begrenzung der Beitragsgrundlage, aus der die Mittel generiert werden müssen: Zum einen beschränkt sich die Beitragserhebung grundsätzlich auf die Einkommen der Mitglieder aus sozialversicherungspflichtiger Arbeit, wobei neben einer prozentual gleichen Belastung der Einkommen durch die Beitragsbemessungsgrenze eine Deckelung nach oben eingezogen ist. Die liegt in der GKV (und der SPV) 2025 bei 5.512,50 Euro pro Monat. Jeder Euro, der darüber hinaus verdient wird, ist von einer Verbeitragung verschont. Zugleich wird in diesem Bereich bei den gesetzlich Pflichtversicherten ausschließlich das beitragspflichtige Lohneinkommen zur Finanzierung herangezogen (abweichend ist die Regelung bei den freiwillig Versicherten). Hinzu kommt als weltweit einmalige Besonderheit aufgrund der Dualität des Krankenversicherungssystems die Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V), deren Überschreiten eine Abwanderung aus der GKV in die private Krankenversicherung (PKV) ermöglicht – im Jahr 2025 liegt diese Grenze bei 73.800 Euro pro Jahr (6.150 Euro pro Monat). Höhere Einkommen können sich also in das Sondersystem der PKV verabschieden. Zehn Prozent der Bevölkerung sind in diesem Zweig vollversichert, darunter mehr als 50 Prozent Beamte und deren Familienangehörige, die sich nur ergänzend privat versichern müssen, weil sie einen Beihilfeanspruch gegenüber ihrem Dienstherrn haben, der entsprechende Aufwendungen aus Steuermitteln finanziert.

Damit stellt sich das seit Langem und ausführlich beschriebene Problem, dass gerade die höheren Einkommen entweder vollständig der Mitfinanzierung der GKV entzogen sind oder die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht herangezogen werden können. Dadurch wird der Beitragsdruck in mehrfacher Hinsicht fokussiert: Begrenzt (im Regelfall ausschließlich) auf Lohneinkommen, die auch noch

## Abbildung 1 Fallbeispiel zum Thema Abgabenbelastung

### Medizinische Fachangestellte (MFA) in einer Gemeinschaftspraxis in Teilzeit, alleinerziehend (1 Kind)\*, Arbeitszeit: 27 Stunden pro Woche

	Betrag in Euro im Dezember 2024	Betrag in Euro im Januar 2025	Anstieg in Euro	Anstieg in Prozent
<b>Bruttogehalt</b>	2.642,00	2.744,00	102,00	3,9
<b>Lohnsteuer</b>	118,41	166,50	48,09	40,6
<b>KV-Beitrag AN**</b>	205,89	230,36	24,47	11,9
<b>RV-Beitrag AN</b>	245,80	255,19	9,39	3,8
<b>AV-Beitrag AN</b>	34,38	35,67	1,29	3,8
<b>PV-Beitrag</b>	44,93	49,39	4,46	9,9
<b>Nettogehalt</b>	<b>1.992,59</b>	<b>2.006,89</b>	<b>14,30</b>	<b>0,7</b>

Quelle: eigene Berechnung; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

KV = Krankenversicherung RV = Rentenversicherung AV = Arbeitslosenversicherung PV = Pflegeversicherung AN = Arbeitnehmer

\*) Steuerklasse 2, Kinderfreibetrag: 0,5

\*\*) Beitragssatz zur KV: 15,58 Prozent im Dezember 2024 beziehungsweise 16,79 Prozent im Januar 2025

Von einer Gehaltserhöhung von 102 Euro zum Januar 2025 verbleiben der MFA 14,30 Euro netto. Der Rest wird über die Lohnsteuer und Beiträge zur Sozialversicherung abgezogen.

gedeckt sind durch die Beitragsbemessungsgrenze, und neben einer beitragsfreien Familienmitversicherung wird entsprechend dem solidarischen Finanzierungscharakter eine strikt einkommensabhängige Verbeitragung vorgenommen. Das hat zur Folge, dass Versicherte mit sehr niedrigen Lohneinkommen auch nur sehr niedrige Beiträge zahlen müssen, ohne dass das korrespondierend Auswirkungen auf der Leistungsseite hat. Dieser Aspekt ist grundsätzlich eine Herausforderung, besonders aber im Kontext der Tatsache, dass dieser Mechanismus auch bei den versicherten Rentnern greift, bei denen die Bemessungsgrundlage naturgemäß niedriger ist als während des aktiven Erwerbslebens.

Dem Umlageverfahren entsprechend hat die GKV die laufenden Ausgaben aus den laufenden Einnahmen zu decken, die ganz überwiegend aus den Beiträgen geschöpft werden müssen. Wenn jetzt aber die Bemessungsgrundlage aufgrund der Verengung auf einen Ausschnitt des Lohneinkommens aus sozialversiche-

rungspflichtiger Erwerbsarbeit (der nicht nur oben abgeschnitten wird durch die Beitragsbemessungsgrenze, sondern auch nach unten hin durch die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse) unter Druck gerät, was offensichtlich erkennbar wird in Wirtschaftskrisen mit einem Anstieg der Arbeitslosigkeit, dann rutscht das von der Hand in den Mund lebende System ganz schnell in ein Defizit, wenn sich die Ausgaben nicht gleichsam an die sich verändernden Einnahmen anpassen, in dem Fall also nach unten, was faktisch erhebliche Leistungskürzungen bedeuten würde, die man aber nicht durchsetzen kann oder will. Dann muss es entsprechende Mechanismen geben, die einen Defizitausgleich über eine andere Quelle ermöglichen. Und da gibt es grundsätzlich neben den Beiträgen (und/oder einer Verlagerung von bislang kollektiv finanzierten Leistungen auf die einzelnen Individuen) nur den Griff zu Steuermitteln.

Das angesprochene strukturelle Finanzierungsproblem der GKV muss vervollständigt werden mit einem

über das gegebene System hinausreichenden Hinweis auf den Tatbestand, dass sich das beitragspflichtige Lohnneinkommen schon seit Langem entkoppelt von der Entwicklung der am Bruttoinlandsprodukt (BIP) gemessenen volkswirtschaftlichen Wertschöpfung. Letztere entwickelt sich weitaus dynamischer als die mehrfach beschränkte Beitragsgrundlage der GKV. Mit anderen Worten: Ein größer werdender Anteil der Wertschöpfung wird nicht (mehr) zur Finanzierung herangezogen. Die ganze, naturgemäß höchst strittige und vor allem schon in den 1980er-Jahren intensiv geführte Diskussion über eine wie auch immer geartete „Wertschöpfungsabgabe“ (zuweilen auch als „Maschinensteuer“ beziehungsweise „Maschinenbeitrag“ titulierte) dreht sich letztendlich um die Frage, ob und wie man eine Umbasierung der Beitragsbemessung hinbekommen kann – weg von der ausschließlichen Bezugnahme auf die Lohnneinkommen und hin zu einer Belastung der gesamten Wertschöpfung (vergleiche *Willnow 2010; Bach et al. 2016; Huchzermeier und Rürup 2018*).

Es gibt zahlreiche skeptische Anfragen beziehungsweise Zurückweisungen einer Umbasierung oder zumindest einer Ergänzung der Beitragsgrundlage. Allerdings sollte gerade bei dem, was in den kommenden Jahren allein aufgrund der demografischen Entwicklung im Zusammenspiel mit den damit einhergehenden steigenden Bedarfen auf uns zukommen wird, dieser Hinweis von Klaus Jacobs nicht fehlen: „... im Status quo (werden) personalintensive Dienstleistungsbranchen, nicht zuletzt auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung, durch Sozialabgaben vergleichsweise stark, dagegen zwar wertschöpfungs-, aber nicht in gleichem Umfang beschäftigungsintensive Branchen aus dem wachsenden Bereich der Digitalwirtschaft entsprechend weniger stark an der Finanzierung der Sozialversicherungen beteiligt. Eine Umbasierung der aktuell ausschließlich entgeltbezogenen Arbeitgeberbeiträge, wie sie in den 1980er-Jahren bereits einmal intensiv ... diskutiert wurde, sollte bei einer zukunftsgerichteten Neubestimmung der Ausprägung des Solidaritätsprinzips von GKV und SPV mit auf die Agenda gesetzt werden“ (*Jacobs 2023, 491*).

Im bestehenden System bleibt also bei relativer Konstanz der Leistungsseite erst einmal nur das Drehen an der Beitragsschraube, was die Versicherten gerade (wieder einmal) erleben mussten. Das Fallbeispiel mit der MFA und ihrer Einkommensentwicklung in Kapitel 2 verdeutlicht das Gewicht der Sozialabgaben für

ihre Belastung insgesamt. Sie hat 2025 bei einem Brutto-Gehalt von 2.744 Euro insgesamt Abzüge von fast 27 Prozent, und mit 570 Euro entfällt ein Großteil auf Beiträge zur Sozialversicherung. Der Lohnsteuer-Abzug liegt mit 166,50 Euro deutlich niedriger. Allerdings ist der Belastungssprung bei der Lohnsteuer mit über 40 Prozent mehr im konkreten Fall deutlich stärker ausgeprägt als die bereits erheblichen Anstiege beim GKV-Beitrag (+11,9 Prozent) oder dem Pflegeversicherungsbeitrag (+9 Prozent). Hier wird die oft beschriebene Problematik erkennbar, dass die Grenzsteuersätze oberhalb des Grundfreibetrags schnell ansteigen.

In diesem Kontext wird dann immer wieder eine ergänzende beziehungsweise substituierende Steuerfinanzierung diskutiert – die es seit 2004 in der GKV in einem sehr überschaubaren Umfang auch schon gibt. Aber vor einem detaillierteren Blick auf diesen Ansatzpunkt einer Teillösung der Finanzierungsprobleme der GKV sei ausgehend von dem exemplarisch aufgezeigten Belastungsprofil der alleinerziehenden MFA in Teilzeit darauf hingewiesen, dass bekanntlich die Steuermittel nicht vom Himmel fallen, sondern aus unterschiedlichen Quellen generiert werden müssen.

Wenn man sich in diesem Zusammenhang anschaut, wie sich die Entwicklung der Steuereinnahmen (ohne reine Gemeindesteuern) im Jahr 2024 darstellt (vergleiche *BMF 2025*), dann kann man erkennen, dass es mit Abstand zwei Hauptquellen auf der Einnahmenseite für den Staat gibt: zum einen die Umsatzsteuer (302 Milliarden Euro), zum anderen die Lohnsteuer (249 Milliarden Euro; hinzu kommt hier – zumindest teilweise – noch die veranlagte Einkommensteuer in einer Größenordnung von 75 Milliarden Euro). Das sind die beiden wichtigsten Quellen, aus denen die Steuermittel vor allem generiert werden (können).

Bleiben wir noch einen Moment bei dem Fallbeispiel aus dem zweiten Kapitel. Immer wieder wird in der öffentlichen Debatte über „die“ Steuerbelastung darauf hingewiesen, dass es doch die Reichen seien, die heute (schon) die Hauptlast der Steuern zu tragen hätten, man könne die „nicht noch mehr“ belasten, sondern ganz im Gegenteil, die brauchten eine Entlastung. Was aber dabei fehlt, ist folgender Hinweis: Das mag isoliert vielleicht richtig sein für den Bereich der Einkommensteuer, es blendet aber aus, dass die Steuerfinanzierung insgesamt neben der direkten auch und gerade von der indirekten Besteuerung gespeist wird. Und die Umsatzsteuer zahlen eben alle Haushalte

te und dabei anteilig gesehen vor allem die mit niedrigen oder mittleren Einkommen. Man müsste also bei der MFA neben den offensichtlichen Abzügen auch noch in Rechnung stellen, dass sie bei zahlreichen Transaktionen Mehrwertsteuer zu zahlen hat.

Bach et al. (2016) haben mit Blick auf die Verteilungswirkungen darauf hingewiesen, dass die Einkommen- und Unternehmenssteuern stark progressiv sind und vorwiegend Haushalte mit höheren Einkommen belasten. Die Einkommensteuer ist – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt – deutlich progressiv und wird größtenteils von den einkommensstarken Haushalten getragen: Die reichsten zehn Prozent zahlen fast 60 Prozent des gesamten Aufkommens, während die untere Hälfte nur zu fünf Prozent beiträgt. Aber man muss den Blick weiten: Die prozentuale Belastung mit Steuern und Sozialbeiträgen in Deutschland ist erstaunlich gleichmäßig über alle Einkommensgruppen verteilt und wirkt nur wenig progressiv. Wenn man auch die Sozialbeiträge berücksichtigt, dann fällt die gesamte relative Belastung der mittleren Einkommen nicht viel geringer aus als die der sehr hohen Einkommen. So geben die einkommensschwächsten zehn Prozent der Haushalte 23 Prozent ihres Bruttoeinkommens für die indirekten Steuern aus, die obersten zehn Prozent dagegen nur sieben Prozent ihres Einkommens. Da die indirekten Steuern auf die Konsumausgaben überwältigt werden, belasten sie das Existenzminimum. Durch die indirekten Steuern verläuft die gesamte Steuerbelastung im unteren Einkommensbereich deutlich regressiv. Progression und Umverteilung des Steuersystems sind seit Ende der 1990er-Jahre zurückgegangen.

Interessant sind diese Hinweise aus der Arbeit von Bach et al.: „Auch die Sozialbeiträge haben teilweise den Charakter von Steuern, insoweit die Versicherten keine äquivalenten Leistungen für ihre Beiträge bekommen. Rechnet man überschlägig die Hälfte der Sozialbeiträge den Steuern zu, so erhöht sich die Belastung der Haushalte mit mittleren und höheren Einkommen beträchtlich. Die Top-Einkommen profitieren dagegen von den Beitragsbemessungsgrenzen. Dadurch ist die Gesamtbelastung der mittleren Einkommen nicht viel niedriger als bei den Top-Einkommen. Zudem haben Haushalte mit hohen Einkommen größere Steuergestaltungsmöglichkeiten. Ferner können sie Unternehmensgewinne in Holdinggesellschaften, Stiftungen oder Family Offices thesaurieren, so dass sie insoweit nicht mit Abgeltungssteuer oder progressiver Einkommensteuer belastet werden“ (DIW 2016).

## 4 Versicherungs-fremde Leistungen

Die Forderung nach einer stärkeren Steuerfinanzierung der Krankenversicherung wird aktuell (wieder) von ganz unterschiedlichen Seiten in die politische Diskussion eingebracht. Wieder deshalb, weil es schon einmal, vor allem in den 1990er- und noch Anfang der 2000er-Jahren (vergleiche Sell 1997 und Sell 2000), eine intensive Debatte über die sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der Sozialversicherung gegeben hat, die eigentlich richtigerweise über Steuer- statt Beitragsmittel finanziert werden sollten. Hierzu gibt es eine lange verfassungs- und sozialrechtliche Traditionslinie der Diskussion (vergleiche für eine rechtswissenschaftliche Zusammenfassung Zimmermann 2009, 173 ff.). Für die volkswirtschaftlich-sozialpolitikwissenschaftliche Diskussionslinie sei hier vor allem auf die Arbeiten von Winfried Schmähl verwiesen (etwa Schmähl 2006 und Schmähl 2009). Die mittlerweile höchst ausdifferenzierte Diskussion kann hier nicht nachgezeichnet werden, es muss aber darauf hingewiesen werden, dass man in der Literatur ein sehr breites Definitionsspektrum für versicherungsfremde Leistungen vorfindet. Und je nach Abgrenzung variieren natürlich auch die Volumina der eigentlich aus Steuermitteln zu finanzierenden Ausgaben in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung (vergleiche für den GKV- und SPV-Bereich die Übersicht über die Spannweite in Deutscher Bundestag 2016). Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten Ausarbeitungen zu versicherungsfremden oder nicht versicherungsadäquaten Leistungen von Interessengruppen in Auftrag gegeben wurden, die an bestimmten Größenordnungen ein Interesse haben.

## 5 Hartz IV- und Bürgergeld-bezieher in der GKV

In der aktuellen Diskussion wird nicht nur von den Krankenkassen mit Vehemenz darauf hingewiesen, dass für die vielen Bürgergeldbezieher viel zu niedrige Beiträge an die GKV gezahlt werden, sodass ein ansehnlicher Milliardenbetrag seitens der Beitragszahlergemeinschaft aufgebracht werden muss, der richtigerweise aus Steuermitteln finanziert werden müsste. Konzeptionell wird die Versicherungsfremdheit hier am Ausmaß der Kostendeckung durch die für beziehungsweise von Hartz-IV- beziehungsweise Bürger-

geldbeziehern geleisteten Beiträge in der GKV festgemacht. Ein erster Anlauf dazu wurde bereits 2017 unternommen (vergleiche *IGES Institut 2017*). Die hat dann so eine Medienresonanz gefunden: „Ein neues Gutachten zeigt, dass die Bundesregierung den Krankenkassen jedes Jahr fast zehn Milliarden Euro weniger zahlt, als diese für Hartz-IV-Bezieher ausgeben ... Statt der bezahlten knapp 100 Euro sei eigentlich ein Betrag von bis zu 290 Euro je Hilfebezieher und Monat nötig, um deren Kosten auszugleichen“ (*FAZ 2017*).

Die damaligen Berechnungen sind zwischenzeitlich aktualisiert worden (vergleiche *IGES Institut 2024*; hierbei handelt es sich um ein Gutachten für den GKV-Spitzenverband). Der Grad der Kostendeckung wird dabei auf Systemebene betrachtet, das heißt, es geht um die Lastenteilung zwischen dem Steuerhaushalt des Bundes und dem Beitragshaushalt der GKV. Darüber hinaus wird auf dieser Basis eine kostendeckende Beitragspauschale berechnet, so Ochmann et al. in ihrem Gutachten des IGES Instituts. Und sie vergleichen das mit den Ergebnissen aus 2017 (*ebenda*): „Bei Einbezug von erwerbstätigen und erwerbslosen Aufstockern sowie Familienversicherten fiel der Saldo im Jahr 2022 mit –9.218 Mio. € betragsmäßig nur geringfügig niedriger aus als mit –9.590 Mio. € im Jahr 2016. Der Anteil der durch Beitragseinnahmen gedeckten Gesamtausgaben (Deckungsquote) ist von 38 % auf 39 % geringfügig gestiegen.“ Im Jahr 2022 hätte eine kostendeckende Beitragspauschale in Höhe von 311,45 Euro monatlich gezahlt werden müssen – tatsächlich bekommen haben die Krankenkassen aber nur 108,48 Euro pro Person und Monat. Die Forderung nach einer vollständigen Steuerfinanzierung der Absicherung in der GKV für die Bürgergeldbezieher ist grundsätzlich nachvollziehbar und würde mit der kalkulierten Größenordnung von deutlich über neun Milliarden Euro, die derzeit aus Beitragsmitteln zweckentfremdet werden, auch zu einer entsprechend erheblichen Entlastung der Krankenkassen an der Beitragsfront beitragen können. So weit, so richtig.

Allerdings mehr als ambivalent ist die Vorgehensweise einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung für einzelne Gruppen, hier der Bürgergeldbezieher nach dem SGB II. Und die Begründung, aufgrund einer erheblichen „Deckungslücke“ zwischen den Einnahmen und den Ausgaben müsse eine „kostendeckende Beitragspauschale“ konstruiert werden. So verständlich das aus der Perspektive der Kassenhaushalte ist – der ganze Ansatz muss mit sehr spitzen Fingern angefasst

werden (vergleiche dazu *Sell 2017*). Das hier relevante Problem hat etwas zu tun mit den Grundprinzipien der GKV, die aus guten Gründen als Sozialversicherung ausgestaltet wurde. Man kann sich den Unterschieden zwischen dem Privaten und dem Sozialen beispielsweise so annähern: Grundsätzlich gilt, dass das Versicherungsprinzip auf dem statistischen Gesetz der „großen Zahlen“ beruht. Das heißt: Der im Einzelfall nicht vorhersehbare Risikoeintritt und der vorher nicht bestimmbarer Bedarf an Mitteln werden für eine größere Gesamtheit der von gleichartigen Risiken Betroffenen zu kalkulierbaren Größen. Wie sieht es nun aus, wenn man auf der Basis von Privatversicherungen operiert? Im Falle der Privatversicherung werden die Versicherungsprämien auf der Basis von Risikoausgleichskalkülen nach dem Prinzip der versicherungstechnischen Individualäquivalenz gestaltet, also mithilfe der strengen Orientierung der Prämienleistungen am Erwartungsschaden: Risikoeintrittswahrscheinlichkeit mal erwartete Schadenshöhe.

Das Sozialversicherungsprinzip ist ein in zweifacher Weise nach dem Grundsatz der Solidarität modifiziertes Individualversicherungsprinzip:

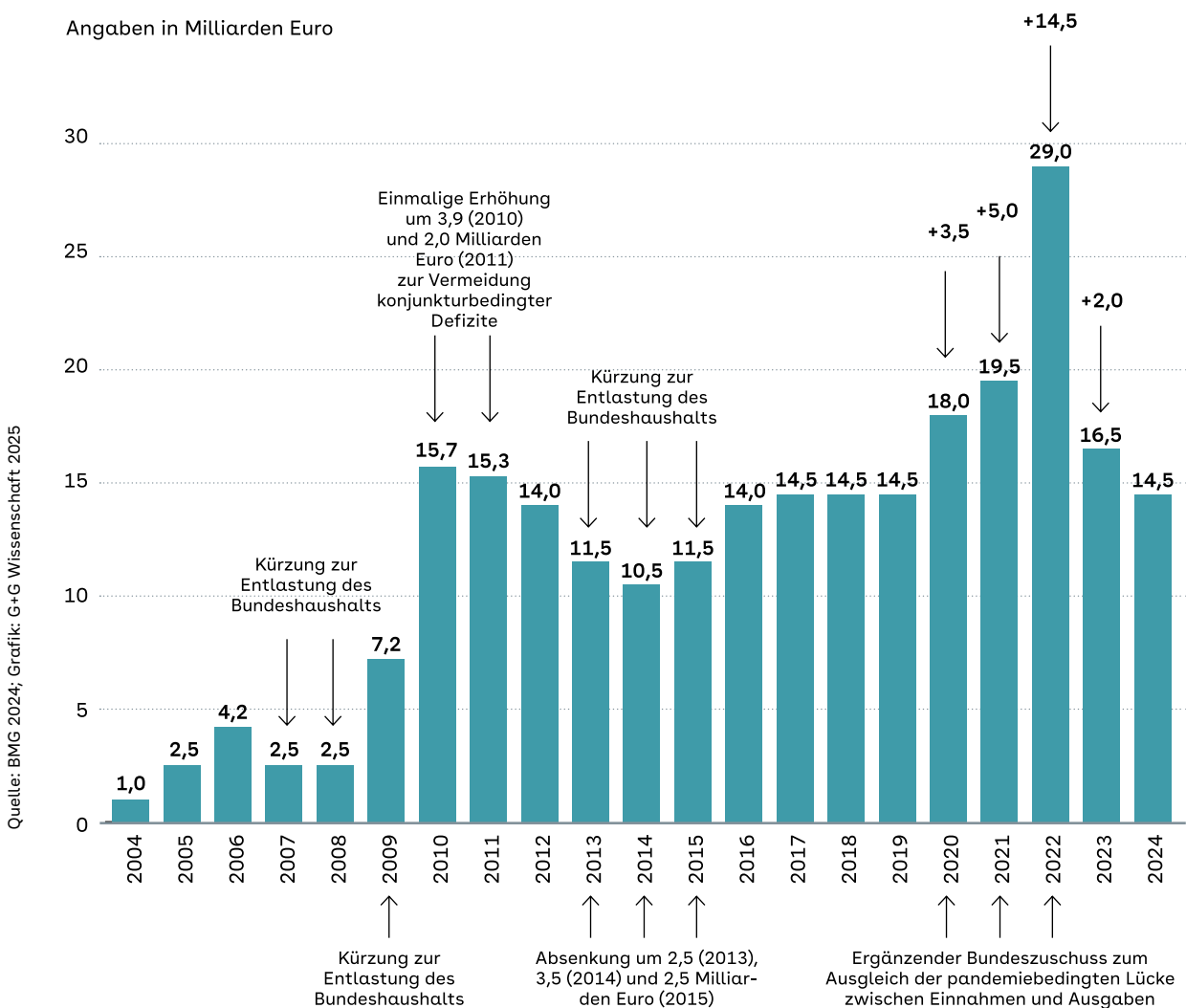
- a) Die Beiträge in der Sozialversicherung sind nicht an individuellen Risikowahrscheinlichkeiten orientiert.
- b) Auch die Versicherungsleistungen sind nicht streng beitragsorientiert. Es gibt nur eine relative Beitragsäquivalenz der Leistungen (man denke hier an den Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und den dadurch erworbenen Leistungsansprüchen in der gesetzlichen Rentenversicherung). Speziell in der GKV haben wir den Tatbestand, dass es bei den dominierenden Sachleistungen überhaupt keine Äquivalenz gibt zwischen der Beitragshöhe und dem Leistungsanspruch.

Eine Folge des Solidaritätsprinzips ist es, dass die Sozialversicherung im Gegensatz zur Individual- oder Privatversicherung für die Pflichtversicherten weder Risikoausschlüsse noch Leistungsausschlüsse kennt. Das hat Konsequenzen in der GKV: Wir haben es hier mit mehreren Umverteilungsdimensionen zu tun, deren man sich bewusst sein sollte.

Zum einen wird in der GKV auf der Finanzierungsseite von hohen zu niedrigen Einkommen umverteilt, denn alle erwerben den gleichen Umfang an Versicherungsschutz (wenn wir vom Sonderfall des Kran-

## Abbildung 2 Steuerfinanzierter Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds der GKV

Angaben in Milliarden Euro



Der Bundeszuschuss existiert seit 2004. Im Laufe der vergangenen 20 Jahre wurde er mehrfach und mit recht unterschiedlicher Motivation angehoben und abgesenkt. 2024 betrug seine Höhe 14,5 Milliarden Euro.

kengeldes absehen). Ganz genau formuliert haben wir eine doppelte Umverteilung von hohen zu niedrigeren Einkommen: zum einen zeitpunktbezogen zwischen verschiedenen Personen, in der GKV zum anderen auch zusätzlich mit Blick auf den Lebenslauf des einzelnen Versicherten eine intertemporale Umverteilung zwischen höheren und geringeren Einkommen der einzelnen Personen dadurch, dass die Beiträge in der aktiven Erwerbsphase durch die dort realisierten Einkommen höher sind als in der Zeit des Rentenbezugs, wo geringere Beiträge anfallen für die Krankenkassen. Zugleich ist das aber gera-

de die Zeit, in der aufgrund der Alterskorrelation vieler Erkrankungen und Behandlungsbedarfe deutlich höhere Ausgaben anfallen. Insofern haben wir eine Umverteilung von jungen zu älteren Versicherten – und das sowohl intra- als auch interpersonell. Des Weiteren haben wir eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken, was die grundsätzliche Versicherungsfunktion reflektiert. Und die Leistungen für die Kranken werden nicht differenziert nach ihrem Beitragsaufkommen.

Der entscheidende Punkt ist: In der GKV kann es aufgrund des Finanzierungssystems immer nur „kos-

tendeckende Beiträge“ im Kollektiv geben, niemals für einzelne Teilgruppen des Kollektivs. Konsequenterweise werden dann auch alle Einnahmenkomponenten der Krankenkassen erst einmal in einen großen Topf geworfen („Gesundheitsfonds“) und in einem zweiten, durch den „morbidityorientierten Risikostrukturausgleich“ modifizierten Schritt wieder an die Kassen ausgeschüttet, um deren Ausgaben zu decken.

So nachvollziehbar isoliert betrachtet die Argumentation der Krankenkassen auf der Basis der Daten von Ochmann et al. (*IGES Institut 2024*) auch ist, dass sich der Bund hier wieder einmal einen schlanken Fuß macht und die Lasten auf die Beitragszahler abwälzt: Der ganze Ansatz stellt ab auf ein der bisherigen GKV wesensfremdes Element einer „gruppenbezogenen Risikoäquivalenz“ und damit auf ein Merkmal, das wir aus der Kalkulationslogik der Prämien in der PKV kennen, die aber ganz anderen Konstruktionsprinzipien folgt. Man könnte an dieser Stelle argumentieren: „Kostendeckende“ Beiträge für einzelne Teilgruppen unter den Versicherten würden eine zentrale Säule der GKV als Sozialversicherung zerstören (müssen) – und wenn man das aus strategisch-taktischen Motiven für die Gruppe der Bürgergeldbezieher macht, warum dann nicht auch für andere Gruppen, beispielsweise für die im Durchschnitt ausgaben trächtigen Rentner in der GKV? Ob bewusst oder (eher wahrscheinlich) unbewusst – hier wird die Umverteilungsmechanik der GKV als Sozialversicherung infrage gestellt.

Das bedeutet nicht, dass man die derzeitige Beitragspauschale des Bundes für die GKV-versicherten Grundsicherungsempfänger nicht unbedingt anheben müsste. Das wäre dringend anzuraten, weil die zu niedrige Pauschale ein Beispiel von vielen für die klassischen Verschiebebahnhöfe darstellt, die dringend beseitigt werden sollten. Die versicherungsfremden Leistungen systemadäquat abzugrenzen und „richtig“ zu finanzieren, das wäre allen Schweiß der Edlen wert. Aber dann müsste man auch konsequent berücksichtigen, dass es bei allen anderen Gruppen in der GKV eben keine kostendeckende Beitragskalkulation gibt, wie sie jetzt für diese eine Teilgruppe versucht wird.

## 6 Der Bundeszuschuss

Es gibt im bestehenden Finanzierungssystem der GKV zumindest seit dem Jahr 2004 eine Steuerfinanzie-

rung, die sogar fest im SGB V normiert wurde. Da findet man den § 221 SGB V mit dem Titel: „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“. Und jetzt wird es spannend. Im Absatz 1 dieses Paragraphen liest man diesen Satz: „Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro ... an den Gesundheitsfonds.“ Da sind sie sogar im Gesetz verankert, die versicherungsfremden Leistungen, und mit einem Preisschild versehen. Nun muss man auch hier sogleich eine Menge Wasser in den aufgetischten Wein gießen, denn das Bundesgesundheitsministerium hat es bis heute nicht geschafft oder schaffen wollen, diese versicherungsfremden Leistungen genau zu benennen (denn das würde ja zur Folge haben, dass sie konkret bepreist werden könnten). Zum anderen ist die Geschichte des bisherigen Bundeszuschusses in der GKV ein Trauerspiel für alle Verfechter einer notwendigerweise deutlich umfangreicheren Steuerfinanzierung in der GKV (und auch in der SPV). Das nicht nur, weil der Betrag viel zu niedrig dimensioniert ist, sondern auch, weil das Auf und Ab des Bundeszuschusses (**Abbildung 2**) aus Kürzungs-, aber auch aus Stützungsmotiven des Bundes so heftig ausfällt, dass man die Skepsis derjenigen versteht, die beim Thema Steuerfinanzierung auf die Gefahren einer unzuverlässigen und willkürlichen Finanzausstattung der GKV hinweisen (vergleiche *Jacobs 2020* mit seiner Darstellung der Achterbahnfahrt des Bundeszuschusses zur GKV).

## 7 Fazit: Regelbindung nötig

Wie angedeutet, wird seit vielen Jahren teilweise erbittert darüber gestritten, was genau (nicht) eine versicherungsfremde Leistung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung ist. Das kann man letztlich unauflösbar weitertreiben – oder man findet eine Lösung für eine relativ unabhängige Abgrenzung dieser Leistungen, die dann nicht nur als solche etikettiert werden, sondern in der Folge ihrer Zuordnung regelgebunden aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dies kann eine von der Bundesregierung und der Sozialversicherung eingesetzte unabhängige Gutachtergruppe machen, deren Aufgabe einzig in einer so weit wie möglich systematisch begründeten Abgrenzung der Leistungen besteht.

Das Sozialversicherungssystem und hierbei besonders die GKV wie auch die SPV brauchen dringend eine

sachlich begründete deutliche Anhebung der Steuerfinanzierung – und das wie gesagt regelgebunden und somit nachhaltig. Der Ansatz ist auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass Steuern dem Non-Affektationsgebot unterliegen, sie also eben nicht zweckgebunden erhoben werden dürfen. Man kann eine faktische Zweckbindung nur über Regelwerke herstellen, die eine entsprechende Bindungswirkung entfalten können.

Und der Bedarf ist enorm: Man denke aktuell nur an die eklatante missbräuchliche Inanspruchnahme von Beitragsgeldern (nur) aus der GKV für die Finanzierung der einen Hälfte des 50 Milliarden Euro schweren Transformationsfonds im Gefüge der Krankenhausreform. Das sind nun wirklich Aufgaben, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind und die von allen Steuerzahlern gestemmt werden müssen. Das Gleiche gilt für die anstehenden umfangreichen Anpassungen der Pflegelandschaft an die sich verändernden Rahmenbedingungen. Alle wissen, dass das historisch gewachsene, versäulte System aus häuslicher, ambulanter und stationärer Langzeitpflege kein tragfähiges Konzept für die vor uns liegenden Jahre mehr darstellt. Auf dem Weg einer konsequenten Kommunalisierung wird man nicht um erhebliche Investitionen in eine neue Pflegeinfrastruktur herkommen, die in den Zwischenwelten zwischen dem heutigen ambulanten und stationären Setting liegen wird. Das ist eine zutiefst öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge, die aus Steuermitteln gestemmt werden muss.

Etwas macht die Angelegenheit noch unschöner: Auch eine stärkere Steuerfinanzierung ist eingebettet in eine Finanzierungsverflechtungsfalle, die – siehe das vorzeitige Ende der Ampel-Koalition – schon bei der Frage nach der Finanzierung von allen geforderter und nachvollziehbarer Investitionen aufgrund steuerpolitischer Blockaden eine Bundesregierung zu Fall bringen kann. Anders formuliert: Die notwendigen Steuermittel für die GKV wie auch für die SPV werden konkurrieren mit zahlreichen anderen, für sich genommen auch gut begründbaren Finanzierungsbedarfen, wenn man an weite Teile der kommunalen Infrastruktur denkt, an das Bildungssystem, an die enormen Ausgabenbedarfe, die im Sicherheitsbereich entstanden sind oder die mit der sozialökologischen Transformation verbunden sind.

In diesem Konkurrenzgefüge wäre es hilfreich, wenn man in den vor uns liegenden Jahren in der

politischen, aber auch in der wissenschaftlichen Debatte die Perspektive weitet und über den Tellerrand schauend herauszukommen versucht aus der „Kostenfalle“ im Sinne eines verengten Blickes nur auf die Ausgabenseite des Gesundheits- und Pflegesystems, wo teilweise der Eindruck erweckt wird, als würden die hier eingesetzten Milliarden in einem schwarzen Loch und damit im Nirwana verschwinden. Immer noch viel zu wenig beachtet und auch gegengerechnet werden die Beschäftigungs- und Wachstumseffekte der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (vergleiche *Ostwald et al. 2025*) Diese erbringt zugleich vorgelagert oftmals Leistungen, die aufgrund des Zusammenspiels mit der Care-Arbeit Voraussetzung dafür ist, dass überhaupt erwerbsmäßig gearbeitet werden kann (vergleiche *Hemerijck und Mushövel 2025* sowie *Sell et al. 2015*). Man denke hier nur an das unauflösbare Gefüge funktionsfähiger Strukturen und Prozesse bei der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege in den vor uns liegenden Jahren angesichts des altersbedingten Übergangs der Babyboomer aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand. Diese Aspekte können helfen, eine notwendige stärkere Steuerfinanzierung nicht nur zu fundieren, sondern sie mit einem positiven Narrativ zu besetzen.

## Literatur

---

- Bach S et al. (2016): Wer trägt die Steuerlast in Deutschland? Steuerbelastung nur schwach progressiv. DIW-Wochenbericht, Nr. 51/52, 1207–1216
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Die Wertschöpfungsabgabe als ein möglicher Finanzierungsbaustein der sozialen Sicherung in Deutschland. Forschungsbericht 489, Juli 2017; [bmas.de](https://www.bmas.de) → Publikationen → Forschungsberichte → Suche: Wertschöpfungsabgabe
- BMF (Bundesministerium der Finanzen) (2025): Steuereinnahmen im Dezember 2024 und konjunkturelles Umfeld. BMF-Monatsbericht, Januar 2025
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2024. Kennzahlen und Faustformeln, Stand: Aug. 2024; [bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de) → Suche: Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2024
- Deutscher Bundestag (2016): Wissenschaftliche Dienste. Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation. WD 9 – 3000 – 051/16

- DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2016): Steuerbelastung ist in Deutschland relativ gleichmäßig über die Einkommensgruppen verteilt. Pressemitteilung vom 21. Dezember 2016
- FAZ (Frankfurter Allgemeine) (2017): Bund erstattet Krankenkassen Milliarden zu wenig. 14.12.2017; faz.net → Suche: Krankenkassen Milliarden zu wenig
- Hemerijck A, Mushövel F (2025): Sozialpolitik ist eine Investition. Wie sie Wohlstand sichern und Wachstum ankurbeln kann. Zentrum für neue Sozialpolitik; zentrum-neue-sozialpolitik.org/sozialpolitik-ist-eine-investition/
- Huchzermeier D, Rürup B (2018): Auswirkungen des Ersatzes der lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung durch eine an der Bruttowertschöpfung orientierte Finanzierungsbeiträge. Düsseldorf: Handelsblatt Research Institute
- IGES Institut (2017): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, Dezember 2017
- IGES Institut (2024): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II. Gutachten für den GKV-Spitzenverband. Berlin, Mai 2024
- Jacobs K (2020): Beitrag oder Steuer. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 23, Heft 10, 21–25
- Jacobs K (2023): Kranken- und Pflegeversicherung: Zukunftsfähigkeit durch Stärkung der Solidarität. Sozialer Fortschritt, Jg. 72, Heft 6, 479–498
- Ostwald D et al. (2025): Mit Gesundheit aus der Wachstumskrise. Ein Handlungsauftrag; wifor.com
- Schmähl W (2006): Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern: Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der „Fehlfinanzierung“ in Deutschland. ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/06. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
- Schmähl W (2009): Sachgerechte Finanzierung der Sozialversicherung als politische Aufgabe. WSI-Mitteilungen, Jg. 62, Heft 7, 390–397
- Sell S (1997): Beschäftigungs- und Verteilungseffekte einer Steuerfinanzierung „versicherungsfremder“ Leistungen in der Sozialversicherung. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 43, 526–543
- Sell S (2017): Zwischen Verschiebepolitik und einer der GKV fremden gruppenbezogenen Risikoäquivalenz: „Teure“ Hartz IV-Bezieher in der Krankenversicherung mit einer großen „Deckungslücke“. Aktuelle Sozialpolitik. Aus den Tiefen und Untiefen der Sozialpolitik. 17.12.2017; aktuelle-sozialpolitik.de → Suche: Deckungslücke
- Sell S (2000): Versicherungsfremde Leistungen und Beitragsfinanzierung. In: Schnapp FE (Hrsg.): Finanzierungsfragen der Sozialversicherung. Am Beispiel des Arbeitsförderungsrechts. Tagungsband zum 31. Praktikerseminar des Instituts für Sozialrecht am 28. November 1998 in Bochum (Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 4). Frankfurt: Lang, 37–67
- Sell S et al. (2015): MehrwertSchöpfung. Eine Studie zur ökonomischen Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz. Aachen: Shaker Verlag
- Willnow A (2010): Die Wertschöpfungsabgabe als Bestandteil eines Transformationskonzeptes? In: Müller H (Hrsg.): Von der Systemkritik zur gesellschaftlichen Transformation. Studien zur Philosophie & Wissenschaft gesellschaftlicher Praxis. Norderstedt: BoD, 230–250
- Zimmermann M (2009): Sozialversicherung und Privatversicherung im Kompetenzgefüge des Grundgesetzes. Dargestellt unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Schriften zum Gesundheitsrecht, Band 19. Berlin: Duncker und Humblot
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. März 2025)

## Der Autor



**Prof. Dr. rer. soc. Stefan Sell**, Jahrgang 1964, hat Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum studiert und dort promoviert. Nach Berufstätigkeiten bei der Bundesanstalt für Arbeit und im Bundeskanzleramt wechselte er auf eine Professur an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung in Mannheim. Seit 1999 ist er Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz, Campus Remagen.

### Kontakt

Prof. Dr. Stefan Sell, Hochschule Koblenz, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Joseph-Rovan-Allee 2, 53424 Remagen, Telefon: 02642 932 202, E-Mail: sell@hs-koblenz.de

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

# Große Sprachmodelle verbessern Diagnostik

von Martin Roesler

**Eine aktuelle Studie im JAMA Network Open untersuchte, ob große Sprachmodelle (LLMs) die diagnostische Genauigkeit von Ärztinnen und Ärzten verbessern. Die Ergebnisse zeigten keinen signifikanten Unterschied bei der ärztlichen Diagnostik mit und ohne Unterstützung von GPT-4. Interessanterweise erzielte GPT-4 allein eine höhere diagnostische Genauigkeit als beide Gruppen, was Fragen zur besten Nutzung dieser Technologie in der klinischen Praxis aufwirft.**

## Was ist das Problem?

Die medizinische Diagnostik ist komplex und fehleranfällig. Ärztinnen und Ärzte stehen unter Zeitdruck und müssen eine Vielzahl von Informationen berücksichtigen, was zu Fehldiagnosen führen kann. Die Integration von Technologien wie LLMs (Large Language Models) könnte dabei helfen, die Genauigkeit und Effizienz bei der Diagnosestellung zu erhöhen.

## Wie wurde untersucht?

In einer randomisierten klinischen Studie wurden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen eingeteilt: Eine Gruppe nutzte GPT-4 als Unterstützung bei der Diagnosestellung, während die andere Gruppe auf konventionelle Ressourcen zurückgriff. Zu-

dem wurde die Leistung von GPT-4 allein bewertet. Die diagnostische Genauigkeit der einzelnen Ansätze wurde anschließend miteinander verglichen.

## Was ist herausgekommen?

Die Studie ergab, dass Ärztinnen und Ärzte mit GPT-4 keine höhere diagnostische Genauigkeit erreichten als jene, die konventionelle Methoden nutzten. Lediglich das Modell allein schnitt besser ab als beide Gruppen, was darauf hindeutet, dass die Einbindung von LLMs in den ärztlichen Entscheidungsprozess noch optimiert werden muss.

## Was folgt daraus?

Die qualitativ gute Studie legt nahe, dass die Integration von LLMs wie GPT-4 in den diagnostischen Prozess das Potenzial hat, die Genauigkeit zu erhöhen. Es ist jedoch wichtig, weitere Untersuchungen durchzuführen, um die optimale Nutzung solcher Modelle in der klinischen Praxis zu bestimmen und sicherzustellen, dass sie als unterstützende Werkzeuge dienen, die die Expertise von Ärztinnen und Ärzten ergänzen.

**Goh E et al.: Large Language Model Influence on Diagnostic Reasoning: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2024;7(10):e2440969**

Dr. Martin Roesler, Arzt im Stab Medizin im AOK-Bundesverband,  
E-Mail: martin.roesler@bv.aok.de

## Kommentar



**Prof. Dr. Kai Wehkamp, MPH**, Professor für Angewandte Künstliche Intelligenz in der Medizin, MSH Medical School Hamburg

Die aktuelle Herausforderung für KI-Anwendungen besteht darin, von den vielen experimentellen Möglichkeiten zu einem tatsächlichen medizinischen Nutzen zu reifen. Die vorgestellte Studie leistet hier einen wichtigen Beitrag, da sie den Effekt von ChatGPT in einem realitätsnahen Szenario untersucht. Zu Recht weisen die Autoren aber auch auf die Schwächen der Methode hin, da die medizinische Realität oft noch komplexer ist. Als weitere Herausforderungen für LLMs wären die Neigung zu Halluzinationen und die fehlende Gewichtung von widersprüchlichem Wissen zu ergänzen. Es kommen aber aktuell LLMs auf den Markt, die auf Basis kuratierter, evidenzbasierter Wissensdatenbanken mit noch höherer Zuverlässigkeit medizinische Diagnostik unterstützen sollen.

Foto: Katrin Maïnka Fotografie

## Köpfe

**Prof. Dr. Freia De Bock** hat die Professur für Medizinische Soziologie und die Leitung des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Sie studierte Medizin in Heidelberg, Gent und New Orleans sowie Public-Health- und Versorgungsforschung in Rotterdam. 2017 erhielt die Fachärztin für Kinderheilkunde eine außerplanmäßige Professur an der Medizinischen Fakultät Mannheim, ab 2018 leitete sie eine Abteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Seit 2022 war De Bock Professorin für Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

**Prof. Dr. Kaan Boztug** leitet die neu gegründete Klinik für Pädiatrische Immunologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Bonn. Nach Medi-

zinstudium und Promotion in Düsseldorf, London, Freiburg und La Jolla/USA arbeitete und forschte er an der Medizinischen Hochschule Hannover. 2011 wechselte Boztug nach Wien, wo er unter anderem als Direktor des Ludwig Boltzmann Instituts für seltene und undiagnostizierte Krankheiten und als Wissenschaftlicher Direktor der St. Anna Kinderkrebsforschung tätig war.

**Prof. Dr. Maik Pietzner** bekleidet die neue Professur für Health Data Modeling am Center of Digital Health des Berlin Institute of Health (BIH) in der Charité. Er studierte Biomathematik, promovierte an der Universität Greifswald und war danach in der MRC Epidemiology Unit an der Universität Cambridge tätig. 2021 wechselte Pietzner zum BIH, wo er als Gruppenleiter in der AG „Computational Medicine“ forschte.

## Kongresse

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin	Resilienz in der Medizin, interdisziplinäres Arbeiten, Transition, Klima und Gesundheit	3.–6.5.2025, Wiesbaden und online	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	kongress.dgim.de > Registrierung E-Mail: dgim.registrierung@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 41066806
12. DNVF-Forum Versorgungsforschung	Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr	7.5.2025, Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V., Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin	eveeno.com/dnvf-forum-2025 > Anmeldung E-Mail: info@dnvf.de
50. Wissenschaftlicher ADKA-Jahreskongress	Digitalisierung, Krankenhauspharmazie, Medikationsmanagement, Chancen und Risiken von KI, ePA	8.–10.5.2025, Berlin	Bundesverband Deutscher Krankenhausaerzte e.V. Alt-Moabit 96 10559 Berlin	adka-kongress.de > Registrierung E-Mail: teilnehmer@adka-kongress.de Telefon: 0201 31014180
Symposium „KI in der Public-Health-Forschung“	Klimawandel und Gesundheit, rechtliche Rahmenbedingungen, KI-gestützte Entscheidungsfindung	14.–15.5.2025, Berlin	Robert Koch-Institut Nordufer 20 13353 Berlin	eveeno.com/ai-in-public-health-symposium E-Mail: ai-in-public-health@rki.de

## Impressum

**G+G Wissenschaft (GGW)**, GGW ist eine Verlagsbeilage von Gesundheit und Gesellschaft • **Herausgeber:** Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) • **Verantwortliche Redakteure:** Ines Körver (KomPart), Jürgen Klauber (WIdO), Helmut Schröder (WIdO), Dr. David Scheller-Kreinsen (WIdO) • **Redaktionsmitglied:** Dr. Silke Heller-Jung (KomPart) • **Grafik:** Geertje Steglich • **Anschrift der Redaktion:** Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105, E-Mail: ggw-redaktion@komp.de. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) → Datenschutz