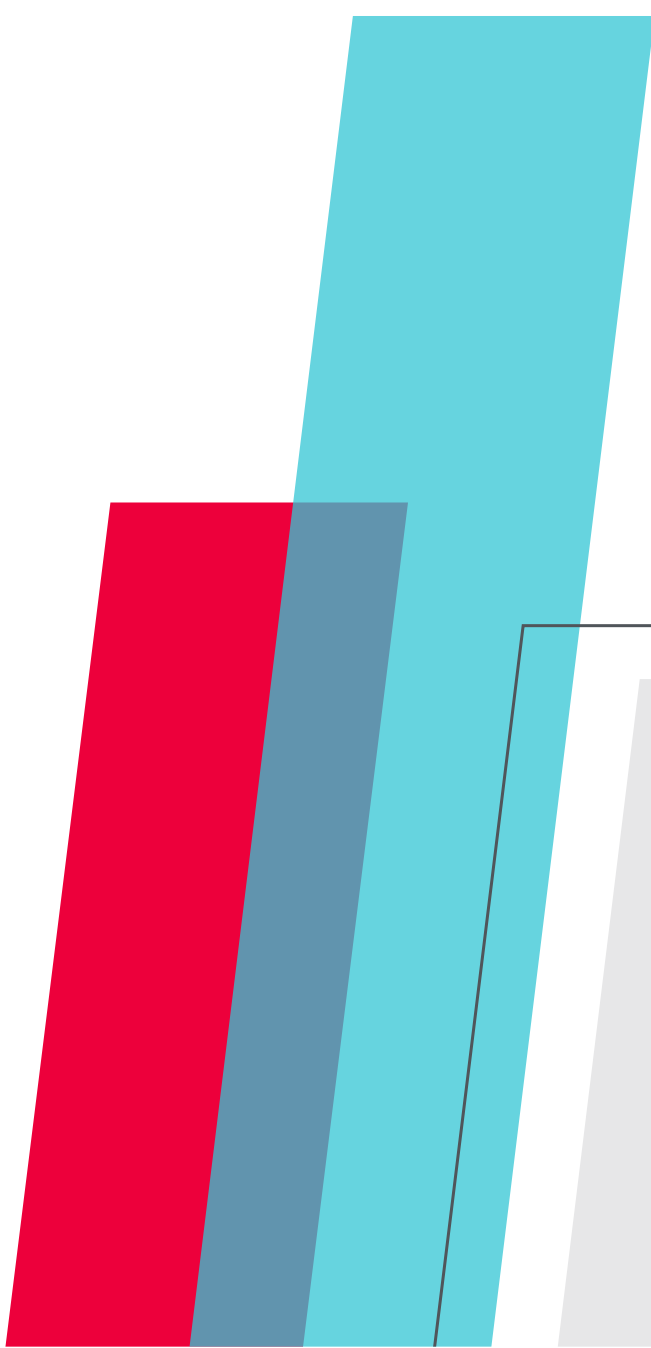


**POLICY PAPER**

# Zeit zu wenden

Deutschlands Sozialstaat am Kipppunkt



**Von**

Dr. Stefan Moog  
Til Ulbrich  
Frederick Vierhub-Lorenz

**Auftraggeber**

Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft  
(INSM)

**Abschlussdatum**

Mai 2026

## **Enabling progress. With evidence.**

Prognos gibt Orientierung in Zeiten der Ungewissheit. Wir vereinen Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, um tragfähige Entscheidungen in komplexen Umfeldern zu ermöglichen. Unsere belastbaren Daten, präzisen Analysen und innovativen Methoden unterstützen Verantwortliche in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dabei, den Wandel aktiv zu gestalten. So ermöglichen wir Fortschritt mit Substanz. Für Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen.

**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

**Gründungsjahr**

1959

**Präsident des Verwaltungsrates**

Dr. Jan Giller

**Arbeitssprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

**Handelsregisternummer**

Berlin HRB 87447 B

**Umsatzsteuer-Identifikationsnummer**

DE 122787052

**Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem  
Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt  
Handelsregisternummer  
CH-270.3.003.262-6

## Unsere Standorte

### Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

Prognos AG  
St. Alban-Vorstadt 24  
4052 Basel  
[info@prognos.com](mailto:info@prognos.com)

X: [Prognos AG](#)  
LinkedIn: [@Prognos\\_AG](#)  
[prognos.com](https://www.prognos.com)

### Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG  
Goethestr. 85  
10623 Berlin

Prognos AG  
Domshof 21  
28195 Bremen

Prognos AG  
Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf

Prognos AG  
Heinrich-von-Stephan-Str. 17  
79100 Freiburg

Prognos AG  
Rödingsmarkt 9  
(c/o Mindspace)  
20459 Hamburg

Prognos AG  
Nymphenburger Str. 14  
80335 München

Prognos AG  
Eberhardstr. 12  
70173 Stuttgart

### Standort der Prognos AG in Belgien

Prognos AG  
Résidence Palace, Block C  
Rue de la Loi 155  
1040 Brüssel

### Tochtergesellschaft in Österreich

Prognos Europe GmbH  
c/o e7  
Hasengasse 12/2  
1100 Wien

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Die Demografie ist, wie sie ist</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Rente und Altersvorsorge</b>	<b>6</b>
3.1	Rentenausgaben	6
3.2	Beitragssatz und Leistungsniveau	8
3.3	Renteneintrittsalter	9
3.4	Rentenbezugsdauer	11
3.5	Die fehlenden Säulen: Private und betriebliche Altersvorsorge	12
<b>4</b>	<b>Gesundheit</b>	<b>14</b>
4.1	Gesundheitsausgaben und Beitragssatz	15
4.2	Versorgungsstruktur	16
4.3	Qualität der Gesundheitsversorgung	18
4.4	Prävention	19
<b>5</b>	<b>Pflege</b>	<b>21</b>
5.1	Deutschland im internationalen Vergleich	21
5.2	Pflegebedürftige	22
5.3	Pflegeausgaben und Beitragssatz	24
5.4	Eigenanteile in der stationären Pflege	26
<b>6</b>	<b>Fazit</b>	<b>28</b>
	Quellenverzeichnis	29

# 1 Hintergrund

## Déjà-vu mit anderen Vorzeichen

Deutschland steht im Frühjahr 2026 vor einem wirtschaftspolitischen Scheideweg, der an die Lage zu Beginn der 2000er Jahre erinnert – und der doch von ihr in entscheidenden Dimensionen abweicht. Damals hatte Deutschland den Ruf des „kranken Mannes Europas“ erworben: Rekordarbeitslosigkeit, Wachstumsstagnation und steigende Sozialbeiträge. Die Antwort war die Agenda 2010 – ein Reformpaket, das trotz Widerständen die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts nachhaltig verbesserte.

Heute ist das makroökonomische Bild ein anderes – aber vielleicht gerade deswegen auch herausfordernder. Sechs Jahre ohne Wirtschaftswachstum, die längste Stagnationsphase in der Geschichte der Bundesrepublik, treffen auf eine veränderte Weltordnung: Geopolitische Spannungen, die Instrumentalisierung wirtschaftlicher Verflechtungen als politisches Druckmittel und der beschleunigte Strukturwandel durch Dekarbonisierung und Digitalisierung erhöhen den Anpassungsdruck auf die deutsche Volkswirtschaft erheblich. Während externe Schocks die Handlungsspielräume verengen, wächst die fiskalische Last von innen: Mit einer Abgabenbelastung des Faktors Arbeit von 49,3 Prozent belegt Deutschland im OECD-Vergleich Rang zwei, und die Steuer- und Abgabenquote markiert mit 41,9 Prozent des BIP ein Allzeithoch (OECD, 2026; Hentze und Kauder, 2026).

## Der verpasste Anschluss: Reformgewinne ohne Folgeinvestitionen

Die Früchte der Agenda 2010 wurden in den 2010er Jahren überwiegend verteilt statt investiert. Leistungsausweitungen in der Rentenversicherung – von der abschlagsfreien Rente mit 63 bis zur Mütterrente und den jüngsten Rentengarantien –, wachsende Ausgaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie strukturelle Reformverzögerungen haben das mühsam erkämpfte Schritt für Schritt zurückgedreht. Die „fetten Jahre“ des zweiten deutschen Wirtschaftswunders – Beschäftigungsrekorde, sprudelnde Steuer- und Beitragseinnahmen – haben diesen Kurswechsel lange kaschiert. Mit dem Ende dieser Phase liegt die Rechnung nun offen auf dem Tisch: In den drei Säulen der Sozialversicherung – Rente, Gesundheit und Pflege – treffen Rekordausgaben auf demografischen Druck durch den nahenden Renteneintritt der Babyboomer.

Das vorliegende Policy Paper liefert anhand zentraler Indikatoren einen faktenbasierten Überblick über Stand und Reformbedarf in den drei zentralen Säulen der sozialen Sicherung – **Rente und Altersvorsorge, Gesundheit und Pflege**. Es folgt dabei drei Leitfragen:

1. Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?
2. Wie war die Entwicklung im Zeitverlauf?
3. Wo werden wir in Zukunft stehen?

Um den Blick für mögliche Lösungsansätze in der Reformdebatte zu öffnen, wird die Darstellung um Beispiele für internationale Reformvorbilder ergänzt.

## 2 Die Demografie ist, wie sie ist

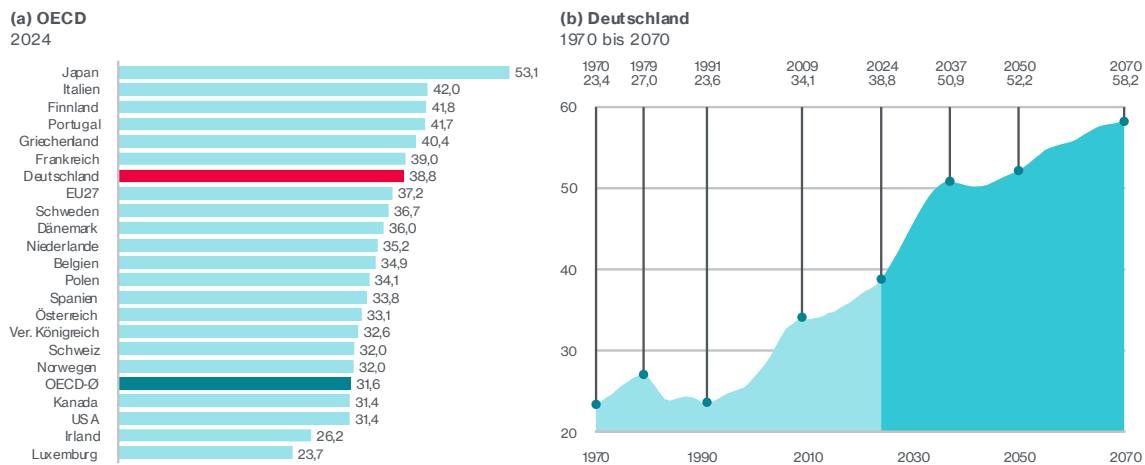
Im OECD-Vergleich gehört Deutschland zu den am stärksten gealterten Volkswirtschaften. Neben Japan, Italien und Frankreich weist Deutschland einen der höchsten Altenquotienten unter den großen Industrienationen auf – deutlich über dem OECD-Durchschnitt und erheblich höher als Länder wie die USA, das Vereinigte Königreich oder Österreich, deren Bevölkerungsstrukturen günstiger ausfallen. Selbst innerhalb Europas liegt Deutschland im oberen Drittel.

### Eine Alterswelle, die erst anlaufen muss

Der bisherige Anstieg des Altenquotienten ist nur der Auftakt. Lag der Wert in Deutschland im Jahr 2000 noch bei rund 26,8, ist er bis zum Jahr 2024 auf 38,8 gestiegen. Doch die eigentliche Herausforderung liegt noch vor uns: Die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation befinden sich derzeit im Übergang in den Ruhestand. Ihr vollständiger Renteneintritt bis Mitte der 2030er Jahre wird den Altenquotienten bis 2037 nochmals deutlich auf 50,9 ansteigen lassen.

### Abbildung 1: Altenquotient

65-Jährige und Ältere je 100 20- bis 64-Jährige



Hinweis: (a) Deutschland: Bevölkerungsfortschreibung, andere Länder: OECD (b) bis 2024: Bevölkerungsfortschreibung, ab 2025: 16. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2)

Quelle: OECD, Destatis, eigene Berechnungen.

© Prognos 2026

### Weniger Schultern für mehr Last

Ein steigender Altenquotient ist nicht gleichbedeutend mit einem Systemversagen – er beschreibt aber die strukturelle Ausgangslage, innerhalb derer Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung in einem reinen Umlageverfahren finanziert werden müssen. Steigende Beitragsbelastungen, wachsender Druck auf den Bundeshaushalt oder Leistungskürzungen sind ohne strukturelle Reformen die arithmetisch unvermeidliche Konsequenz.

Die demografische Uhr lässt sich nicht zurückdrehen. Die politische Frage lautet deshalb nicht ob, sondern wie Deutschland auf diese Verschiebung reagiert.

## INFO

**Die Demografie hat sich nicht verändert – nur die verpassten Jahre**

Die demografische Herausforderung ist keine Überraschung – und war es nie. Ein Vergleich der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (kBV) des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2000 mit der tatsächlichen Entwicklung und der aktuellen 16. kBV zeigt: Die Projektionen von vor einem Vierteljahrhundert lagen bemerkenswert nah an der späteren Realität. Alle demografischen und ökonomischen Schocks der vergangenen 25 Jahre hatten einen geringen Einfluss auf die im Jahr 2000 erwartete Entwicklung des Altenquotienten. Die Konsequenz ist politisch unbequem: Der Reformbedarf in Rente, Gesundheit und Pflege war bereits im Jahr 2000 (und früher) mit hoher Zuverlässigkeit quantifizierbar. Was sich verändert hat, ist nicht die Prognose – sondern der verlorene Handlungsspielraum.

## 3 Rente und Altersvorsorge

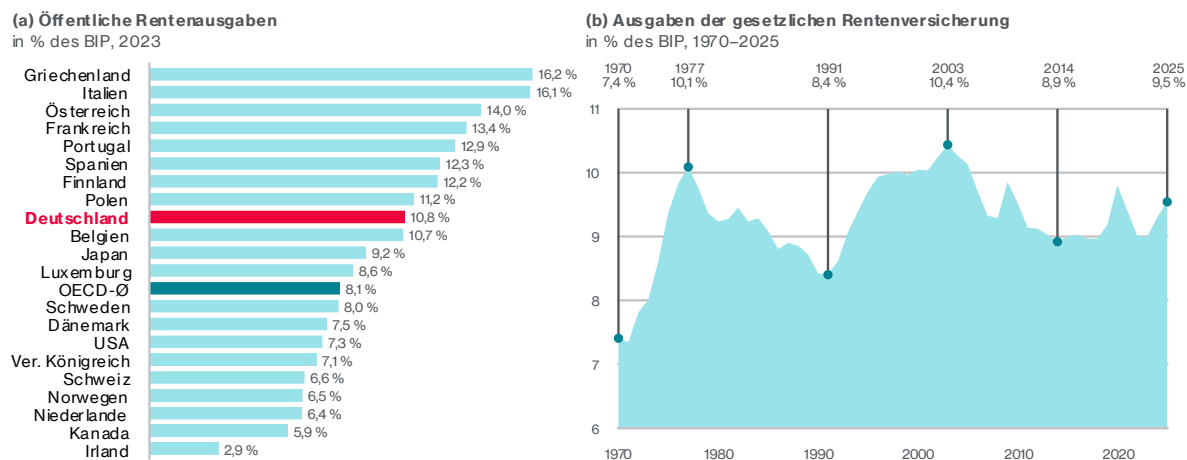
Die Rentenreformen der Jahrtausendwende waren eine Erfolgsgeschichte – die jedoch in der Folgedekade schrittweise zurückgebaut wurde: Die **Rentenausgaben** (3.1) wurden stabilisiert. Der **Beitragssatz** (3.2) liegt mit 18,6 Prozent deutlich unter der Zielmarke von 22 Prozent, den das RV-Nachhaltigkeitsgesetz im Jahr 2003 für 2030 anvisierte. Auch das **Rentenniveau** (3.2) übertrifft die damals gesetzte Zielmarke von 43 Prozent in 2030 ebenfalls deutlich. Das **Rentenzugangsalter** (3.3) ist um mehr als zwei Jahre gestiegen, und der Anstieg der **Rentenbezugsdauern** (3.4) konnte gebremst und stabilisiert werden. Diese Bilanz verdankt sich den tiefgreifenden Rentenreformen der 2000er Jahre. Der Wermutstropfen ist, dass die Entwicklung so positiv war, dass ab 2014 in kleinen Schritten eine rentenpolitische Kehrtwende vollzogen wurde. Im internationalen Vergleich sticht zudem ein strukturelles Manko hervor: Es ist nicht gelungen, eine **ergänzende, kapitalgedeckte Altersvorsorge** (3.5) aufzubauen. Mit einem Altersvorsorgevermögen von lediglich 6,4 Prozent des BIP – gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 95,2 Prozent – ist Deutschland in dieser Dimension dramatisch unterkapitalisiert.

### 3.1 Rentenausgaben

#### Deutschland im oberen Mittelfeld der OECD

Mit öffentlichen Ausgaben für Renten und Pensionen von 10,8 Prozent des BIP liegt Deutschland im oberen OECD-Mittelfeld – hinter klassischen Hochausgabenländern wie Griechenland, Italien, Frankreich und Österreich, aber deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 8,1 Prozent. Niedrigere Quoten weisen neben angelsächsischen Ländern (USA, Kanada, Vereinigtes Königreich) auch die skandinavischen Länder und die Niederlande auf.

## Abbildung 2: Rentenausgaben



Hinweis: (a) OECD (2025a), Tabelle 8.2; USA: 2023, Frankreich, Kanada, Vereinigtes Königreich, Japan: 2022; Deutschland und andere Länder: 2021. (b) DRV (2025a); bis 1990: Alte Bundesländer, ab 1991: Deutschland.

Quelle: OECD, DRV-Bund, Destatis.

© Prognos 2026

### Stabilität trotz steigender Ausgaben

Die Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) haben sich seit 1991 mehr als verdreifacht – von rund 134 auf knapp 427 Milliarden Euro (2025). Gemessen am BIP verlief die Entwicklung in fünf Phasen.

In den **1970er Jahren** stieg die Quote von 7,4 Prozent (1970) auf 10,1 Prozent (1977) – getrieben durch Frühverrentungsanreize, einen steigenden Altenquotienten und die wirtschaftliche Stagnation infolge der Ölpreiskrisen. Im „**goldenen Zeitalter**“ (1977–1990) sank sie wieder auf 8,4 Prozent: Der Eintritt der Babyboomer in den Arbeitsmarkt stabilisierte den Altenquotienten und stärkte die Wirtschaftsleistung. Die **Wiedervereinigung** beendete diese Phase. Wiedervereinigungslasten, schwache Konjunktur, steigende Arbeitslosigkeit und ein erneut wachsender Altenquotient trieben die Quote bis 2003 auf einen neuen Höchststand von 10,4 Prozent. Die **Rentenreformen der 2000er** Jahre brachen diese Ausgabendynamik. Bis 2014 sank die Quote auf 8,9 Prozent des BIP. **Ab 2014** folgte die rentenpolitische Kehrtwende: Mütterrente und abschlagsfreie Rente mit 63 weiteten versicherungsfremde Leistungen aus – finanziert über Beiträge statt Steuern. Die 2019 eingeführte doppelte Haltelinie und die Aussetzung des Nachholfaktors höhlten die Reformen der Jahrtausendwende zumindest temporär aus. Die Quote blieb gleichwohl weitgehend stabil, begünstigt durch eine günstige Arbeitsmarkt- und Konjunktorentwicklung.

### Demografische Zeitenwende

Diese stabilisierende Konstellation hat sich grundlegend verändert. Wirtschaftliche Stagnation schwächt die Beitragsbasis, während die demografisch und politisch bedingte Ausgabendynamik fortbesteht. Die GRV-Ausgabenquote ist bereits auf 9,5 Prozent des BIP (2025) gestiegen. Mit dem nahenden Renteneintritt der Babyboomer wird sich dieser Trend weiter verstärken: Der aktuelle Tragfähigkeitsbericht der Bundesregierung (BMF, 2024; Werding et al., 2024) erwartet je nach Szenario einen Anstieg der GRV-Ausgaben um 0,8 bis 1,9 Prozentpunkte des BIP bis 2045 und um 1,4 bis 3,5 Prozentpunkte bis 2070 – die Ende 2025 beschlossene Verlängerung der

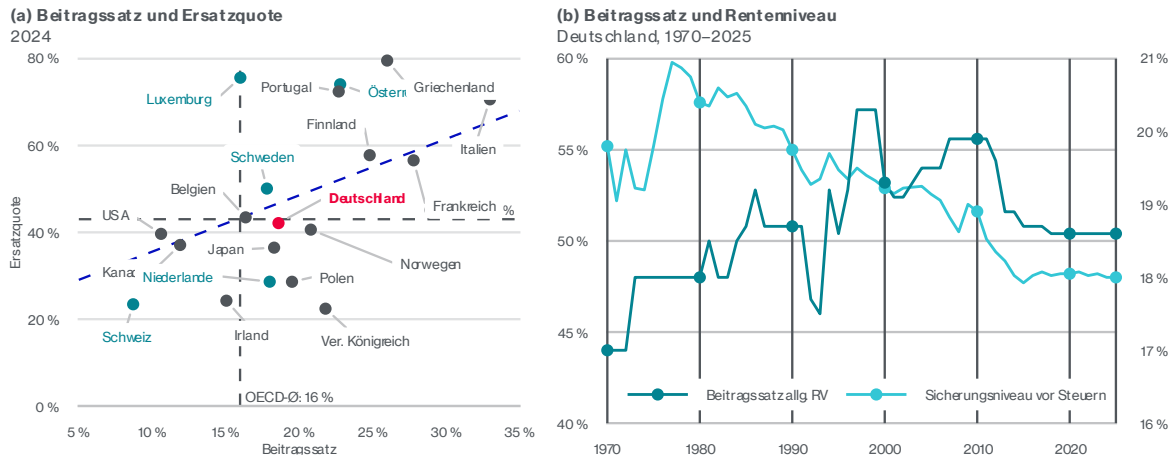
Haltelinie und die Mütterrente III noch nicht eingerechnet. Selbst im günstigsten Szenario übertrifft Deutschland damit den EU-Durchschnitt von 0,7 Prozentpunkten bis 2045 bzw. 0,4 Prozentpunkten bis 2070 (European Commission, 2024).

### 3.2 Beitragssatz und Leistungsniveau

#### Durchschnittliche Leistung für einen (über-)durchschnittlichen Preis

Im internationalen Vergleich zahlen Versicherte in Deutschland mit einem Beitragssatz von 18,6 Prozent des Bruttolohns mehr in die GRV ein als der OECD-Durchschnitt (16,0 Prozent). Das (Brutto-)Leistungsniveau für einen Durchschnittsverdienenden mit einer vollständigen Erwerbsbiografie liegt in Deutschland bei 42,1 Prozent – in etwa der OECD-Schnitt von 43,0 Prozent.

Abbildung 3: Beitragssatz und Leistungsniveau



Hinweis: (a) OECD (2025a), Tabellen 4.2 und 8.1. (b) DRV (2025a).

Quelle: OECD, DRV-Bund.

© Prognos 2026

#### Hohe Leistung hat seinen Preis

Der internationale Vergleich zeigt: Ein höheres Leistungsniveau geht in der Regel mit einem höheren Beitragssatz einher. Länder, in denen Durchschnittsverdiener gemessen am Beitragssatz ein unterdurchschnittliches Leistungsniveau erreichen – etwa die Niederlande oder die Schweiz –, betreiben stark umverteilende Rentensysteme, in denen die Leistungshöhe weniger von den eingezahlten Beiträgen abhängt. Diese Länder verfügen allerdings über eine starke betriebliche Altersvorsorgesäule.

Am anderen Ende des Spektrums stehen Länder wie Luxemburg oder Österreich, in denen Versicherte ein spürbar höheres Leistungsniveau erwarten können. Österreich, das häufig als Vorbild für Deutschland angeführt wird, finanziert dieses Niveau zu etwa der Hälfte durch einen höheren Beitragssatz sowie durch höhere Bundesmittel (DRV, 2024). Hinzu kommt eine günstigere Demografie: Der Altenquotient liegt in Österreich aktuell bei 32 gegenüber 38,8 in Deutschland – ein Vorteil, der allein rund drei Beitragssatzpunkten entspricht und sich nicht übertragen lässt. Dies zeigt: Die ungünstigere Demografie ist ein Grund, weshalb Versicherte in

Deutschland für ein durchschnittliches Leistungsniveau einen überdurchschnittlichen Beitrag entrichten müssen.

### **Schweden: Höheres Leistungsniveau durch Rendite**

Bei nahezu identischem Beitragssatz (18,5 %) erzielt Schweden mit 50,1 Prozent ein spürbar höheres Leistungsniveau als Deutschland (42,1 %). Möglich wird dies durch die in den 1990er Jahren eingeführte kapitalgedeckte Prämienrente: Von den 18,5 Prozent fließen 2,5 Prozentpunkte in diese kapitalgedeckte Säule, während 16 Prozentpunkte in die umlagefinanzierte Einkommensrente einbezahlt werden. In Deutschland dient der gesamte Beitragssatz von 18,6 Prozent ausschließlich der Finanzierung laufender Rentenausgaben im Umlageverfahren.

### **Beitragssatz und Leistungsniveau: Zwei gegenläufige Trends**

Beitragssatz und Sicherungsniveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) haben sich seit den 1970er Jahren in entgegengesetzte Richtungen entwickelt – und beschreiben gemeinsam den strukturellen Druck, unter dem das System heute steht. Der Beitragssatz zur allgemeinen GRV lag 1970 noch bei 17,0 Prozent. Bis 1997 stieg er auf 20,3 Prozent. Die Rentenreformen der 2000er Jahre und die verbesserte Beschäftigungslage senkten ihn ab 2018 auf 18,6 Prozent, wo er seither stabil liegt. Das Nettorentenniveau vor Steuern hat hingegen einen langfristigen Rückgang vollzogen: Nach einem deutlichen Anstieg auf den historischen Höchststand von 59,8 Prozent im Jahr 1977 sank es bis 2015 auf 47,7 Prozent. Parallel zur Stabilisierung des Beitragssatzes hat sich das Rentenniveau seitdem bei 48,0 Prozent (2025) eingependelt.

### **Ausblick**

Der stabile Beitragssatz täuscht über den tatsächlichen Anpassungsdruck hinweg: Ohne die Reformen der Jahrtausendwende – Nachhaltigkeitsfaktor, Riester-Förderung, spätere Regelaltersgrenze – läge er heute deutlich höher. Auch steht die demografische Wende noch bevor.

Die Herbstfinanzschätzung 2025 der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV, 2025b) macht deutlich, dass die Phase der scheinbaren Stabilität endet. Bereits 2028 wird der Beitragssatz laut DRV-Vorausberechnung auf 19,8 Prozent steigen, 2030 auf 20,1 Prozent und 2040 auf 21,2 Prozent. Gleichzeitig sinkt das Nettorentenniveau vor Steuern ab 2035 unter die bisherige Haltelinie von 48,0 Prozent: auf 46,8 Prozent (2035) und weiter auf 46,3 Prozent (2040).

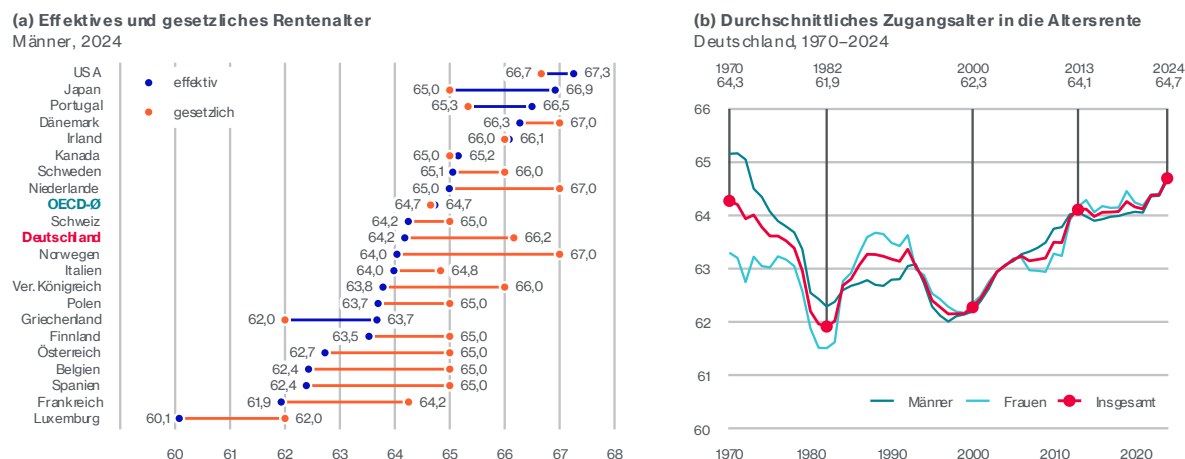
Dennoch bestätigt der Ausblick den Erfolg der Rentenreformen: Im Rentenversicherungsnachhaltigkeitsgesetz (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) von 2004 wurden für den Beitragssatz eine Zielmarke von 22 Prozent im Jahr 2030 und für das Rentenniveau eine Zielmarke von 43 Prozent formuliert. Beide Marken werden nicht nur aktuell übererfüllt, sondern werden aller Voraussicht nach auch bis 2040 Bestand haben.

## **3.3 Renteneintrittsalter**

Deutschland hat mit dem RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz 2007 die schrittweise Anhebung der gesetzlichen Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre beschlossen – ein Prozess, der erst 2031 abgeschlossen sein wird. Damit steht Deutschland nicht allein: Auch viele andere OECD-Staaten haben das gesetzliche Renteneintrittsalter angehoben und Fehlanreize für einen vorzeitigen

Renteneintritt abgebaut. Selbst Frankreich beschloss 2023 unter erheblichem gesellschaftlichem Druck eine Anhebung auf 64 Jahre – ein Beleg dafür, dass auch traditionell rentenfreundliche Länder der demografischen Arithmetik nicht dauerhaft ausweichen können.

**Abbildung 4: Rentenzugangsalter**



Hinweis: (a) OECD (2025a), Abbildung 6.13 (b) DRV (2025a); bis 1992: Alte Bundesländer, ab 1993: Deutschland.

Quelle: OECD, DRV-Bund.

© Prognos 2026

### Deutschland im OECD-Mittelfeld – gesetzlich wie faktisch

Mit einem gesetzlichen Renteneintrittsalter von 66,2 Jahren (2024) liegt Deutschland im oberen OECD-Mittelfeld und deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 64,7 Jahren – vergleichbar mit Schweden oder dem Vereinigten Königreich, jedoch unter dem Niveau Dänemarks, der USA oder der Niederlande. Das effektive Renteneintrittsalter liegt in nahezu allen OECD-Ländern unter der gesetzlichen Grenze; in Deutschland ist die Lücke jedoch besonders ausgeprägt. Deutsche Männer verlassen den Arbeitsmarkt im Schnitt mit 64,2 Jahren, Frauen mit 63,9 Jahren – eine Diskrepanz von rund zwei Jahren gegenüber der gesetzlichen Altersgrenze, die zu den größten im OECD-Vergleich zählt.

### Fortschritte, Rückschritte und verbleibende Fehlanreize

1970 lag das durchschnittliche Rentenzugangsalter noch bei 64,3 Jahren. Die Rentenreform 1972, die die abschlagsfreie Rente für langjährig Versicherte einführte, drückte es bis 1982 auf einen Tiefststand von 61,9 Jahren. Die Trendwende brachten die Reformgesetze von 1992 und 1999: Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt und die Abschaffung von Frühverrentungsoptionen begrenzten die Möglichkeiten für einen frühzeitigen Ausstieg und trugen zur Stabilisierung der Rentenfinanzen bei. Das Rentenzugangsalter stieg bis 2013 auf 64,2 Jahre und damit annähernd auf das Niveau von 1970.

Diese Fortschritte wurden durch die Rente mit 63 ab 2014 wieder konterkariert: Für rund ein Drittel der Versicherten wurde die Rente mit 67 ausgehebelt. Bis 2021 stagnierte das Rentenzugangsalter bei etwa 64,1 Jahren. Seit 2022 steigt es wieder und erreichte 2024 einen Wert von 64,7 Jahren – weniger aufgrund eines veränderten Renteneintrittsverhaltens als infolge der Regelaltersrenten, die überwiegend auf Versicherte ohne ausreichende Beitragszeiten für

einen vorzeitigen Eintritt entfallen (Prognos, 2023). Für mehr als die Hälfte der Versicherten gilt dagegen: 29 Prozent gehen abschlagsfrei zwei Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze in Rente, weitere 24 Prozent mit Abschlägen zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit 63 Jahren (DRV, 2025a). Begünstigt wird dies durch die im internationalen Vergleich geringen Abschläge bei vorzeitigem Renteneintritt.

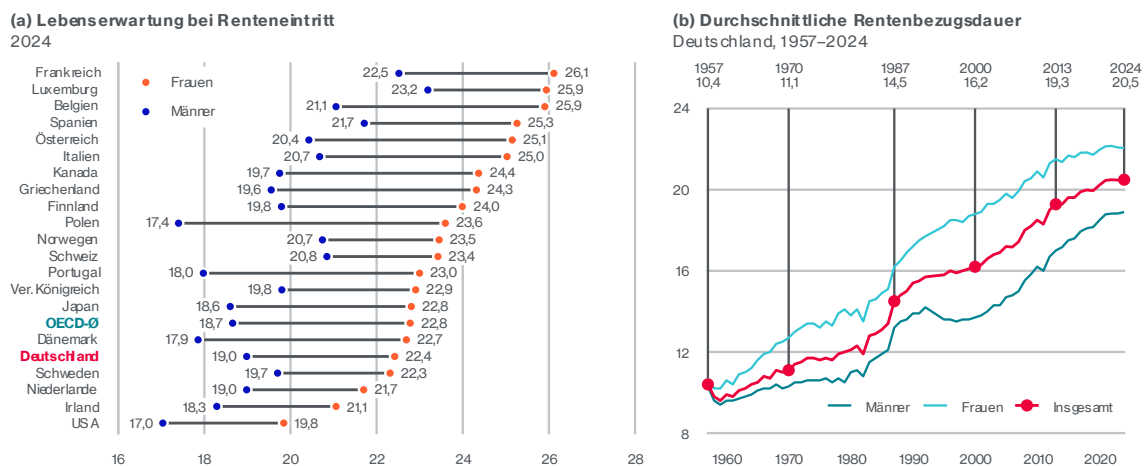
### 3.4 Rentenbezugsdauer

#### Deutschland im Mittelfeld

Die Rentenbezugsdauer liegt in Deutschland im internationalen Mittelfeld. Deutsche Männer verbringen nach ihrem durchschnittlichen Arbeitsmarktaustritt mit 64,2 Jahren noch 19 Jahre im Ruhestand (OECD-Schnitt: 18,7 Jahre; Rang 20 von 44 Ländern). Frauen kommen auf 22,4 Jahre (OECD-Schnitt: 22,8 Jahre; EU27: 23,0 Jahre; Rang 28).

Längere Rentenbezugsdauern als in Deutschland haben unterschiedliche Ursachen. In Frankreich (+3,5 Jahre bei Männern) und Luxemburg (+4,2 Jahre) erklärt sich der Unterschied fast vollständig durch ein deutlich früheres effektives Renteneintrittsalter – 61,9 bzw. 60,1 Jahre gegenüber 64,2 Jahren in Deutschland – bei vergleichbarer Lebenserwartung. Gleiches gilt für Österreich bei Frauen (+2,7 Jahre). Schweden und die Schweiz hingegen weisen trotz späterem oder ähnlichem Renteneintritt höhere Bezugsdauern auf, da ihre Lebenserwartung jene Deutschlands um rund 1,6 bis 1,9 Jahre übertrifft.

Abbildung 5: Rentenbezugsdauer



Hinweis: (a) OECD (2025a), Abbildung 6.15, Lebenserwartung zum Zeitpunkt des Renteneintritts (b) DRV (2025a); durchschnittliche Rentenbezugsdauer von Versichertenrenten im Rentenwegfall, bis 1994: Alte Bundesländer, ab 1995: Deutschland.

Quelle: OECD, DRV-Bund.

© Prognos 2026

#### Rentenbezugsdauer in Deutschland

Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer hat sich in Deutschland seit der Rentenreform 1957 in etwa verdoppelt: von 10,4 Jahren auf 20,5 Jahre (2024). Ursächlich sind einerseits der Anstieg der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren – bei Männern von 12,0 (1970/72) auf 17,7 Jahre (2022/24), bei Frauen von 15,2 auf 20,9 Jahre –, andererseits das infolge der

Frühverrentungspolitik der 1970er und 1980er Jahre gesunkene Rentenzugangsalter. Die Rentenreformen von 1992 und 1999 bremsen diesen Effekt und trugen zur Stabilisierung der Bezugsdauern bei. Die Rente mit 67 setzt diesen Kurs fort, indem sie den weiteren Anstieg der Lebenserwartung für die Jahrgänge bis 1964 kompensiert. Ohne zusätzliche Maßnahmen ist mittelfristig jedoch damit zu rechnen, dass die Rentenbezugsdauer wieder im Einklang mit der steigenden Lebenserwartung zunimmt – um etwa 1,2 Jahre pro Jahrzehnt.

#### REFORMVORBILD

##### **Das dänische Modell: automatische Lebenserwartungskopplung seit 2006**

Im Zuge des dänischen Wohlfahrtsabkommens von 2006 wurde das Rentenalter an die Lebenserwartung gekoppelt. Seither prüft das dänische Parlament alle fünf Jahre eine Anhebung – mit 15 Jahren Vorlaufzeit. Das gesetzliche Rentenalter steigt so von aktuell 67 Jahren auf 68 Jahre (2030), 69 Jahre (2035) und 70 Jahre (2040). (Quelle: Conway, 2025)

##### **Niederlande: Reform mit automatischer Anpassung**

Ähnlich wie Deutschland hob auch die Niederlande das Rentenalter schrittweise von 65 auf 67 Jahre an – zuletzt vorgezogen auf 2021. Das niederländische Modell sieht jedoch eine automatische Anpassung an die Lebenserwartung 65-Jähriger vor, die mindestens fünf Jahre im Voraus angekündigt werden muss. Ab 2028 gilt ein Rentenalter von 67 Jahren und drei Monaten. (Quelle: SSA, 2019)

##### **Finnland und Schweden: indirekte Kopplung über die Rentenhöhe**

Schweden (seit 1999) und Finnland (seit 2005) wählten einen anderen Ansatz: Statt das Rentenalter direkt anzuheben, indexieren sie die Rentenhöhe an die Lebenserwartung – und setzen damit finanzielle Anreize für längeres Arbeiten. Ein zusätzlicher Vorteil: Die Indexierung macht gesonderte Ab- und Zuschläge für einen früheren oder späteren Renteneintritt weitgehend überflüssig. (Quelle: von Nordheim und Kvist, 2023)

### **3.5 Die fehlenden Säulen: Private und betriebliche Altersvorsorge**

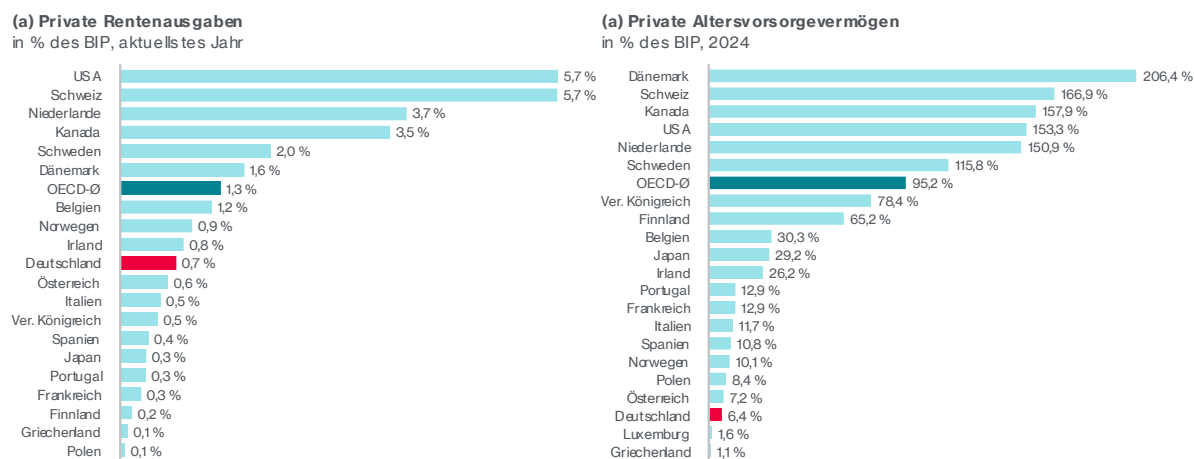
Deutschland gehört zur Gruppe von neun OECD-Ländern, in denen die steuerliche Förderung privater Altersvorsorge mehr als 1 Prozent des BIP beträgt (OECD, 2025a, Tabelle 8.3). Dieser fiskalische Aufwand steht in einem auffälligen Missverhältnis zur geringen Bedeutung der ergänzenden Altersvorsorge.

#### **Private Rentenausgaben: Deutschland im unteren Mittelfeld**

Private und betriebliche Rentenausgaben lagen in Deutschland zuletzt bei nur 0,7 Prozent des BIP. Das liegt weit unter dem OECD-Durchschnitt von 1,3 Prozent und positioniert Deutschland unter Ländern mit einer freiwilligen, ergänzenden Altersvorsorge im Mittelfeld. Der Anteil privater und betrieblicher Renten an den Gesamrentenausgaben beträgt damit nur 6,4 Prozent –

gegenüber 18,3 Prozent im OECD-Durchschnitt (OECD, 2025a, Abbildung 8.1). Unter heutigen Rentnerinnen und Rentnern beziehen weniger als 10 Prozent eine private Zusatzrente; bei der bAV sind es rund ein Drittel – obwohl jahrzehntelange Förderpolitik auf eine breitere Verankerung abzielte (Borlinghaus et al., 2026).

**Abbildung 6: Private Rentenausgaben und privates Altersvorsorgevermögen**



Hinweis: (a) OECD (2025a), Tabelle 8.3, USA: 2023, Frankreich, Kanada, Vereinigtes Königreich, Japan: 2022; Deutschland und andere Länder: 2021. (b) OECD (2025a), Tabelle 9.2. Für Deutschland erfasst die OECD-Statistik Pensionskassen und Pensionsfonds (BaFin-Aufsicht). Direktzusagen sind nicht enthalten.

Quelle: OECD.

© Prognos 2026

### Dramatisch unterkapitalisiert

Für die zukünftige Bedeutung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge ist das Altersvorsorgevermögen der aussagekräftigste strukturelle Indikator: In Deutschland lag dieses Ende 2024 bei nur 6,4 Prozent des BIP. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 95,2 Prozent des BIP. Deutschland liegt damit im untersten Quintil aller OECD-Länder – trotz seiner Stellung als viertgrößte Volkswirtschaft der Welt. Länder wie Dänemark oder die Niederlande haben mehr als das 20-fache des deutschen Volumens an Altersvorsorgevermögen aufgebaut.

### Konservativ und renditeschwach

Auch die Portfoliostruktur der deutschen Altersvorsorgevermögen unterscheidet sich markant im internationalen Vergleich. Mit einer Aktienquote von 7,2 Prozent gehört Deutschland zu den am konservativsten investierenden Ländern der OECD – während der OECD-Durchschnitt bei rund 28 Prozent Aktienanteil liegt (OECD, 2025a, Abbildung 9.3). Der geringe Aktienanteil erklärt die historisch niedrige Kapitalrendite des deutschen Systems: Über einen 10-Jahres-Zeitraum weist die OECD für Deutschland eine der niedrigsten realen Renditen unter den berichtenden Ländern aus – in einer Phase, in der globale Aktienmärkte erhebliche Wertsteigerungen verzeichneten (OECD, 2025a, Tabelle 9.3).

### Stagnierende Beteiligung

Für Deutschland weist die OECD eine Gesamtbeteiligung an freiwilliger Altersvorsorge von 66 Prozent unter sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Alter zwischen 25 bis 64 Jahren aus (bAV: 51 %, pAV: 30 %; OECD, 2025a, Tabelle 9.1). Damit liegt

Deutschland im oberen Mittelfeld der Länder mit freiwilligen Systemen – aber deutlich unter Ländern mit einer obligatorischen privaten oder betrieblichen Altersvorsorge wie den Niederlanden (97 %) oder der Schweiz (82 %). Zudem ist die bAV-Quote von 53,4 Prozent im Jahr 2019 auf 51,9 Prozent im Jahr 2023 gesunken, während die Zahl der aktiven Anwartschaften bei rund 21 Millionen stagniert (BMAS, 2024).

### **Zu gering für substanzielle Kapitalbildung**

Die durchschnittlichen Beiträge je aktivem Altersvorsorgevertrag liegen in Deutschland bei nur 1,6 Prozent des Durchschnittslohns – einer der niedrigsten Werte in der OECD (OECD, 2025a, Abbildung 9.2). Auch dieser Befund erklärt, warum das Altersvorsorgekapital trotz nominell mittlerer Beteiligungsquoten gering ist.

## **REFORMVORBILD**

### **Kapitalgedeckte Altersvorsorge nach schwedischem Vorbild**

Schweden zeigt seit Jahrzehnten, wie eine nachhaltige Altersvorsorge jenseits des umlagefinanzierten Systems gelingen kann: Der staatliche AP7-Fonds, gegründet als verpflichtende kapitalgedeckte Komponente der Rentenversicherung, verwaltet heute knapp 85 Milliarden Euro und investiert die Beiträge der Versicherten bis zum 55. Lebensjahr vollständig in Aktien. Die Ergebnisse sind bemerkenswert – seit dem Start im Herbst 2000 erzielte der Fonds eine Gesamtrendite von rund 378 Prozent und übertraf damit private Fonds sowie die durchschnittliche Rendite aktiv verwalteter Arbeitnehmerportfolios. Maßgeblich für den Erfolg ist u. a. die strikte Kostendisziplin: Die Verwaltungsgebühren belaufen sich auf lediglich 0,05 Prozent des Fondsvolumens, was dem Modell gegenüber privatwirtschaftlichen Angeboten einen strukturellen Kostenvorteil verschafft. Hinzu kommt die staatliche Beauftragung, das Kapital „bestmöglich“ zu verwalten – unabhängig von Partikularinteressen und politischen Konjunkturen, mit einer regelmäßigen parlamentarischen Überprüfung als Kontrollmechanismus. Das Portfolio umfasst Anteile an rund 2.500 Unternehmen weltweit, mit regionalem Schwerpunkt auf Westeuropa und Asien. Der schwedische Befund ist für die deutsche Rentenpolitik bedeutsam: 16 Prozent des Bruttogehalts fließen in Schweden in die gesetzliche Rentenversicherung, davon 2,5 Prozent in die kapitalgedeckte Säule – ein vergleichsweise moderater Beitragssatz, der zeigt, dass breite Kapitalmarkteteiligung und fiskalische Tragfähigkeit kein Widerspruch sein müssen. (Quelle: Steuer, 2024)

## **4 Gesundheit**

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein System der Widersprüche. Mit einem ungedeckten Behandlungsbedarf von unter 1 Prozent sichert es nahezu universellen Zugang zu medizinischer Versorgung – und gibt dafür mit 12,3 Prozent des BIP mehr aus als jedes andere EU-Land. Dieser Ressourceneinsatz schlägt sich jedoch nicht in überdurchschnittlichen Ergebnissen nieder: Bei

Lebenserwartung und vermeidbarer Sterblichkeit bewegt sich Deutschland nur im OECD-Mittelfeld. Die Ursache liegt in einer strukturellen Schiefelage zwischen starker stationärer Ausrichtung und schwacher Primärversorgung. Der Abschnitt beleuchtet dies anhand von **Gesundheitsausgaben und Beitragssatz** (4.1), **Versorgungsstruktur** (4.2), **Versorgungsqualität** (4.3) sowie **Prävention** (4.4).

## 4.1 Gesundheitsausgaben und Beitragssatz

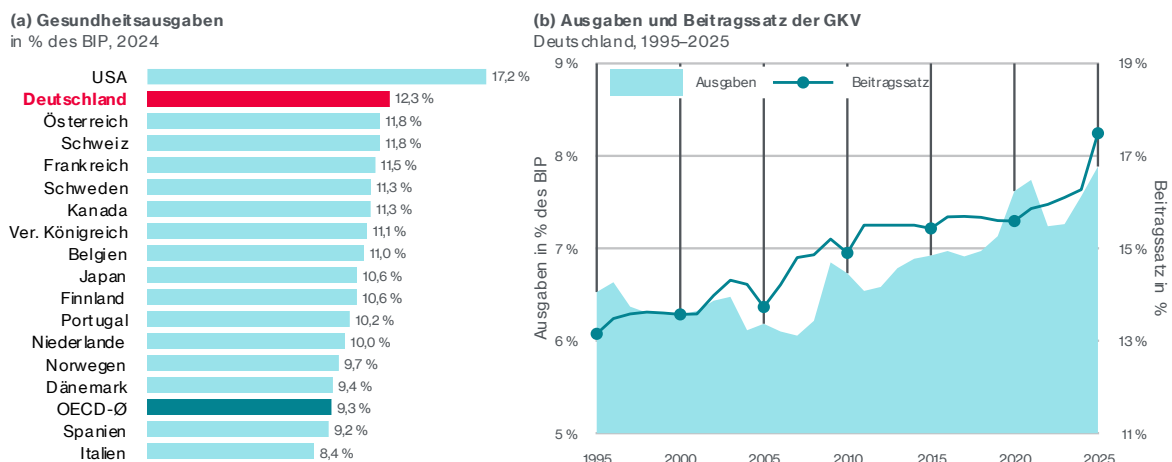
### Hohe Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Mit Gesundheitsausgaben von 12,3 Prozent des BIP liegt Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 9,3 Prozent und belegt – nach den USA (17,2 %) – den zweiten Rang unter allen OECD-Ländern. Auch im Pro-Kopf-Vergleich zählt Deutschland zur Spitzengruppe, übertroffen allein von den USA, der Schweiz und Norwegen. Bemerkenswert ist dabei, dass die hohen Ausgaben nicht auf ein teures Preisniveau zurückzuführen sind: Das von der OECD ermittelte Preisniveau für Gesundheitsgüter liegt in Deutschland lediglich bei 76 Prozent des OECD-Durchschnitts – die teuersten Systeme finden sich in Island, der Schweiz und den USA (OECD, 2025b, Abbildung 7.6). Treiber der deutschen Ausgaben ist vielmehr eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die rund 40 Prozent über dem OECD-Schnitt liegt (OECD, 2025b, Abbildung 7.7).

### Deutlicher Anstieg der GKV-Ausgaben

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich seit Mitte der 1990er-Jahre nahezu verdreifacht: von 124 Milliarden EUR (1995) auf 352 Milliarden EUR (2025). Als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) blieb die Entwicklung bis 2007 weitgehend stabil zwischen 6,0 und 6,5 Prozent, bevor sie ab 2019 spürbar anstieg und 2025 mit 7,9 Prozent einen neuen Höchststand erreichte. Zentrale Treiber waren Ausgaben für Arzneimittel (+257 Prozent), ambulante ärztliche Behandlung (+174 Prozent) und Krankenhausbehandlung (+173 Prozent).

**Abbildung 7: Gesundheitsausgaben sowie Ausgaben und Beitragssatz der GKV**



Hinweis: (a) OECD (2025b), Abbildung 7.1 (b) Ausgaben: bis 2023: GBE, 2024: BMG (KJ1), 2025: BMG (KV45), Beitragssatz: DRV (2025a)

Quellen: OECD, GBE, BMG, DRV-Bund, Destatis.

© Prognos 2026

Der Beitragssatz erhöhte sich in diesem Zeitraum von 13,2 Prozent (1995) auf aktuell 17,5 Prozent (2026). In den 2010er-Jahren konnte er dank der günstigen Arbeitsmarkt- und Konjunktorentwicklung trotz steigender Ausgaben bei etwa 16 Prozent stabilisiert werden. Ab 2023 haben die GKV-Ausgaben jedoch weiter überdurchschnittlich zugenommen, und das Ausgabenwachstum lag deutlich über dem der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Folge: Der durchschnittliche Zusatzbeitrag hat sich zwischen 2022 und 2026 von 1,3 auf 2,9 Prozent mehr als verdoppelt. Ein Grund für die Zunahme der Abgabenbelastung im internationalen Vergleich.

### Steigende Ausgaben und zunehmender Beitragsdruck bis 2045

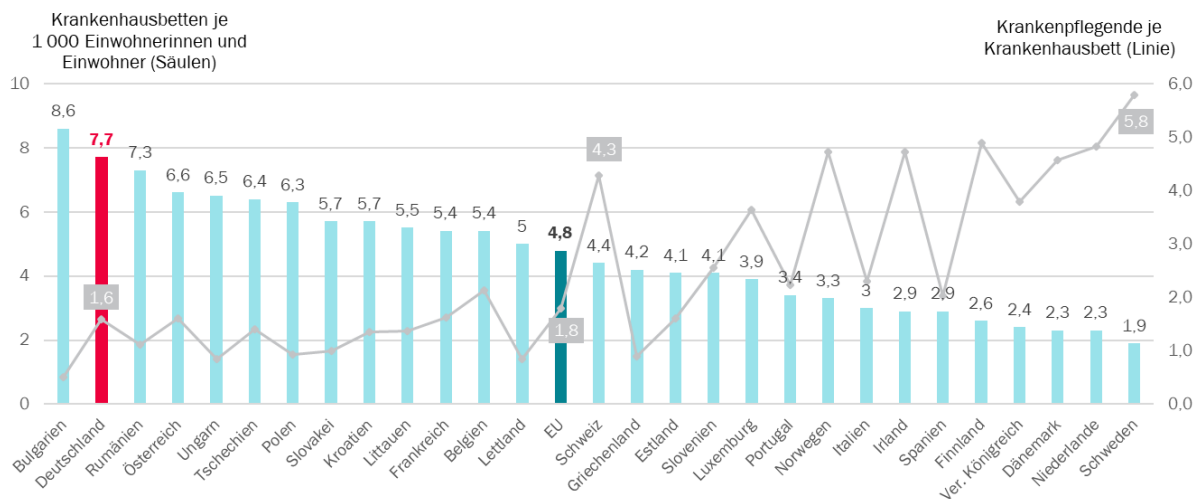
Mit der demografischen Alterung wird sich dieser Trend weiter fortsetzen: Der aktuelle Tragfähigkeitsbericht der Bundesregierung (BMF, 2024; Werding et al., 2024) erwartet je nach Szenario einen Anstieg der GKV-Ausgaben um 0,1 bis 1,0 Prozentpunkte des BIP bis 2045 und um 0,2 bis 2,0 Prozentpunkte bis 2070. Angesichts der jüngsten Zunahme der Ausgaben erscheint das pessimistische Szenario des Tragfähigkeitsberichtes dabei aktuell als das eher realistische.

## 4.2 Versorgungsstruktur

### Gesicherter Zugang zu medizinischen Leistungen

Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist eine Stärke des deutschen Gesundheitssystems. Mit einem ungedeckten Behandlungsbedarf von unter 1 Prozent – gegenüber einem OECD-Schnitt von 3,4 Prozent – müssen hierzulande kaum Menschen aus Kosten-, Wartezeit- oder Entfernungsgründen auf notwendige medizinische Leistungen verzichten (OECD, 2025b). Deutschland teilt diesen Spitzenwert mit den Niederlanden und Tschechien und bestätigt damit die hohe Zugänglichkeit bei geringen finanziellen und strukturellen Hürden.

Abbildung 8: Krankenhausbetten und Krankenpflegepersonal, 2023



Hinweis: (a) Krankenhausbetten: OECD (2025b), Abbildung 5.19. (b) Krankenpflegende: OECD (2025b), Abbildung 5.19, Abbildung 8.13, eigene Berechnung.

Quelle: OECD, eigene Darstellung.

### Hohe finanzielle Absicherung bei Krankheit

Die hohe Zugänglichkeit des deutschen Gesundheitssystems gründet sich wesentlich auf einer hohen finanziellen Absicherung im Krankheitsfall. In Deutschland finanzieren öffentliche Haushalte (z. B. Beihilfe für Beamtinnen und Beamte) sowie gesetzliche und private Pflichtversicherungen mit 86 Prozent einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Gesundheitsausgaben (OECD: 75 %). Direkt von Patientinnen und Patienten zu tragende Eigenbeteiligungen bei Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten, Medikamenten und zahnärztlicher Versorgung liegen mit 11 Prozent dagegen deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (19 %). Diese hohe finanzielle Absicherung reduziert Zugangshürden, reduziert jedoch auch die Kostensensibilität der Nachfrage und trägt damit zur Ausgabendynamik bei (OECD, 2025b).

### Umfangreiche Ressourcen, aber strukturelle Ungleichgewichte

Die Ressourcenausstattung des deutschen Gesundheitssystems ist in allen zentralen Dimensionen überdurchschnittlich: Mit 4,7 Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (OECD-Schnitt: 3,9), 12,2 Pflegekräften (EU-Schnitt: 8,6) und 7,7 Krankenhausbetten (OECD-Schnitt: 4,2) liegen die Kapazitäten durchgängig deutlich über den internationalen Vergleichswerten. Die besonders ausgeprägte Bettendichte – fast doppelt so hoch wie im OECD-Mittel – verweist auf eine stark stationär geprägte Versorgungsstruktur (OECD, 2025b).

## REFORMVORBILD

### Krankenhausreform in Dänemark – Qualität durch Konzentration

Dänemark gilt international als Vorreiter bei der Neuausrichtung der Krankenhausversorgung. Im Zuge einer umfassenden Reform wurde die Zahl der Krankenhäuser seit Mitte der 2000er Jahre deutlich reduziert und die stationäre Versorgung auf wenige große, hoch spezialisierte Zentren („Superkrankenhäuser“) konzentriert. Bis 2025 sollte die Versorgung im Wesentlichen in rund 18 solcher Einrichtungen erfolgen.

Ziel der Reform war nicht primär Kostensenkung, sondern eine Verbesserung von Qualität und Effizienz durch höhere Fallzahlen, Spezialisierung und den Abbau von Doppelstrukturen. Gleichzeitig wurde der stationären Zentralisierung eine gezielte Stärkung der ambulanten und wohnortnahen Versorgung gegenübergestellt.

Digitalisierung und Telemedizin unterstützen dabei, längere Wege auszugleichen. Evaluationen zeigen positive Effekte, darunter steigende Produktivität, kürzere Wartezeiten und Verweildauern sowie eine verbesserte Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit. Das dänische Modell verdeutlicht damit, dass eine stärkere Konzentration von Krankenhausleistungen bei gleichzeitig gut ausgebauter Primär- und Nachsorge zu einer leistungsfähigeren Versorgungsstruktur beitragen kann. Eine direkte Übertragbarkeit auf Deutschland ist aufgrund struktureller Unterschiede begrenzt, grundlegende Prinzipien wie Zentralisierung, Spezialisierung und integrierte Versorgung gelten jedoch als übertragbar.

Die hohe Ressourcenausstattung überlagert jedoch erhebliche Strukturprobleme:

- Die ärztliche Versorgung ist stark **fachärztlich geprägt** bei gleichzeitig unterdurchschnittlichem Hausarztanteil – ein Missverhältnis, das koordinierte Primärversorgung erschwert und angesichts des bevorstehenden Ruhestands vieler Hausärzte besonders in ländlichen Regionen zu Versorgungsrisiken führt (OECD, 2025b).
- Eine hohe Bettendichte kontrastiert mit einem **ungünstigen Verhältnis von Pflegepersonal zu Betten** von 1,6 gegenüber 1,8 im EU-Durchschnitt, was ein Indiz für eine hohe Arbeitsbelastung ist und potenziell die Versorgungsqualität beeinträchtigt (OECD, 2025b).
- Die Ressourcen sind **regional ungleich** verteilt: Stadtstaaten und wirtschaftsstarke Flächenländer liegen weit über dem OECD-Schnitt, während ländliche Regionen wie Brandenburg oder Niedersachsen lediglich den Durchschnitt erreichen (OECD, 2025b).

#### Hohe Inanspruchnahme und vermeidbare Krankenhausfälle

Die hohe Versorgungsdichte schlägt sich in einer intensiven Inanspruchnahme des Gesundheitssystems nieder. Mit rund zehn Arztkontakten pro Kopf (2023) übertrifft Deutschland den OECD-Schnitt von 6,5 deutlich; telemedizinische Angebote spielen bislang kaum eine Rolle (OECD, 2025b). Auch stationär zeigt sich eine überdurchschnittliche Nutzung: Besonders auffällig sind die hohen Hospitalisierungsraten bei ambulant sensitiven Erkrankungen wie Diabetes, Asthma/COPD oder Herzinsuffizienz – Fälle, die bei gut koordinierter Primärversorgung typischerweise ambulant versorgt werden könnten. Zusammen mit einer überdurchschnittlichen Verweildauer verdeutlicht dies die starke stationäre Orientierung des Gesundheitssystems und verweist auf strukturelle Effizienzpotenziale in Prävention, ambulanter Versorgung und Krankheitsmanagement (OECD, 2025b).

### 4.3 Qualität der Gesundheitsversorgung

Trotz hohem Ressourceneinsatz erreicht Deutschland bei gesundheitlichen Outcomes im internationalen Vergleich nur Mittelmaß – ein Indiz für (unausgeschöpfte) Effizienzpotenziale im deutschen Gesundheitssystem.

#### Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand leicht unter OECD-Niveau

Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland schätzt den eigenen Gesundheitszustand grundsätzlich positiv ein: Rund zwei Drittel der Menschen ab 15 Jahren bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, womit Deutschland leicht unter dem OECD-Durchschnitt liegt. Gleichzeitig ist der Anteil negativer Selbsteinschätzungen mit etwa 11 Prozent höher als im OECD-Durchschnitt (8 %).

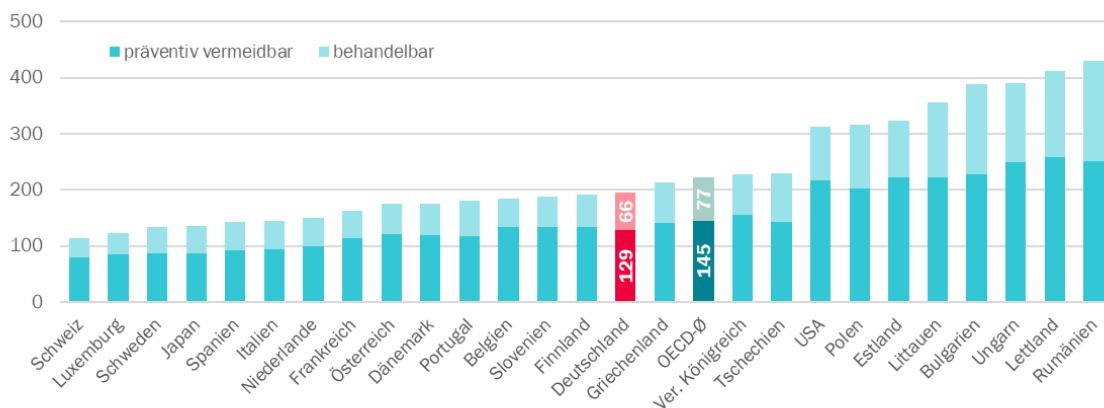
#### Lebenserwartung nur im OECD-Durchschnitt, vermeidbare Sterblichkeit im Mittelfeld

Bei der Lebenserwartung liegt Deutschland mit rund 81 Jahren lediglich im OECD-Durchschnitt, während Länder wie die Schweiz, Japan oder Spanien rund drei Jahre mehr erreichen. Zudem ist die Lebenserwartung zuletzt stagniert oder leicht zurückgegangen (OECD, 2025b).

Auch bei vermeidbaren Sterbefällen rangiert Deutschland sowohl bei präventiv als auch bei therapeutisch vermeidbaren Todesfällen nur im OECD-Mittelfeld. Ein Beispiel sind kardiovaskuläre Erkrankungen – mit einem Drittel aller Todesfälle die häufigste Todesursache: Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt liegt mit rund 8 Fällen je 100 Einweisungen

über dem OECD-Schnitt von 6,5; auch bei Schlaganfällen bewegt sich Deutschland nur im Mittelfeld. (OECD, 2025b).

**Abbildung 9: Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer Ursachen**  
 altersstandardisierte Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner



Hinweis: Vermeidbare Sterblichkeit umfasst Todesfälle vor dem 75. Lebensjahr, die durch wirksame Maßnahmen grundsätzlich hätten verhindert werden können. Präventiv vermeidbare Sterblichkeit bezeichnet Todesfälle, die überwiegend durch Gesundheitsförderung und Primärprävention vor Krankheitsbeginn vermeidbar sind; behandelbare Sterblichkeit bezeichnet Todesfälle, die durch rechtzeitige und effektive medizinische Versorgung nach Krankheitsbeginn verhindert werden könnten. Die Zuordnung der Todesursachen folgt der OECD-/Eurostat-Definition (2022); bei einigen Ursachen – bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen – erfolgt eine anteilige Zuordnung zu beiden Kategorien (50:50), um Doppelzählungen zu vermeiden. Die Daten sind altersstandardisiert (OECD-Standardbevölkerung 2015).

Quelle: OECD (2025b).

© Prognos 2026

### Hohe Operationsraten bei gemischten Ergebnissen

Bei planbaren, nicht dringenden chirurgischen Eingriffen zählt Deutschland zu den OECD-Ländern mit den höchsten Raten bei Hüft- und Kniegelenksersatz. Dies belegt einerseits den guten Versorgungszugang. Die stark gestiegene Anzahl an Eingriffen und die ausgeprägte regionale Varianz deuten andererseits auf eine Überversorgung und ökonomische Fehlanreize hin. Hüft- und Knieoperationen führen auch in Deutschland zu Verbesserungen von Mobilität, Schmerzsymptomatik und Lebensqualität. Nach Selbsteinschätzungen von Patientinnen und Patienten fallen die Ergebnisse im internationalen Vergleich aber nur unterdurchschnittlich aus, was auf Defizite bei Rehabilitation, Nachsorge und Versorgungskoordination verweist (OECD, 2025b).

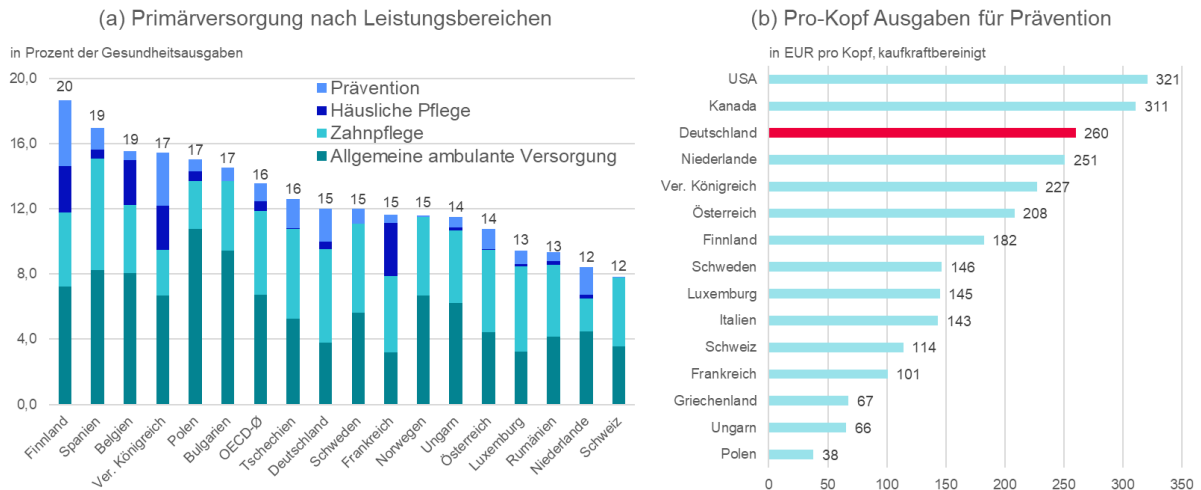
## 4.4 Prävention

Prävention spielt im deutschen Gesundheitssystem eine sichtbare Rolle und ist im internationalen Vergleich finanziell nicht unterrepräsentiert. Gleichzeitig bleibt sie jedoch strukturell schwach verankert, da zentrale präventive Funktionen – insbesondere eine starke, kontinuierliche Primärversorgung – im deutschen System nur eine geringe Bedeutung haben. Insgesamt investiert Deutschland vorrangig in die Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen, während das systematische Vermeiden von Krankheit und die frühzeitige gesundheitliche Steuerung eine untergeordnete Rolle spielen.

### Spitzenreiter bei Prävention – und doch nur ein Nebenposten im Gesamtsystem

Im internationalen Vergleich gibt Deutschland mit rund 5 Prozent einen überdurchschnittlichen Anteil der Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aus – gegenüber etwa 3 bis 4 Prozent im OECD-Durchschnitt. Dies spiegelt insbesondere Impf- und Vorsorgeprogramme sowie öffentlich finanzierte Präventionsmaßnahmen wider und zeigt, dass Prävention in Deutschland ein hohes finanzielles Gewicht hat (OECD, 2025b).

Abbildung 10: Primärversorgung und Prävention



Hinweis: (a) OECD (2025b), (b) OECD (2025b)

Quelle: OECD, eigene Darstellung

© Prognos 2026

### Schwache Rolle der Primärversorgung

Die Primärversorgung, die zentral für Prävention und Früherkennung ist, ist in Deutschland dagegen schwächer ausgeprägt. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben liegt bei rund 12 Prozent gegenüber 14 Prozent im OECD-Schnitt. Bei hausärztlicher und allgemeinmedizinischer Versorgung sind es sogar nur 4 Prozent, im OECD-Schnitt dagegen 6 bis 7 Prozent (OECD, 2025b). Prävention erfolgt damit in Deutschland eher über einzelne Programme als über eine kontinuierliche, koordinierende Versorgung.

### Gemischtes Bild beim Gesundheitsverhalten Erwachsener

Beim Gesundheitsverhalten zeigen sich sowohl Stärken als auch Schwächen. Bewegungsmangel ist mit rund 15 Prozent deutlich seltener als im OECD-Durchschnitt (ca. 30 %), und auch Übergewicht liegt leicht darunter, betrifft aber weiterhin mehr als die Hälfte der Erwachsenen. Die Diabetesprävalenz ist moderat, jedoch höher als in einigen westeuropäischen Ländern wie Dänemark, Frankreich oder Spanien, wo die Werte in den vergangenen Jahren zudem deutlich gesunken sind. Während die Raucherquote dem OECD-Mittel entspricht, ist der Alkoholkonsum deutlich überdurchschnittlich. Pro Kopf werden jährlich rund zwei Liter mehr Alkohol konsumiert als im OECD-Durchschnitt (OECD, 2025b).

### **Schwächen bei Vorsorgemaßnahmen**

Bei zentralen Vorsorgeleistungen besteht erheblicher Nachholbedarf. So liegt die Grippeimpfquote bei über 65-Jährigen mit rund 40 Prozent deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (50 %) und weit hinter skandinavischen Ländern wie Dänemark oder Schweden (70 bis 80 %). Auch die Krebsfrüherkennung wird weniger genutzt: Etwa die Hälfte der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren nimmt regelmäßig Mammografie-Screenings wahr, gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 56 Prozent und mehr als 80 Prozent in skandinavischen Ländern (OECD, 2025b).

### **Präventionsdefizite bei Jugendlichen**

Besonders kritisch ist das Präventionsprofil bei jungen Menschen. In Deutschland erreichen nur rund 12 Prozent der 15-Jährigen das empfohlene Maß an täglicher körperlicher Aktivität, deutlich weniger als im OECD-Durchschnitt (15 %). Gleichzeitig sind Jugendliche häufiger übergewichtig. Zudem berichtet rund die Hälfte der Jugendlichen über wiederkehrende gesundheitliche Beschwerden. Auch wenn Deutschland hier nicht zu den auffälligsten Ländern zählt und pandemiebedingte Effekte zu berücksichtigen sind, unterstreichen die Werte insgesamt den Handlungsbedarf bei früher Prävention und Gesundheitsförderung (OECD, 2025b).

## **5 Pflege**

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) steht vor einer vierfachen Herausforderung: demografische Alterung, steigende Inanspruchnahme, strukturelle Unterfinanzierung und soziale Erosion. Steigende Pflegebedarfe und demografischer Druck betreffen zwar nahezu alle OECD-Staaten, in Deutschland verschärfen sich diese Trends jedoch durch systembedingte Besonderheiten: Das Teilkaskomodell belässt einen erheblichen Kostenanteil bei den privaten Haushalten, die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II (2017) hat die Inanspruchnahme folgenreich erhöht, und stark gestiegene Eigenanteile machen das Pflegeheim zunehmend zum Armutsrisiko. Der Abschnitt beleuchtet dies anhand der Position **Deutschlands im internationalen Vergleich** (5.1), der **Pflegebedürftigkeit** (5.2), der **Pflegeausgaben und Beitragssatz** (5.3) sowie dem **Eigenanteil in der stationären Pflege** (5.4).

### **5.1 Deutschland im internationalen Vergleich**

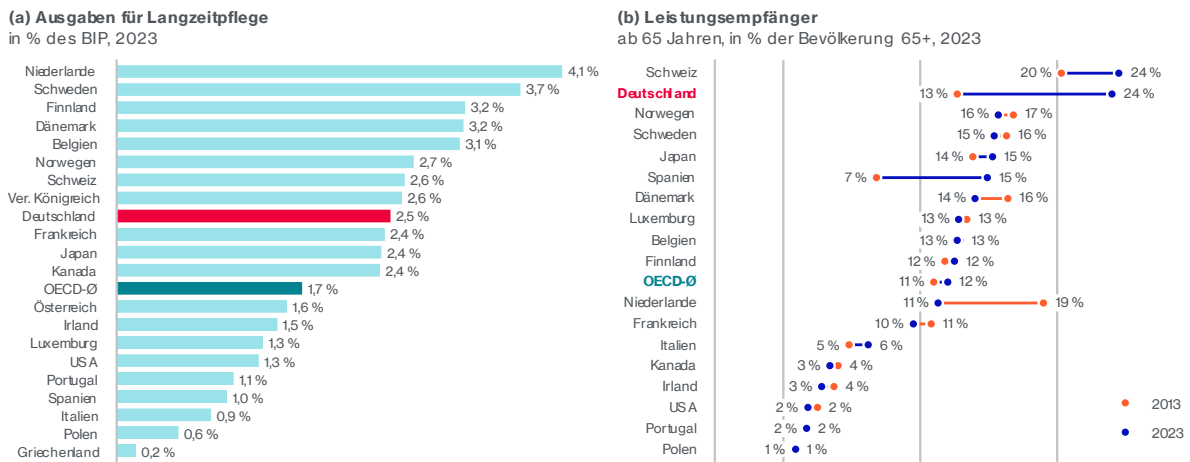
#### **Deutschland im oberen Mittelfeld**

Im OECD-Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich der Ausgaben für die Langzeitpflege mit 2,5 Prozent des BIP im oberen Mittelfeld. Angeführt wird das Feld von den Niederlanden (4,1 %) und den skandinavischen Staaten Schweden (3,7 %), Finnland und Dänemark (je 3,2 %). Die hohen Ausgaben dieser Länder spiegeln den weit fortgeschrittenen Ausbau ihrer formalen Pflegesysteme wider: Sie finanzieren Langzeitpflege zu über 90 Prozent aus öffentlichen Mitteln und haben informelle Familienpflege weitgehend durch professionelle Strukturen ersetzt – was mit höheren Ausgaben, aber auch mit einer umfassenderen sozialen Absicherung einhergeht.

**Deutschland und die Schweiz: Rund jeder Vierte ab 65 erhält formale Pflegeleistungen**

In Deutschland erhalten 24 Prozent der über 65-Jährigen formale Pflegeleistungen – ein im OECD-Vergleich sehr hoher Wert. Zugleich ist der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 2013 in Deutschland besonders stark gestiegen. Ein Grund dafür ist die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Pflegereform von 2017, durch die sich der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich vergrößert hat. In den Niederlanden ist der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im gleichen Zeitraum spürbar gesunken. Dies ist sowohl auf den gezielten Abbau stationärer Versorgung als auch eine veränderte statistische Erfassung infolge der Dezentralisierungsreform von 2015 zurückzuführen (OECD, 2025b).

**Abbildung 11: Ausgaben und Empfänger von Langzeitpflege**



Hinweis: (a) OECD (2025b), Abbildung 10.23, (b) OECD (2025b), Abbildung 10.12

Quelle: OECD, eigene Darstellung.

© Prognos 2026

**Häusliche Pflege dominiert – aber zu einem großen Teil auf informellen Schultern**

Beim Anteil der formalen Pflegefachkräfte pro 100 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Deutschland mit 5,5 etwas über dem OECD-Durchschnitt von 5. Auch hier führen die skandinavischen Staaten Norwegen und Schweden mit 13 bzw. 12 das Feld an. Deutschland gehört zu den Ländern, die stark auf ambulante bzw. häusliche Pflege setzen: 83 Prozent der über 65-jährigen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger erhalten häusliche Pflege – deutlich mehr als der OECD-Durchschnitt von 70 Prozent. Ein Großteil davon entfällt dabei auf informelle Angehörigenpflege (OECD, 2025b).

**5.2 Pflegebedürftige**

**Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit**

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt deutlich schneller als lange erwartet wurde. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist von 2,9 Millionen (2015) auf 5,7 Millionen im Jahr 2023 gestiegen. Die Pflegequote – Pflegebedürftige je 100 Einwohnerinnen und Einwohner – hat sich dabei von 3,2 Prozent (2015) auf 6,2 Prozent im Jahr 2023 erhöht. Bis zum Jahr 2055 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen auf 6,8 bis 7,6 Millionen Personen erhöhen (Destatis, 2023) -

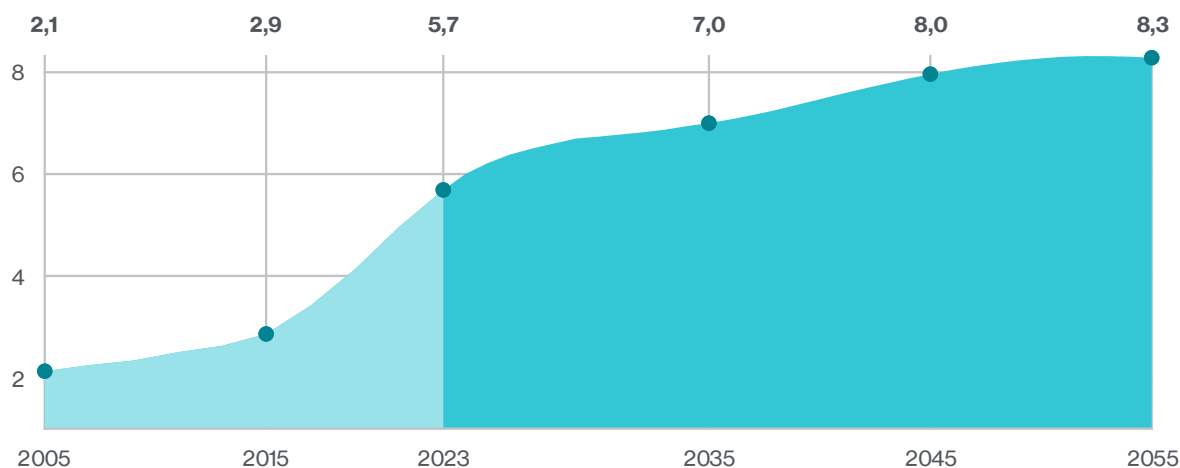
Projektionen, die laut Einschätzung mehrerer Akteure angesichts der anhaltenden Dynamik als optimistisch betrachtet werden (MDB, 2025; Deutscher Verein, 2025). Auch eine aktualisierte Vorausberechnung von Prognos auf Basis der Pflegestatistik 2023 und der 16. kBV zeigt bis zum Jahr 2055 einen höheren Anstieg auf 7,6 bis 8,3 Millionen Personen.

### Demografie – aber nicht allein

Der Anstieg an pflegebedürftigen Personen ist in einer alternden Gesellschaft nicht überraschend. Die demografische Alterung erklärt jedoch nur einen geringen Teil der Dynamik in der letzten Dekade. Ein zentraler Auslöser ist die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zum 1. Januar 2017, das einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von der Art der Beeinträchtigung – körperlich, psychisch oder kognitiv – sicherstellen sollte. Diese Ausweitung erhöhte die Zahl der Leistungsberechtigten spürbar: Die positiven Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 1 stiegen von 256.000 im Jahr 2017 auf 392.000 im Jahr 2024, die Zahl der Pflegegeldbeziehenden von 1,8 auf 3,1 Millionen (Rothgang et al., 2025).

### Abbildung 12: Pflegebedürftige

2015 bis 2055, in Millionen



Hinweis: bis 2023: Pflegestatistik, ab 2024: Fortschreibung auf Basis der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2) unter der Annahme einer weiter zunehmenden Inanspruchnahme bis 2029.

Quelle: Destatis, eigene Berechnungen und Darstellung

© Prognos 2026

### Pflege dauert heute länger an und trifft besonders den ambulanten Bereich

Die Pflegereform 2017 eröffnete nicht nur neue Zugänge, sondern erhöhte durch frühere Eintritte und eine spätere Sterblichkeit die Verweildauer im System (Rothgang und Müller, 2024): Im Jahr 2017 waren 24 Monate nach Pflegeeintritt noch 69,1 Prozent der Pflegebedürftigen am Leben, im Jahr 2023 bereits 74,2 Prozent (Rothgang et al., 2025). Besonders stark trifft diese Entwicklung den ambulanten Bereich. Nach aktuellen RKI-Daten wurden 2023 5,9 Prozent der Bevölkerung ambulant und nur 1 Prozent stationär versorgt, in anderen Worten werden rund 86 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt (RKI, 2026; Deutscher Verein, 2025). Das bedeutet: Die eigentliche Hauptlast der Pflege liegt nicht im Heim, sondern in den eigenen vier Wänden.

### **Wachsende Nachfrage trifft auf zu wenig Angebot**

Dem steigenden Pflegebedarf steht ein wachsender Personalmangel gegenüber. Zwar stiegen zwischen 2017 und 2023 sowohl die Zahl der ambulanten Pflegedienste um 10,7 Prozent als auch die Beschäftigtenzahl um 14,4 Prozent. Infolge der stark gestiegenen Zahl an Pflegebedürftigen ist die Zahl der Pflegekräfte je 100 Pflegebedürftige in diesem Zeitraum jedoch von 32,1 auf 28,2 gesunken (Rothgang et al., 2025): Mehr Personal steht weniger Kapazität je Fall gegenüber. Bis 2049 wird der Bedarf an Pflegekräften auf rund 2,15 Millionen steigen. Das Angebot an Pflegekräften wird damit nicht schritthalten: Insbesondere infolge altersbedingter Austritte werden je nach Szenario zwischen 280.000 und 690.000 Fachkräfte fehlen (Destatis, 2024).

### **Pflege – Nicht nur ein demografisches Problem**

Die Schlussfolgerung ist klar: Wer die Herausforderungen der Pflege weiter allein unter dem Gesichtspunkt eines rein demografischen Problems betrachtet, verkennt die Realität. Vielmehr handelt es sich um ein Geflecht aus demografischer Alterung, breitem Pflegebedürftigkeitsbegriff, wachsender Inanspruchnahme von Leistungen, längerer Bezugsdauer und einer Verlagerung von Pflegearbeit in den ambulanten Bereich. Einer Entlastung der privaten Haushalte steht wiederum ein Mangel an Fachkräften in der professionellen Pflege gegenüber.

## **REFORMVORBILD**

### **Niederlande: Ganzheitliche Pflege in selbstorganisierten Teams**

Das Buurtzorg-Modell ist ein niederländisches Pflegemodell aus den 2000er Jahren, bei dem Teams von bis zu zwölf Pflegefachpersonen ohne Leitungskräfte eigenständig einen festen Patientenstamm in ihrem Quartier versorgen. Alle organisatorischen Aufgaben – von der Tourenplanung bis zur Personalrekrutierung – liegen dabei im Team selbst. Ziel ist die Wiederherstellung und Erhaltung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, wobei sich die Pflege an individuellen Bedarfen orientiert, statt an starren Leistungskatalogen. In den Niederlanden steigerte das Modell nachweislich die Arbeits- und Patientenzufriedenheit und erwies sich trotz höherer Löhne durch geringeren Pflegeaufwand und niedrigere Verwaltungskosten als wirtschaftlicher als konventionelle Pflegedienste.

In Deutschland scheiterten bisherige Umsetzungsversuche vor allem an der Unvereinbarkeit mit dem hiesigen Leistungskomplexsystem der Pflegeversicherung sowie am hohen administrativen Aufwand in kleinen selbstorganisierten Teams (*Quelle: SMS, 2025*).

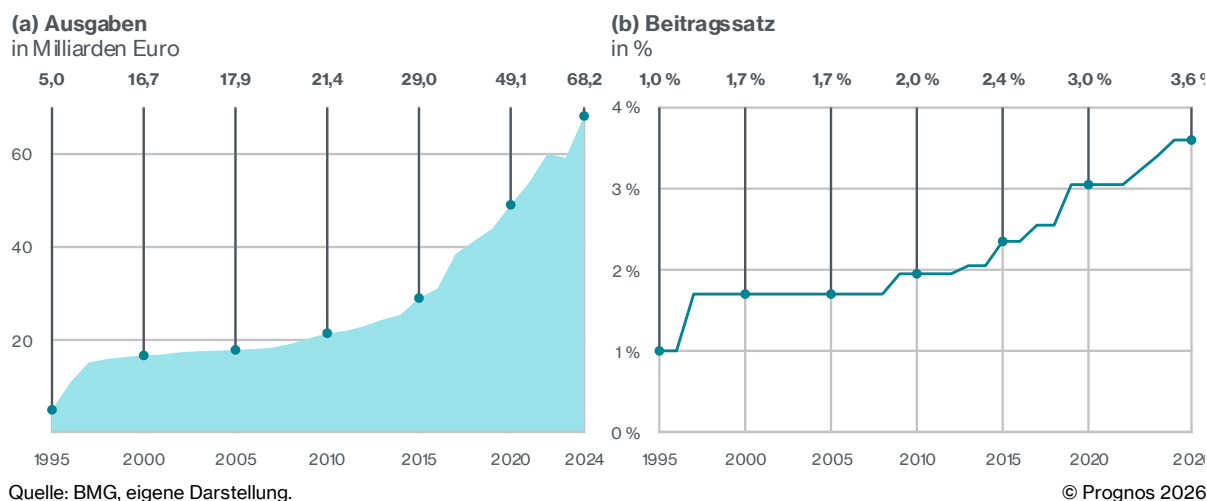
## **5.3 Pflegeausgaben und Beitragssatz**

### **Ausgabenwachstum weit über dem Sozialversicherungsdurchschnitt**

Die Ausgaben der SPV sind seit ihrer Einführung Mitte der 1990er-Jahre um mehr als das Zehnfache gestiegen: von 5 Milliarden Euro (1995) auf 68,2 Milliarden Euro (2025). Im Vergleich zu GKV und GRV wuchsen die Ausgaben der SPV damit drei- bis viermal schneller. Bis in die

2010er-Jahre verlief das Wachstum der Ausgaben aufgrund unveränderter Leistungsbeträge weitgehend stabil.

**Abbildung 13: Ausgaben und Beitragssatz der SPV**



### Reformwelle seit 2008: Mehr Leistungen, mehr Anspruchsberechtigte

Den Wendepunkt markierte das **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG, 2008)**: Es erhöhte erstmals die Leistungsbeträge stufenweise, verankerte einen Anspruch auf Pflegeberatung und weitete die Leistungen für Demenzkranke mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus, die im bisherigen Pflegestufensystem weitgehend unberücksichtigt geblieben waren. Das **Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, 2012)** knüpfte daran an und stärkte abermals die Leistungen für Menschen mit Demenz. Das **Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I, 2015)** hob die Leistungsbeträge um rund 4 Prozent an. Den weitreichendsten strukturellen Einschnitt brachte das **Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)**, das zum 1. Januar 2017 in Kraft trat: Es ersetzte das Drei-Stufen-Modell durch ein Fünf-Pflegegrade-System, das körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichwertig berücksichtigt. Infolgedessen stieg die Zahl der anerkannt Pflegebedürftigen erheblich, da nun insbesondere Demenzkranke leichter Zugang zu Leistungen erhielten. Das **Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III, 2017)** ergänzte dies um Verbesserungen in der kommunalen Pflege. Das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG, 2019)** finanzierte zusätzliche Stellen in der stationären Pflege. Das **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG, 2021)** sowie das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG, 2023)** erhöhten die Leistungsbeträge erneut spürbar und führten ein dynamisches Anpassungsverfahren ein.

In der Summe haben diese aufeinanderfolgenden Reformschritte sowohl die Leistungshöhe als auch den anspruchsberechtigten Personenkreis kontinuierlich ausgeweitet und damit den dynamischen Ausgabenanstieg der SPV seit den 2010er-Jahren maßgeblich verursacht.

### Beitragssatz vervierfacht – strukturelle Unterfinanzierung als Systemmuster

Finanziert wurden diese Leistungsausweitungen durch eine Anhebung des Beitragssatzes von 1 Prozent (1995) auf 3,6 Prozent (2026). Insbesondere in jüngerer Vergangenheit folgte eine Beitragssatzerhöhung auf die nächste – ein Indiz dafür, dass die Leistungsausweitungen der

vergangenen 15 Jahre strukturell nie nachhaltig finanziert waren. Einschließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose liegt der effektive Beitragssatz bereits heute bei rund 4 Prozent.

## 5.4 Eigenanteile in der stationären Pflege

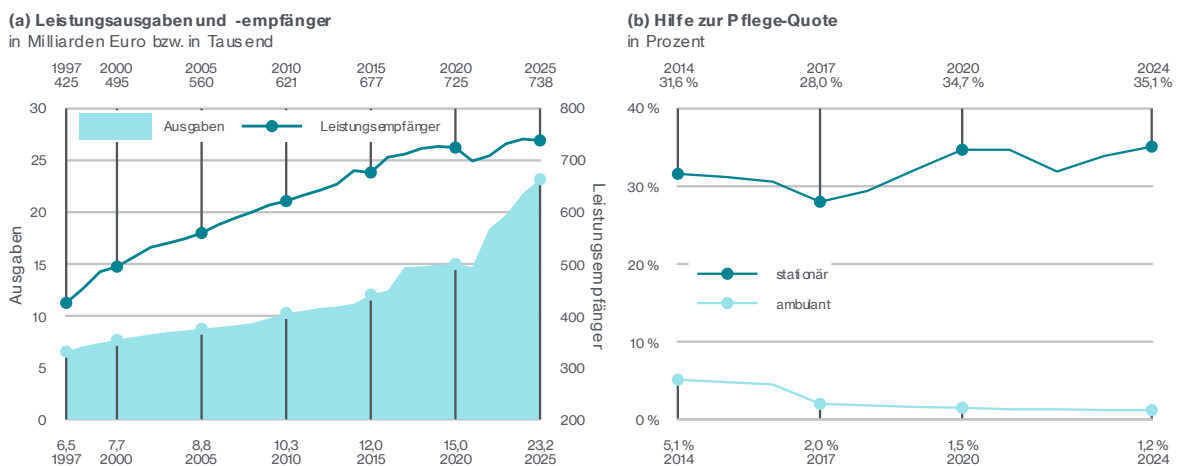
### Starker Kostenanstieg in der stationären Pflege

Ende 2025 lagen die durchschnittlichen Gesamtkosten eines stationären Pflegeplatzes erstmals bei über 5.000 Euro monatlich (WIdO, 2026) – ein Anstieg von 59 Prozent gegenüber 2017 (3.164 Euro) und mehr als doppelt so stark wie die allgemeine Preisentwicklung (+26 %). Besonders ausgeprägt war der Zuwachs bei den pflegebedingten Kosten (+71 %), der vor allem auf gestiegene Personalkosten infolge der seit 2022 geltenden Tarifbindungspflicht zurückzuführen ist (vdek, 2026).

### Steigende Eigenanteile trotz gesetzlicher Entlastungsmaßnahmen

Die SPV war von Beginn an als Teilkaskoversicherung konzipiert; nicht durch die SPV gedeckte pflegebedingte Kosten sowie Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen tragen die Pflegebedürftigen selbst. Die pauschalen Leistungsbeträge der SPV stiegen zwischen 2017 und 2025 um lediglich 9 Prozent – weit unterhalb des Kostenanstiegs von 71 Prozent. Die Folge war ein steigender Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten. Der Gesetzgeber reagierte mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) sowie den Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI, die den Eigenanteil abhängig von Aufenthaltsdauer und Pflegegrad begrenzen sollen. Dennoch stiegen die durchschnittlichen Eigenanteile von 1.752 Euro (2017) auf über 2.600 Euro monatlich (2025); im ersten Aufenthaltsjahr betragen sie bundesweit rund 3.245 Euro (WIdO, 2026).

Abbildung 14: Stationäre Pflege



Hinweis: (a) BMG, Leistungsempfängerinnen und -empfänger in vollstationärer Pflege im Jahresdurchschnitt, Leistungsausgaben für stationäre Pflege. (b) vdek, Hilfe zur Pflege-Quote: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege als Anteil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der (sozialen und privaten) Pflegeversicherung.

Quelle: BMG, vdek, eigene Darstellung und Berechnung.

© Prognos 2026

### **Pflege wird zur Sozialhilfefrage**

Die Pflegeversicherung sollte 1994 ausdrücklich pflegebedingte Verarmung verhindern. Dieses Ziel verfehlt das System zunehmend: Bereits heute ist mehr als jeder dritte Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung auf Hilfe zur Pflege (HzP) angewiesen. EEE und Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI führten jeweils zu einem Rückgang der HzP-Inanspruchnahme; den steigenden Trend konnten sie nicht stoppen. Ohne grundlegende Reform droht die HzP-Quote bis 2035 auf rund 44 Prozent zu steigen (DAK, 2026).

Gleichzeitig haben die Leistungszuschläge wesentlich dazu beigetragen, dass sich die Ausgaben der SPV für stationäre Pflege zwischen 2015 und 2025 bei einer moderaten Zunahme der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger um 9 Prozent (2015: 677.000; 2025: 738.000) von 12,0 auf 23,2 Milliarden Euro annähernd verdoppelt haben.

## 6 Fazit

Die Bundesregierung hat den Reformdruck erkannt und handelt – wenn auch mit unterschiedlicher Tiefe. Im Bereich Gesundheit wurde das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auf den Weg gebracht, das kurzfristig Ausgabensteigerungen deckelt und den Beitragssatz stabilisieren soll; weitere Vorschläge für strukturelle Reformen sollen durch die Finanzkommission Gesundheit bis Ende 2026 erarbeitet werden. In der Rente arbeitet eine Kommission an einem Gesamtversorgungskonzept, das bis Sommer 2026 vorliegen soll und u. a. die Zukunft der Haltelinie beim Rentenniveau, die Rente ab 63 sowie den Ausbau der betrieblichen Altersvorsorge adressieren soll. Für die Pflege hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ im Dezember 2025 eine Roadmap vorgelegt; ein Gesetzentwurf für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform soll möglichst Ende 2026 in Kraft treten. Der politische Wille zur Reform ist sichtbar – doch zeigt die vorliegende Analyse, dass kurzfristige Stabilisierungsmaßnahmen nicht ausreichen: Alle drei Säulen der Sozialversicherung benötigen strukturelle Weichenstellungen:

**Rente und Altersvorsorge** Das deutsche Rentensystem zahlt Durchschnittsleistungen zu überdurchschnittlichen Kosten: Bei einem Beitragssatz von 18,6 Prozent – 2 Prozentpunkte über dem OECD-Schnitt – entspricht das Leistungsniveau dem OECD-Durchschnitt. Die eigentliche Schwachstelle liegt jedoch in den fehlenden zweiten und dritten Säulen: Mit einem Altersvorsorgevermögen von 6,4 Prozent des BIP gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 95,2 Prozent ist Deutschland dramatisch unterkapitalisiert. Der Renteneintritt der Babyboomer wird den Beitragsdruck in der gesetzlichen Rentenversicherung weiter verschärfen. Länder wie Schweden zeigen, dass eine kapitalgedeckte Ergänzungskomponente bei vergleichbarem Beitragssatz spürbar höhere Leistungen ermöglicht – eine Option, die in der aktuellen deutschen Reformdebatte ernsthaft geprüft werden sollte.

**Gesundheit** Deutschland gibt mit 12,3 Prozent des BIP mehr für Gesundheit aus als jedes andere EU-Land – und erzielt dennoch nur mittelmäßige Outcomes: Durchschnittliche Lebenserwartung, überdurchschnittliche vermeidbare Sterblichkeit, zu viele vermeidbare Krankenhaufälle. Das System leidet unter einer strukturellen Schiefelage: zu viele Krankenhäuser mit zu geringen Fallzahlen, eine schwach ausgeprägte Primärversorgung und zu wenig koordiniertes Krankheitsmanagement. Die laufende Krankenhausreform adressiert zentralisierte Leistungserbringung, greift aber zu kurz, solange die Stärkung der hausärztlichen Versorgung nicht konsequent mitgedacht wird. Mehr Effizienz statt mehr Einnahmen lautet die Devise.

**Pflege** Die Soziale Pflegeversicherung steht vor dem strukturellen Kollaps: Steigende Beitragssätze, ein wachsender Anteil von Heimbewohnern auf Sozialhilfe und Eigenanteile von über 3.200 Euro pro Monat im ersten Aufenthaltsjahr zeigen, dass das Pflegesystem an seine Grenzen gestoßen ist. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit 2015 auf 5,7 Millionen gestiegen – nur zu einem kleinen Teil demografisch bedingt, wesentlich mitgetrieben durch die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017. Die überfällige Strukturreform der Pflegeversicherung darf nicht länger aufgeschoben werden.

# Quellenverzeichnis

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024), Alterssicherungsbericht 2024, Berlin.

BMF – Bundesministerium der Finanzen (2024), Sechster Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin.

Borlinghaus, M., J. Geyer, J. und P. Haan (2026), Private und betriebliche Altersvorsorge ist zwischen den Einkommensgruppen ungleich verbreitet, DIW Wochenbericht 16/17 2026, S. 247–253.

Conway, C. (2025), [Denmark to raise state pension age to 70 in 2040](#), European Pensions, 23.05.2025, abgerufen am: 19.05.2026.

DAK (2026), [Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen](#), abgerufen am: 18.05.2026.

Destatis (2024), [Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt](#), Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024, abgerufen am: 18.05.2026.

Destatis (2023), [Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten](#), Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023, abgerufen am: 18.05.2026.

Deutscher Verein - Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2025), Empfehlungen zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege.

DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2024), [„Vorbild“ Österreich? Was macht unser Nachbarland anders bei der Rente?](#), rentenupdate, 02/2024, abgerufen am: 18.05.2026.

DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2025a), Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025.

DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2025b), Herbstfinanzschätzung 2025 für die allgemeine Rentenversicherung, Oktober 2025.

European Commission (2024), 2024 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070), European Economy, Institutional Paper 279.

Hentze, T. und B. Kauder (2026), Die Steuerbelastung der Unternehmen im internationalen Vergleich, Gutachten im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

MDB - Medizinischer Dienst Bund (2025), Report Pflegebedürftigkeit 2025 – Entwicklung und Potenziale der Pflegebegutachtung.

OECD (2026), Taxing Wages 2026: The Progressivity of Labour Taxation in OECD Countries, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3a5169ef-en>.

OECD (2025a), Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e40274c1-en>.

OECD (2025b), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

Prognos (2023), Rente mit 63 – Quo vadis? Potenziale zur Fachkräftesicherung und Stabilisierung der Rentenfinanzen, Kurzstudie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM).

RKI - Robert Koch-Institut (2026), Pflegebedürftigkeit und (informelle) Pflege in Deutschland – Status quo, <https://doi.org/10.25646/14115>.

Rothgang, H. et al. (2025), BARMER Pflegereport 2025, Band 48.

Rothgang, H.; Müller, R. (2024), BARMER Pflegereport 2024, Band 47.

SMS – Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt (2025), Wirksamkeit des Buurtzorg-Modells im Rahmen der deutschen Sozialgesetzgebung, Abschlussbericht.

SSA – Social Security Administration (2019), International Update, Juli 2019.

Steuer, H. (2024), Eine Rente mit reichlich Rendite, Handelsblatt, Nr. 197 vom 11./12./13. Oktober 2024, S. 68.

Von Nordheim, F. und J. Kvist (2023), Regulating the retirement age – Lessons from Nordcipation policy approaches, Regulation & Governance, 17, 644-657.

vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2026), [Personalkosten treiben Eigenanteile weiter hoch](#), ersatzkasse magazin, Ausgabe 1/2026, abgerufen am: 18.05.2026.

Werding, M., B. Läßle und S. Schirner (2024), Modellrechnungen für den Sechsten Tragfähigkeitsbericht des BMF, FiFo-Berichte, Nr. 33.

WIdO - Wissenschaftliches Institut der AOK (2026), [WIdO-Analyse zeigt: Eigenanteile von Pflegeheim-Bewohnenden auf mehr als 2.600 Euro pro Monat gestiegen](#), Pressemitteilung vom 22.01.2026, abgerufen am: 18.05.2026

# Impressum

## Zeit zu wenden

Deutschlands Sozialstaat am Kipppunkt

### Herausgeber

Prognos AG  
Heinrich-von-Stephan-Straße 17  
79100 Freiburg  
Telefon: +49 761 7661164-810  
Fax: +49 761 7661164-820  
E-Mail: [info@prognos.com](mailto:info@prognos.com)  
[www.prognos.com](http://www.prognos.com)

### Kontakt

Dr. Stefan Moog (Projektleitung)  
E-Mail: [stefan.moog@prognos.com](mailto:stefan.moog@prognos.com)

Satz und Layout: Prognos AG  
Stand: Mai 2026  
Copyright: 2026, Prognos AG

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos (2026): Zeit zu wenden - Deutschlands Sozialstaat am Kipppunkt.

Die Aufnahme in den öffentlichen Leihverkehr von Bibliotheken bleibt bis zum 30.06.2026 ausgeschlossen.