

Steigende Kosten im Gesundheitssystem und in der Langzeitpflege – Ursachen und Handlungsoptionen

Steigende Kosten im Gesundheitssystem und in der Langzeitpflege werden häufig in einem Atemzug genannt und jeweils auf den demografischen Wandel zurückgeführt. Tatsächlich sind Ausgangslage, Ursachen und Handlungsoptionen in beiden Bereichen durchaus verschieden, sodass es sich lohnt, diese getrennt zu betrachten.

Steigende Kosten im Gesundheitssystem

Deutschland hat eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt – mit mittelmäßigen Ergebnissen. Den mit Abstand höchsten Anteil des Bruttoinlandprodukts geben die USA für Gesundheitsausgaben aus. 2024 lag dieser Anteil gemäß der OECD-Veröffentlichung „Health at a Glance“ bei 17,2 Prozent. Deutschland folgt aber schon auf Rang 2 mit 12,3 Prozent. Bezüglich der Lebenserwartung als dem ultimativen Erfolgsindikator liegt Deutschland im Mittelfeld und in Bezug auf die Veränderung der Lebenserwartung sogar nur auf Rang 41 von 50 Ländern. Auch bei der Sterblichkeit von vermeidbaren Ursachen und bei der Sterblichkeit, die durch Prävention hätte verhindert werden können, liegt Deutschland nur im Mittelfeld. Im Gesundheitssystem hat Deutschland somit ein Effizienzproblem: Trotz hoher Ausgaben werden nur unbefriedigende Ergebnisse erzielt. Interessanterweise fordern auch die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der GKV keineswegs zusätzliche Einnahmen, sondern Maßnahmen, um die Ausgaben zu begrenzen.

Entsprechende Vorschläge beziehen sich auf die Finanzierungskompetenz, die Preis- und die Mengenkomponekte. Die GKV beklagt insbesondere, dass sie in erheblichem Umfang allgemeine Staatsaufgaben finanziert, ohne dafür entsprechend kompensiert zu werden – etwa für die Versorgung von Bürgergeldempfängerinnen und -empfängern, deren Pauschalen nur ein Drittel der von ihnen verursachten Kosten decken. Allein hier entsteht eine Lücke von 10 Mrd. Euro. Auch bei Arzneimittelpreisen gibt es Einsparpotenzial: Laut Arzneimittel-Kompass des WIdO stiegen die GKV-Nettokosten in zehn Jahren um 80,8 Prozent, während Verordnungen (+ 15,2 Prozent) und Versichertenzahl (+ 5,5 Prozent) deutlich langsamer zunahmten. Haupttreiber sind patentgeschützte Arzneimittel, die mehr als die Hälfte



Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dr. Heinz Rothgang ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen. Er leitet dort die Abteilung „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ am SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsökonomie, und -politik, Pflegeökonomie und -politik sowie Versorgungsforschung.

der Kosten verursachen, aber nur 7,1 Prozent der Verordnungen ausmachen. Erhebliche Einsparpotenziale ergeben sich auch bei der Mengenkomponekte. Seit Jahrzehnten wird die „Versäulung“ des Gesundheitssystems kritisiert und dass sich die einzelnen Sektoren dabei gegeneinander abgrenzen. Im Ergebnis resultieren vermeidbare Doppeluntersuchungen, Abrisse in den Versorgungsketten an den Sektorengrenzen und eine insgesamt sehr hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So ist die Zahl der Arztkontakte in Deutschland deutlich höher als in anderen Ländern und aus fachlicher Sicht zu hoch.

Lösungsvorschläge hierfür sind die Einführung und Stärkung einer Primärversorgung verbunden mit einer Steuerung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung. Dies wäre zudem ein Beitrag nicht nur zur Ausgabenbegrenzung, sondern zugleich zur Effizienzsteigerung. Diese kann auch durch eine stärkere Präventionsorientierung erreicht werden. Primärprävention kann die Lebenserwartung und -qualität zu vergleichsweise geringen Kosten steigern, ist in Deutschland aber noch wenig ausgebaut. Dass Prävention

gleichzeitig die Ausgaben reduziert, ist dagegen nicht sicher, da eine Verlängerung der Lebenserwartung wiederum die Ausgaben erhöht. Allerdings wird eine Kostenreduktion von kurativen Leistungen gar nicht erwartet, sie sollen nur wirksam und kosteneffektiv sein. Gleiches sollte auch für die Prävention gelten.

Steigende Kosten in der Langzeitpflege

In der Langzeitpflege stellt sich die Situation ganz anders dar: Deutschland gibt 1,6 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts für Langzeitpflege aus, liegt damit aber hinter Ländern wie Norwegen (2,9 Prozent), Schweden und den Niederlanden nur auf Rang 8 von rund 50 Staaten, die ein Pflegesicherungssystem haben¹, – trotz vergleichsweise alter Bevölkerung. Anders als im Gesundheitswesen hat Deutschland im internationalen Vergleich kein Ausgabenproblem. Allerdings wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen, zum einen aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung, zum anderen aber auch weil die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs laut BARMER Pflegereport 2024 und 2025 langfristige Folgen hat, nämlich eine immer noch anhaltende Erhöhung der altersspezifischen Pflegeprävalenz und eine Verlängerung der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Lebenszeit. Hinzu kommen Kosten für deutlich steigende Pflegegehälter und bessere Personalausstattung in Pflegeheimen.

Da diese Trends auch in nächster Zukunft anhalten werden, ist mit weiteren erheblichen Kostensteigerungen zu rechnen. Höhere Eigenanteile können diese nicht mehr auffangen: In der stationären Pflege liegen die durchschnittlichen Gesamteigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege bereits bei monatlich 3.300 Euro und damit doppelt so hoch wie die Eckrente, die nach 45 Jahren mit jeweils durchschnittlicher Beitragszahlung erreicht wird. Auch Leistungen in der häuslichen Pflege verlieren real an Wert, da die Leistungsdynamisierung regelmäßig hinter der Preisentwicklung zurückgeblieben ist. Eine notwendige Begrenzung der Eigenanteile führt aber zwangsläufig zu höheren Versicherungsausgaben. Die zentrale Frage ist daher „nur“, wie diese Zusatzausgaben finanziert werden sollen.

Auch hier stellt sich zunächst die Effizienzfrage. Effizienzgewinne lassen sich durch einen besseren Skillmix in der Leistungserstellung realisieren, und der Übergang zur sektorenfreien Versorgung würde Effizienzpotenziale frei-

setzen. Allerdings dürften die diesbezüglichen Effekte auf die Ausgaben begrenzt bleiben. Es führt daher kein Weg daran vorbei, für die Pflegeversicherung neue Einnahmen zu generieren. Dies kann und sollte, erstens, in Form von Steuerzuschüssen zur Kompensation versicherungsfremder Leistungen geschehen. Zweitens kann die materielle Bemessungsgrundlage durch Verbeitragung weiterer Einkunftsarten und durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vergrößert werden. Drittens ist ein Finanzausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung gerechtfertigt. Das Bundesverfassungsgericht hat 2001 geurteilt, dass der Gesetzgeber zwar eine „Pflegevolksversicherung“ in Form von zwei Versicherungszweigen beschließen durfte, aber nur unter der Maßgabe einer „ausgeglichene Lastenverteilung“. Diese ist aber nicht gegeben: Bei gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsgrundsätzen gibt die soziale Pflegeversicherung pro versicherter Person annähernd doppelt so viel aus wie die private Pflegepflichtversicherung (bei Berücksichtigung der Beihilfe) – bedingt durch unterschiedliche Risikostrukturen, die ausgeglichen werden sollten.

Im Gesundheitssystem hat Deutschland [...] ein Effizienzproblem: Trotz hoher Ausgaben werden nur unbefriedigende Ergebnisse erzielt.

Kapitalgedeckte Elemente können dagegen nicht wesentlich zur finanziellen Stabilisierung des Pflegesicherungssystems beitragen. Das zeigt das Modell des PKV-Expertenrats, das für die Babyboomer zwar monatliche Beiträge von 26 Euro enthält, aber lediglich für die Heimpflege eine Übernahme von 40 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils vorsieht. Bereits heute werden durch die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI ab dem dritten Jahr 50 Prozent dieser Kosten übernommen. Die Leistungen der privaten Pflegezusatzversicherung laufen daher weitgehend leer. Damit wird nur deutlich, dass der Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule bis zum Erreichen des Reifezustands des Systems nach 40–50 Jahren lediglich eine finanzielle Doppelbelastung darstellt, aber nicht zur Deckung der Finanzierungslast beiträgt.

1) Viero, Davide; Fischer, Johanna (2025): Comparative Assessment of Long-term Care System Generosity: Mapping Benefits and Inclusiveness Internationally, SOCIUM SFB 1342 WorkingPapers/31/2025, Bremen: SOCIUM; SFB 1342, doi:10.26092/elib/4329; <https://socialpolicydynamics.de/f/d49c313fa3.pdf>.