

# IMK KOMMENTAR

---

Nr. 16 · Oktober 2025 · Hans-Böckler-Stiftung

## SOZIALSTAATSDEBATTE KRANKT AN MANGELNDER ANALYSE UND FOKUS AUF SCHEINPROBLEME

Sebastian Dullien, Katja Rietzler

---

**Über den Sommer hat sich die Sozialstaatsdebatte in Deutschland zuge-spitzt. So behauptete Bundeskanzler Friedrich Merz jüngst, Deutschland könne sich „dieses System, das wir heute so haben, einfach nicht mehr leisten“. Einschnitte seien in allen Be-reichen notwendig. Ein Blick in die Statistiken zum Sozialstaat zeigt aller-dings: Die Gesamtausgaben sind nicht auffällig groß, nicht auffällig ge-stiegen und Probleme gibt es allen-falls in einzelnen engen Bereichen.**

Bereits Anfang 2024 hatten wir im IMK-Kommentar Nr. 11 darauf hingewiesen, dass die Ausgaben für den Sozialstaat in Deutschland im internationalen Vergleich nicht übermäßig hoch lagen (Dullien und Rietzler 2024). Deutschland reihte sich dabei im Mittelfeld der entwickelten EU-Staaten ein zwischen Spanien und Däne-mark. Bei Berücksichtigung sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung wie verpflichtender privater Krankenversi-cherungen lag die deutsche Sozial-

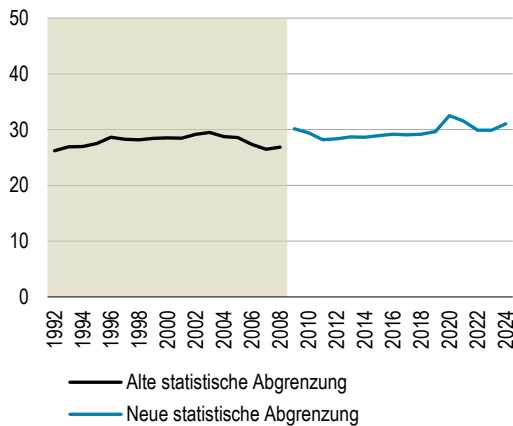
ausgabenquote sogar nahe derjenigen der Schweiz und der USA.

Inzwischen sind Daten vom Bundesmi-nisterium für Arbeit und Soziales (2025) veröffentlicht worden, die für 2024 für Deutschland einen Anstieg der Sozial-leistungsquote aufzeigen. Die Abgren-zung des BMAS ist dabei nicht vollstän-dig mit jener der OECD zu vergleichen, auch liegen für viele andere Länder noch keine Daten für 2024 vor. Allerdings lässt sich schon vorab anhand der bisher vor-liegenden Daten sagen: Der jüngste An-stieg war nicht so kräftig, dass Deutsch-land damit das Mittelfeld der europäi-schen Länder verlassen hätte.

Nach der Revision der Daten zum Brutto-inlandsprodukt durch das Statistische Bundesamt im August 2025 lag nun die Sozialleistungsquote nach nationaler Messung im vergangenen Jahr bei 31,0 Prozent, und damit um 1,1 Prozent-punkte höher als im Vorjahr, aber immer

noch spürbar unter den Ständen von 2020 und 2021 (Abbildung 1).<sup>1</sup>

**Abbildung 1: Sozialbudget**  
in % des BIP



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales;  
Berechnungen des IMK.

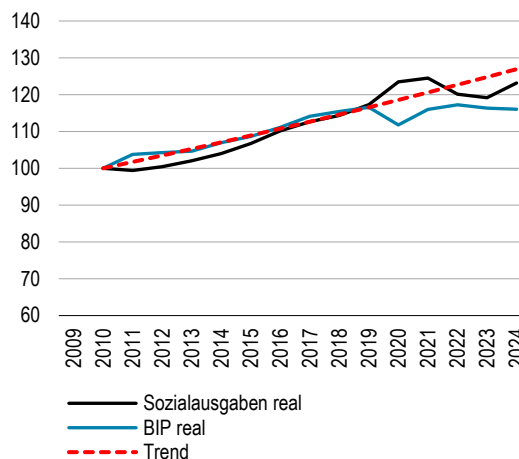
Hans Böckler  
Stiftung

Zu beachten ist, dass sich Deutschland seit 2022 in einer Rezession befindet. Die Wirtschaftsleistung ist sowohl 2023 als auch 2024 im Jahresdurchschnitt geschrumpft. Selbst konstante Sozialleistungen würden in einer solchen Situation rein mathematisch zu einem Anstieg der Sozialleistungsquote führen, weil der Nenner der Quote schrumpft.

Abbildung 2 illustriert dieses Problem: Die inflationsbereinigten Sozialausgaben in Deutschland wuchsen von 2009 bis 2019 ziemlich genau mit dem Trend des Bruttoinlandsprodukts. 2020 führte die Covid-Pandemie zu einem Anstieg der Sozialausgaben über den Trend, was sich aber schnell korrigierte. Seit 2022 liegen die Sozialausgaben sogar unter dem ursprünglichen BIP-Trend. Allerdings ist das Bruttoinlandsprodukt selbst

noch weiter hinter dem Trend zurückgeblieben, sodass sich die Sozialleistungsquote erhöht hat. Mit anderen Worten: Der Sozialstaat hat seit 2022 in erster Linie ein Problem unzureichenden Wirtschaftswachstums, nicht übermäßiger Ausgabensteigerungen.

**Abbildung 2: BIP und Sozialausgaben, real 2010=100\***



\* BIP und Sozialausgaben mit dem BIP-Deflator deflationiert

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales;  
Berechnungen des IMK.

Hans Böckler  
Stiftung

Erhellend ist auch ein Blick auf die Details der Sozialleistungsquote. Abbildung 3 zeigt auf, in welchen Bereichen sich die Sozialausgaben in den vergangenen 20 Jahren seit 2004 beziehungsweise seit 2010<sup>2</sup> verändert haben.

Auffällig ist, dass die Ausgaben für die Rentenversicherung relativ zur Wirtschaftsleistung in den vergangenen 20 Jahren sogar spürbar rückläufig waren (von 10,4 Prozent des BIP 2004 auf zuletzt 9,4 Prozent des BIP).

Ebenfalls rückläufig waren im 20-Jahresvergleich die Ausgaben für die Arbeits-

<sup>1</sup> Das BMAS (2025) weist mit 31,2 Prozent für 2024 eine leicht höhere Quote auf. Die Unterschiede ergeben sich dadurch, dass die BMAS-Zahlen auf BIP-Zahlen beruhen, die später revidiert wurden.

<sup>2</sup> 2010 wurde als Vergleichsjahr gewählt, da der Wirtschaftseinbruch im Zuge der Finanzkrise die Sozialleistungsquoten im Jahr 2009 nach oben verzerrt hätte. Vergleichsjahre vor

2009 scheiden aus, da ab 2009 aufgrund der Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht auch Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Basisleistungen im Sozialbudget berücksichtigt werden. In der Folge fallen die Gesamtausgaben ab 2009 höher aus und sind mit denen aus den Jahren vor 2009 nicht mehr vergleichbar.

losenversicherung, wobei hier zu beachten ist, dass mit den Hartz-Reformen 2005 ein Teil der Kosten der Arbeitslosenversicherung in das Bürgergeld verschoben wurde. Betrachtet man die Ausgaben von Arbeitslosenversicherung, Bürgergeld und Sozialhilfe zusammen, so sind die Ausgaben dieser Kategorien insgesamt relativ zum BIP seit 2004 unverändert geblieben.

Im Vergleich mit 2010 sind die Ausgaben für Bürgergeld, Eingliederungshilfen und Sozialhilfe – die ja in der Bürgergelddebatte derzeit Stein des Anstoßes sind – relativ zum Bruttoinlandsprodukt sogar noch einmal leicht zurückgegangen. Das ist umso bemerkenswerter, als dass mit der Flüchtlingsaufnahme um das Jahr 2015 und nach der russischen Invasion in die Ukraine 2022 mehrere Millionen Menschen nach Deutschland gekommen sind, die Bürgergeld erhalten bzw. erhielten.

Einen deutlichen Anstieg gab es dagegen bei den Ausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe (seit 2004 von 0,8 auf 1,7 Prozent des BIP) sowie bei den Ausgaben der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Unter die Kinder- und Jugendhilfe fallen nach SGB VIII auch die Kosten für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Der Ausbau der Kinderbetreuung war dabei ein wichtiges politisches Projekt, das Eltern eine höhere Erwerbsbeteiligung ermöglicht und deshalb sogar als förderlich für das Wirtschaftswachstum angesehen werden muss – und sicherlich nicht in der Sozialstaatsdebatte infrage gestellt werden sollte.

Damit bleibt der Anstieg der Kosten in der Kranken- und Pflegeversicherung.<sup>3</sup> Bei

der Pflegeversicherung spiegelt sich hier zum einen eine Ausweitung der Leistungen in den vergangenen Jahren, eine steigende Fallzahl – auch als Folge der demographischen Entwicklung –, aber auch eine dringend notwendige Verbesserung der (qualitativen) personellen Ausstattung von Pflegeheimen wider. Jede Diskussion um ein angemessenes Niveau der Leistungen der Pflegeversicherung sollte dabei mit beachten, dass diese zum Teil Angehörigen erst die Erwerbsbeteiligung ermöglicht und ein Kürzen hier nur zu einer Verschiebung der Kosten von dem Versicherungssystem auf die einzelnen Haushalte führt, nicht eine gesamtwirtschaftliche Senkung der Pflegekosten bedeuten würde.

Bei den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung fällt beim Blick auf Zahlen der OECD (2024) auf, dass hier Deutschland tatsächlich im internationalen Vergleich sehr weit vorne liegt. Hohe Ausgaben für Gesundheit wären dabei kein Problem, wenn im Gegenzug Deutschland auch im internationalen Vergleich eine besonders gute Entwicklung bei der Lebenserwartung oder bei der Gesundheit der Bevölkerung vorzuweisen hätte. Beides ist nicht der Fall.

Bei diesem Befund hoher Kosten bei mittelmäßiger Gesundheit der Bevölkerung scheinen die derzeit zum Teil vorgebrachten Vorschläge für mehr „Eigenverantwortung“ bei der Krankenversicherung, wie etwa Gebühren für Arztbesuche, nicht besonders sinnvoll. Gebühren für Arztbesuche bringen die Gefahr mit sich, dass insbesondere Menschen mit geringen Einkommen trotz medizinischer Notwendigkeit nicht oder verspätet zum Arzt gehen, was die Krankheitskosten

---

<sup>3</sup> Die Quoten für die Krankenversicherung in Abbildung 3 beziehen sich allein auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen laut BMAS. Die im internationalen Vergleich oft genutzte Abgrenzung der OECD für die Gesundheitsausgaben enthält darüber hinaus unter anderem noch die Ausgaben privater Krankenversicherungen, der

Gebietskörperschaften und der privaten Haushalte für Gesundheitsleistungen. Die nach OECD-Standard berechnete Quote liegt damit höher, der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung spiegelt sich allerdings auch im Anstieg der OECD-Quote wider.

am Ende sogar erhöhen kann. Auch die Idee von Karenztagen bei der Lohnfortzahlung birgt relevante Risiken, weil möglicherweise kranke und ansteckende Menschen trotzdem zur Arbeit gehen.

Vielversprechend scheinen stattdessen all jene Vorschläge, die das Gesundheitssystem effizienter machen in dem Sinne, dass sie die Leistungen verbessern, Doppeluntersuchungen vermeiden. Eine konsequente Digitalisierung erscheint hier wichtig.

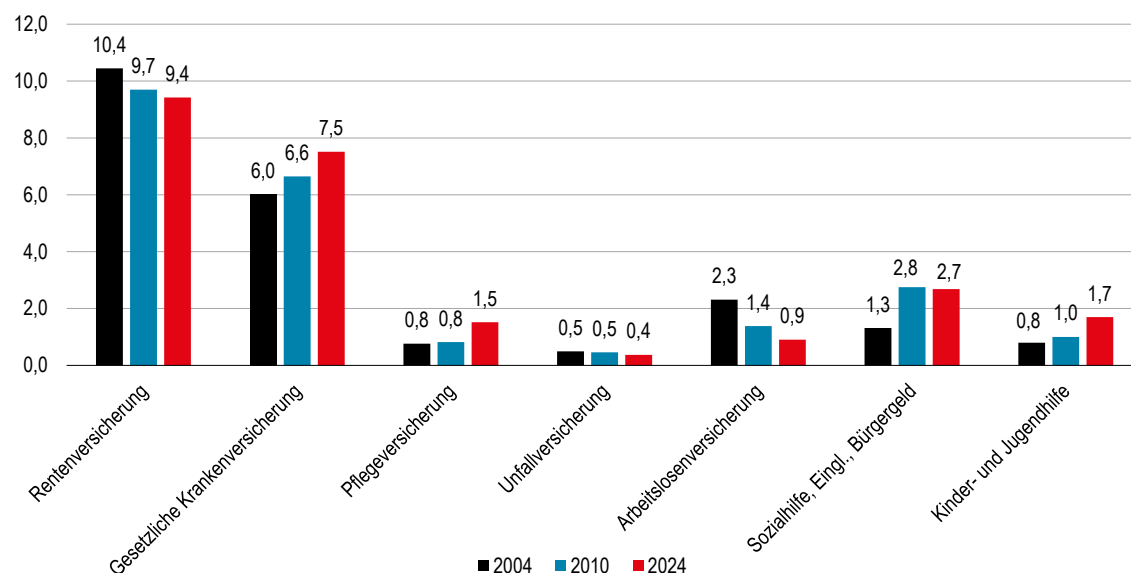
Auf der reinen Kostenseite fällt im OECD-Vergleich (OECD 2024, S. 155) auf, dass in Deutschland besonders hohe Kosten für Medikamente anfallen (pro Kopf fast 1,5-mal so viel wie im europäischen Durchschnitt). Inwieweit die besonders hohen Ausgaben für nicht-stationär verabreichte Medikamente in Deutschland auf besonders hohe Preise für Pharmazeutika, auf im Vergleich häufige Verschreibungen oder strukturelle Unterschiede zwischen den Aufgaben von

Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zurückgehen, lässt sich der OECD-Statistik nicht entnehmen.

Ebenfalls auffällig ist, dass im EU-Vergleich die Ärzt\*innen in Deutschland relativ zu den jeweiligen Durchschnittseinkommen im Land besonders gut vergütet werden (OECD 2024, S. 191).<sup>4</sup> Allerdings sind hier Unterschiede etwa bei der Altersversorgung, der Berücksichtigung von privat abgerechneten Leistungen oder Kosten für Praxisübernahmen nicht mitberücksichtigt.

Wenn es also Reformbedarf in den sozialen Sicherungssystemen in Deutschland gibt, dann betrifft dieser am ehesten die Krankenversicherung. Mit einem einfachen Ruf nach „Eigenverantwortung“ ist es hier aber wohl nicht getan. Stattdessen müssen sich die Verantwortlichen an die kleinteilige Fleißarbeit machen, das Zusammenspiel der verschiedenen Akteur\*innen in diesem Bereich zu verbessern.

Abbildung 3: Ausgaben in % des BIP



Quelle: Berechnungen des IMK.

Hans Böckler  
Stiftung

<sup>4</sup> Interessanterweise gilt diese Beobachtung nicht für das Pflegepersonal in Krankenhäusern, das in Deutschland in etwa wie im EU-Durchschnitt vergütet wird.

## Literatur

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2025):** Sozialbudget 2025, Berlin.

**Dullien, S. / Rietzler, K. (2024):** Die Mär vom ungebremst wachsenden deutschen Sozialstaat. IMK Kommentar Nr. 11, Düsseldorf.

**OECD (2024):** Health at a Glance 2024, Paris.

## Autorenkontakt

**Prof. Dr. Sebastian Dullien**  
Wissenschaftlicher Direktor des IMK  
sebastian-dullien@boeckler.de

**Dr. Katja Rietzler**  
Referatsleitung Steuer- und Finanzpolitik  
katja-rietzler@boeckler.de

## Impressum

# IMK

Institut für Makroökonomie  
und Konjunkturforschung

### Herausgeber:

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) der Hans-Böckler-Stiftung  
Georg-Glock-Straße 18  
40474 Düsseldorf  
Telefon +49 211 7778-312  
imk-publikationen@boeckler.de

### Pressekontakt: Rainer Jung

Telefon +49 211 7778-150

Der IMK Kommentar ist als unregelmäßig erscheinende Online-Publikation erhältlich über <https://www.imk-boeckler.de/de/imk-kommentar-29977.htm>

ISSN 2702-9786

Folgen Sie uns auf Bluesky:  
<https://bsky.app/profile/imkinstitut.bsky.social>

IMK auf Facebook:  
<https://www.facebook.com/IMKInstitut>

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (BY).

