4

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG: FOKUSSIEREN UND GENERATIONENGERECHT FINANZIEREN

I. Einleitung

II. Pflegebedarf und -organisation
1. Pflegebedürftige
2. Pflegende

III. Absicherung des Pflegerisikos
1. Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung
2. Finanzielle Situation der SPV

IV. Eigenanteile und gesellschaftliche Kosten der Pflege
1. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen
2. Auswirkungen informeller Pflege

V. Zukünftige Finanzierung der Pflegeausgaben im demografischen Wandel

VI. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege
1. Zugang zu Leistungen und Leistungsumfang der SPV korrigieren
2. Teilleistungssystem beibehalten
3. Kapitaldeckung in der SPV stärken

Eine andere Meinung

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

↘ Die Ausgaben der SPV sind seit Einführung des 2. Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2017 stark gestiegen. Gründe dafür sind der vereinfachte Zugang zu sowie die starke Ausweitung der Leistungen. Die demografische Alterung lässt die Pflegekosten künftig weiter steigen.

↘ Die SPV sollte eine Teilversicherung bleiben. Eine Rückführung des Zugangs zu Leistungen der SPV auf ein fachlich empfohlenes Niveau sowie die Abschaffung von Leistungszuschlag und Entlastungsbetrag würden den Ausgabenanstieg deutlich dämpfen.

↘ In Kombination mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung können solche Reformen ein angemessenes Leistungsniveau mit generationengerechter Finanzierung langfristig sichern.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

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

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

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

I. EINLEITUNG

271. Pflegebedürftigkeit ist ein elementares Lebensrisiko, das für Betroffene und ihre Familien mit erheblichen organisatorischen und finanziellen Belastungen verbunden sein kann. Während früher fast ausschließlich Familienangehörige die Pflege übernommen haben, ist dies heute im Zuge gesunkener Geburtenraten, einer höheren Erwerbsbeteiligung und einer steigenden Anzahl Alleinlebender deutlich seltener der Fall. Angehörige bleiben auch heute noch der wichtigste Bestandteil der Pflegeversorgung, ihre Leistungen werden aber zunehmend mit anderen Versorgungsformen kombiniert. ↘ ZIFFERN 287 FF. Im Jahr 1995 wurde die Soziale Pflegeversicherung (SPV) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen eingeführt. ↘ ZIFFERN 296 FF. Sie soll einen Teil des mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Risikos solidarisch auf die Versichertengemeinschaft verteilen. Zudem soll sie sicherstellen, dass notwendige Pflegeleistungen verlässlich bereitstehen, Pflegebedürftige ihre Lebensqualität und eine aktive gesellschaftliche Teilhabe erhalten können sowie Angehörige entlastet werden.

272. In Deutschland waren im Jahr 2024 rund 6,0 Millionen Menschen bzw. 7,2 % der Bevölkerung nach dem Sozialrecht pflegebedürftig. ↘ ZIFFER 281 Diese Anzahl lag im Jahr 2016 noch bei rund 2,9 Millionen Menschen bzw. 3,6 % der Bevölkerung. Der unerwartet starke Anstieg ist vor allem auf die Umsetzung des 2. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zurückzuführen, mit dem eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt wurden. ↘ ZIFFER 304 Das Risiko, pflegebedürftig zu sein, steigt mit zunehmendem Alter und vor allem ab 75 Jahren stark an. **Durch die demografische Alterung der Gesellschaft dürfte die Anzahl der Pflegebedürftigen auch künftig weiter ansteigen.** ↘ ZIFFER 286

273. Im Jahr 2023 wurden rund 74 % der Pflegebedürftigen zu Hause durch Angehörige (informelle Pflege) oder ambulante Pflegedienste versorgt. ↘ ZIFFERN 287 FF. Rund 14 % wurden vollstationär in Pflegeheimen betreut. Die übrigen 12 % entfielen auf Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

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

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

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

275. **Ein erheblicher Teil der Pflegekosten wird zudem in Form informeller Pflege von Angehörigen und anderen nahestehenden Personen getragen.** Dies kann für die Pflegepersonen mit spürbaren zeitlichen Belastungen sowie teils dauerhaften Nachteilen für Erwerbstätigkeit, Einkommen und Alterssicherung verbunden sein. ↘ ZIFFERN 321 FF. Die gesamtwirtschaftlichen Arbeitsmarkteffekte durch die Übernahme informeller Pflege fallen jedoch vergleichsweise gering aus. ↘ ZIFFERN 324 F.

276. Bis zum Jahr 2008 stagnierte die Ausgabenentwicklung der SPV, gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf einem Niveau von rund 0,8 %. ↘ ZIFFERN 304 FF. **Mit Inkrafttreten des PSG II im Jahr 2017 beschleunigte sich der Ausgabenanstieg drastisch.** Im Jahr 2025 lag der Anteil der Ausgaben der SPV am BIP bei 1,5 %. Maßgeblich sind hierfür ein vereinfachter Leistungszugang, die Erhöhungen der Leistungen im Bereich der informellen und ambulanten Pflege sowie der im Jahr 2022 eingeführte Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung.

277. **Die Finanzsituation der umlagefinanzierten SPV ist trotz der sukzessiven Erhöhung des Beitragssatzes in den vergangenen Jahren defizitär.** ↘ ZIFFER 307 Ohne kostendämpfende Maßnahmen dürften bereits kurzfristig weitere Steigerungen des Beitragssatzes nötig sein. Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass nach geltendem Recht und unter Annahme einer Lohndynamisierung der Leistungen der SPV, bei der das Leistungsniveau tendenziell konstant bleibt, der Beitragssatz von aktuell durchschnittlich 3,7 % auf 4,7 % im Jahr 2030 zunehmen dürfte. Danach setzt sich dieser Anstieg kontinuierlich fort. Für das Jahr 2040 rechnet der Sachverständigenrat mit einem Beitragssatz von 5,2 %. Künftig wird das strukturelle Finanzierungsproblem – steigende Ausgaben, mit denen die Einnahmen bei unveränderten Beitragssätzen nicht Schritt halten – maßgeblich durch die demografische Alterung getrieben.

278. **Die zu erwartende Beitragssatzentwicklung ist in dreierlei Hinsicht problematisch.** Erstens belastet sie vor allem jüngere Generationen und verschärft dadurch intergenerationelle Verteilungskonflikte. Zweitens belastet sie Personen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR relativ stärker als Personen darüber. Drittens kann sie die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen. ↘ ZIFFERN 113 FF. Daher sollten weitere Beitragssatzerhöhungen gedämpft oder ganz vermieden werden.

279. Der Sachverständigenrat konzentriert sich bei den diskutierten Reformoptionen auf Ansätze, die aus ökonomischer Perspektive geeignet sind, die strukturellen Finanzierungsprobleme der SPV nachhaltig zu bewältigen. Im Fokus steht eine Reform der SPV, die unter den veränderten Finanzierungsbedingungen sowohl den Anforderungen der Generationengerechtigkeit gerecht wird als auch eine be-

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

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

II. PFLEGEBEDARF UND -ORGANISATION

1. Pflegebedürftige

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

↘ PLUSTEXT 14

Hintergrund: Pflegebedürftigkeit im Sinne des deutschen Sozialrechts

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

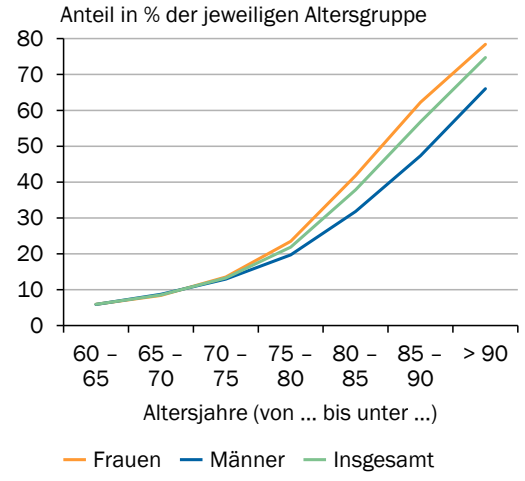
282. Das **Risiko, pflegebedürftig zu sein**, liegt zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr noch bei 5,9 %. Es steigt jedoch zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr auf 21,9 % an. ↘ ABBILDUNG 57 OBEN LINKS Mit zunehmendem Alter steigen zugleich die Pflegeintensität und der damit verbundene Pflegeaufwand. ↘ ABBILDUNG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

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

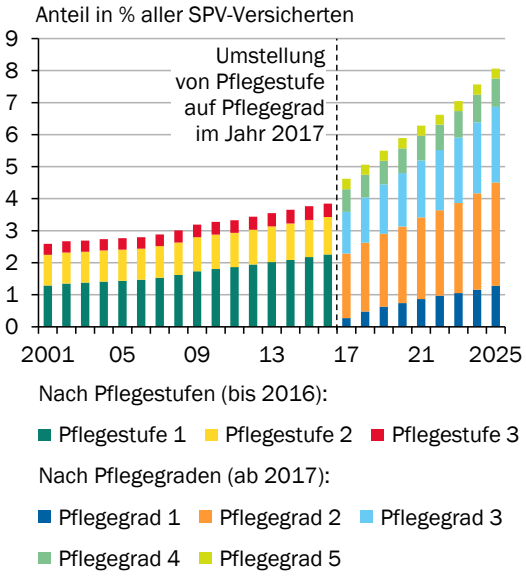
↘ ABBILDUNG 57

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

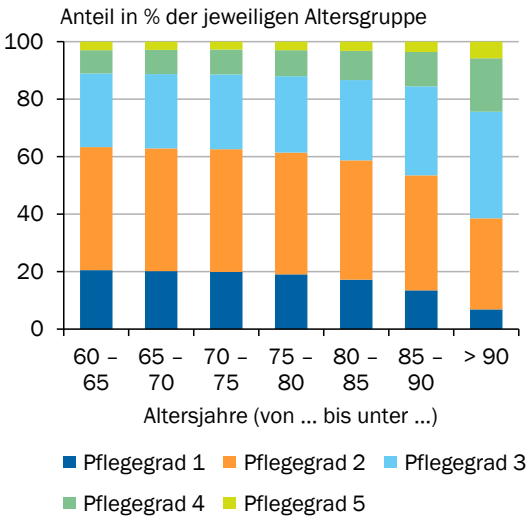
Anteil der Pflegebedürftigen[1] steigt ab einem Alter von 75 Jahren stark an



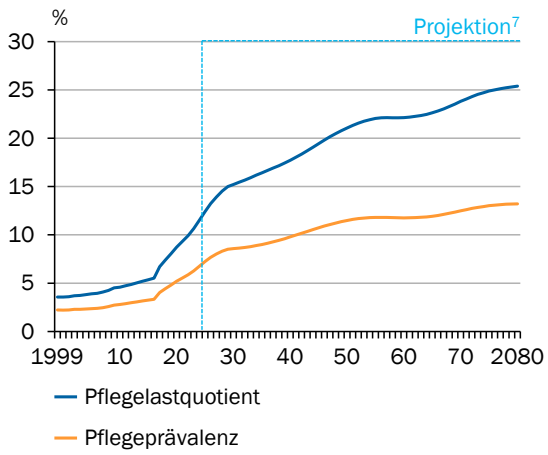
Anstieg der Leistungsempfangenden[2] der SPV vor und nach Einführung des PSG II[3]



Pflegeintensität steigt in den letzten Lebensjahren stark an[4]



Pflegelastquotient[5] steigt deutlich stärker an als Pflegeprävalenz[6]



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

Quellen: BMG, SIM.24, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-083-01

283. **Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, variiert systematisch mit Einkommen und Beruf** (Geyer et al., 2021). Armutsgefährdete Männer, d. h. mit einem Einkommen unterhalb von 60 % des Medianeinkommens, werden im Durchschnitt fast sechs Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit einem Einkommen von mehr als 150 % des Medianeinkommens. Bei Frauen beträgt dieser Abstand knapp vier Jahre. Beschäftigte mit überwiegend körperlicher Tätigkeit werden im Mittel rund vier Jahre früher pflegebedürftig als Beschäftigte im Beamtendienst.

284. **Pflegebedürftigkeit entsteht aus medizinischer Sicht aufgrund multipler Faktoren.** Bei älteren Menschen geht sie häufig auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Langzeitfolgen von Krebserkrankungen, körperliche Einschränkungen infolge chronischer Krankheiten sowie auf psychische und kognitive Beeinträchtigungen zurück (Gerlinger, 2022). Eine besondere Bedeutung kommt neurodegenerativen Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit und der Parkinson-Krankheit zu, die mit fortschreitenden kognitiven Einschränkungen bis hin zu Demenz und mit zunehmenden funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen können. Auch soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden, die subjektive Gesundheitseinschätzung, das Geschlecht sowie Wechselwirkungen mit der Medikation beeinflussen das individuelle Pflegerisiko (Jacobs et al., 2017). Für die im Jahr 2023 verstorbenen Pflegebedürftigen betrug die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit 46,8 Monate (Rothgang und Müller, 2024). Davon zu unterscheiden ist die stichtagsbezogene Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit. Diese belief sich im Jahr 2023 auf 57,3 Monate. Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen lag die Verweildauer in einer solchen Einrichtung zu diesem Stichtag bei 37,8 Monaten.

285. **Ob mit steigender Lebenserwartung die Pflegeprävalenz der Bevölkerung steigt**, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, **ist schwierig abschätzbar**. Bei einer qualitativen Verbesserung der Morbidität ↘ GLOSSAR ist davon auszugehen, dass mehr Menschen bis ins höhere Alter mit chronischen Erkrankungen leben, dabei jedoch länger funktional leistungsfähig bleiben. ↘ ZIFFER 217 Gleichzeitig ist zu erwarten, dass altersassoziierte Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Schlaganfälle, Frakturen oder demenzielle Erkrankungen sowie multimorbide gesundheitliche Probleme häufiger auftreten (Rechel et al., 2013).

286. **Die demografische Alterung dürfte** bis Ende der 2070er-Jahre **zu einer steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen beitragen**. Dies gilt unter der Annahme konstanter altersspezifischer Pflegeprävalenzen, also wenn der Anteil der Pflegebedürftigen in den einzelnen Altersgruppen unverändert bleibt. Die geburtenstarken Jahrgänge, geboren zwischen den Jahren 1955 und 1969 (Babyboomer), werden den Arbeitsmarkt voraussichtlich bis zum Jahr 2035 nahezu vollständig verlassen haben. Im Jahr 2030 erreicht der erste geburtenstarke Jahrgang, Geburtsjahr 1955, die Schwelle von 75 Lebensjahren, ab der das Risiko, pflegebedürftig zu sein, deutlich zunimmt. ↘ ABBILDUNG 57 OBEN LINKS Zudem verschiebt sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenzahlen und einer steigenden Lebenserwartung.

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

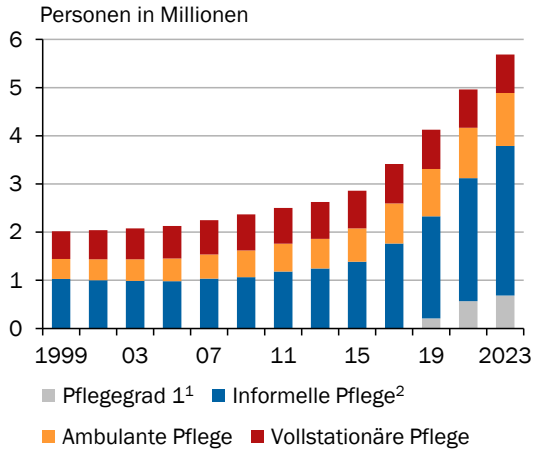
2. Pflegende

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

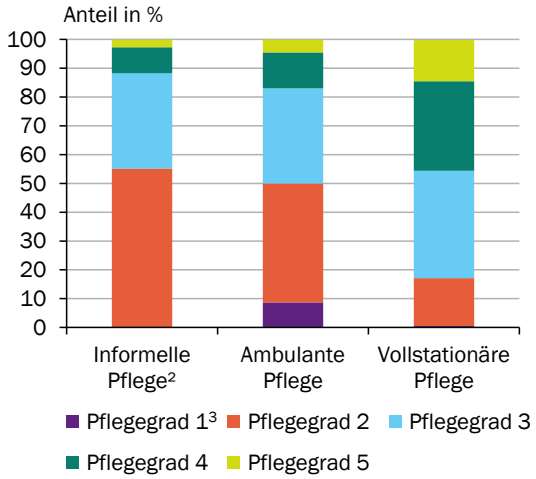
↘ ABBILDUNG 58

Entwicklung und Verteilung der pflegerischen Versorgung

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



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



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

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

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

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

↘ KASTEN 17

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

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

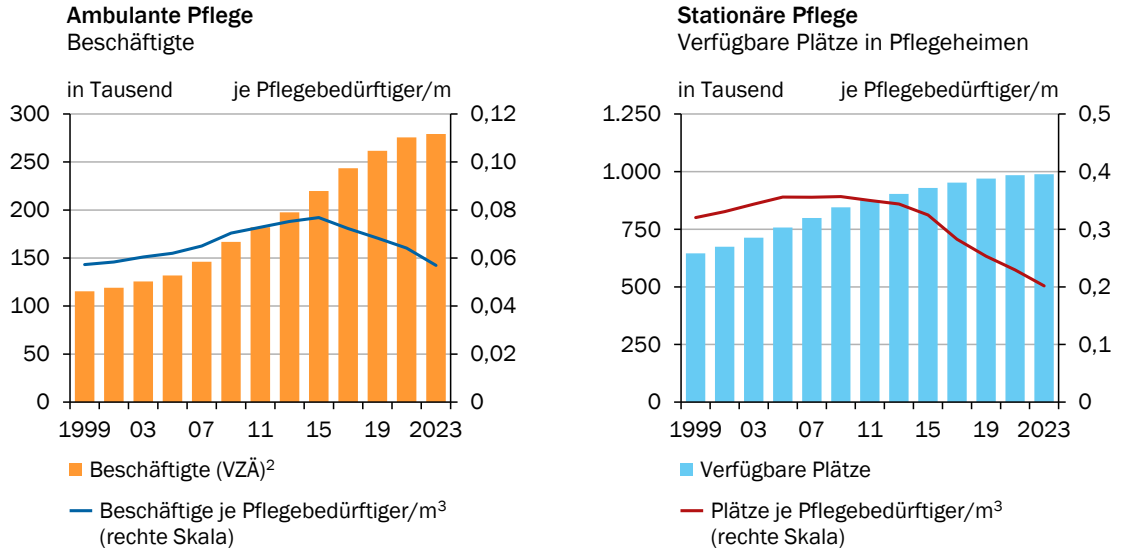
In der Praxis existieren drei Arbeitsmodelle: das Arbeitgeber-, das Entsende- und das Selbständigenmodell. Im Arbeitgebermodell ist die pflegebedürftige Person oder jemand aus ihrem Haushalt selbst Arbeitgeber der betreuenden Person. Im Entsendemodell beschäftigt und entsendet eine Agentur die betreuende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

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

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

↘ ABBILDUNG 59

Entwicklung des Angebots in ambulanter und stationärer Pflege[1]



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

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

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

↘ KASTEN 18

Fokus: Alternative Versorgungskonzepte in der Pflege

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

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

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

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

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

290. Die **Angebots(-infra-)struktur** der Pflege ist in Deutschland durch einen freien Marktzutritt der Anbieter bestimmt. Sie wird nur begrenzt staatlich gesteuert (Klie et al., 2025). Dies unterscheidet den Pflegebereich grundlegend vom Gesundheitswesen, in dem die Kapazitäten von Krankenhäusern sowie ambulanten Arztpraxen staatlich reguliert sind, um eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen (Greß und Jesberger, 2023). Die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt formal bei den Ländern (§ 9 SGB XI). Dazu leisten manche Länder Zuschüsse zu den **Investitionskosten** von Pflegeeinrichtungen, die ansonsten von den Pflegebedürftigen zu tragen wären. Die Höhe der Investitionskostenförderung unterscheidet sich zwischen den Ländern deutlich. Diese sollte sich ursprünglich an den Einsparungen der Sozialhilfeträger durch die Leistungen der SPV orientieren (rund 5 bis 6 Mrd Euro jährlich), lagen in der Praxis mit 1,0 Mrd Euro im Jahr 2024 aber deutlich darunter (GKV-Spitzenverband, 2024; BMG, 2025a). ↘ ZIFFER 351 Die Förderung kann entweder als subjektorientierte Förderung, etwa als einkommens- und vermögensabhängiges Pflegewohngeld, erfolgen oder, wie in der Mehrheit der Länder, als objektorientierte Förderung die Pflegeeinrichtungen direkt unterstützen (Ochmann und Braeseke, 2023). Die Investitionskostenförderung folgt in den meisten Ländern keiner systematischen regionalen Bedarfsplanung (Greß und Jesberger, 2023).

291. **Die Versorgung mit professionellen Pflegedienstleistungen ist regional sehr unterschiedlich.** Das Verhältnis von ambulanten Pflegekräften zu ambulant Pflegebedürftigen schwankte im Kreisvergleich im Jahr 2023 zwischen 0,15 (Donnersbergkreis) und 0,9 (Heidelberg); das von Pflegeheimplätzen zu stationär Pflegebedürftigen zwischen 0,5 (Straubing-Bogen) und 2,4 (Goslar) (BBSR, 2025). Stellenweise zeigen sich demnach regionale Knappheiten oder Überkapazitäten. Auch bei der Verfügbarkeit spezialisierter Angebote gibt es deutliche regionale Unterschiede, beispielsweise bei der Versorgung von Demenzkranken oder der Palliativversorgung (Ditscheid et al., 2023; WIdO, 2025). Für eine genauere Betrachtung der regionalen Pflegeinfrastruktur und ihrer Auslastung sowie einer Bewertung etwaiger regionaler Kapazitätsengpässe und ihrer Ursachen fehlt die notwendige Datengrundlage. Dies erschwert auch die bedarfsgemäße Planung. Eine entsprechende Datengrundlage soll bis Ende des Jahres 2026 erstellt werden (BMG, 2025a).

292. **Die Qualität der Pflege wird durch die Vergütungsstruktur und Trägerschaft der Pflegeanbieter beeinflusst.** So kann Vergütung nach Zeit statt nach Leistung eine flexiblere und bedarfsgerechtere Pflege ermöglichen (Büscher et al., 2007; Miller, 2009). ↘ KASTEN 19 Studien für die USA zeigen, dass auch die Art der Trägerschaft die Qualität der Pflege und die Gesundheit der Pflegebedürftigen kausal beeinflusst. Gewinnorientierte Trägerschaft geht mit höheren Hospitalisierungsraten einher als bei gemeinwohlorientierten Anbietern (Grabowski et al., 2013; Bos et al., 2017). Zudem haben Pflegeheime mit Private-Equity-Beteiligung höhere Mortalitätsraten als andere private Anbieter (Gupta et al., 2024).

↘ KASTEN 19

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

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

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

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

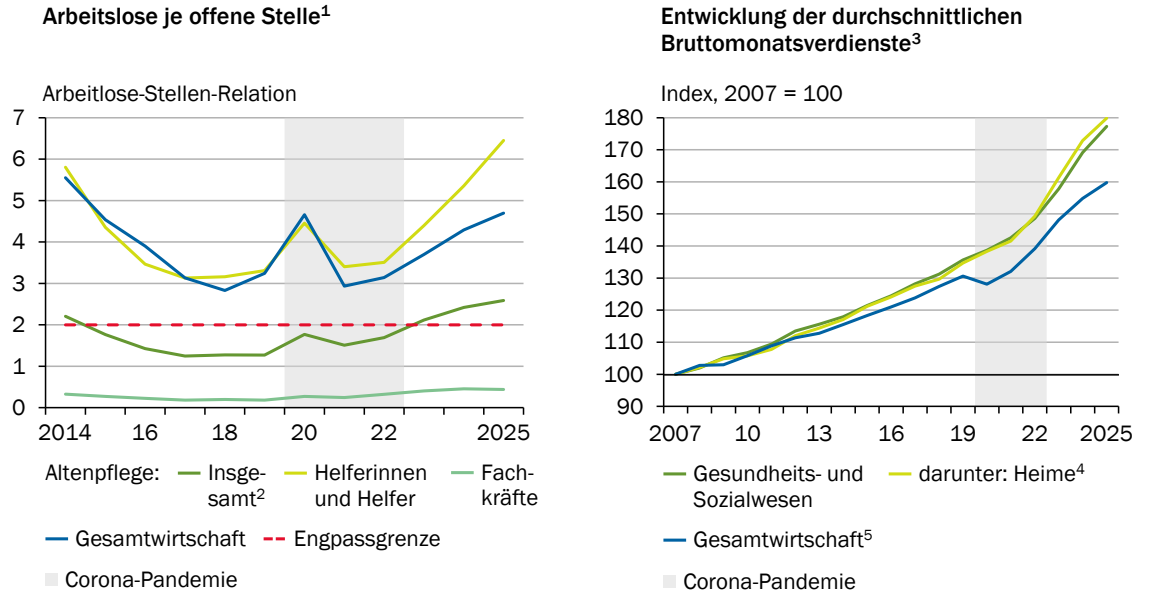
In der stationären Pflege gibt es diese Wahlmöglichkeit nicht. Das monatliche Heimentgelt ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner gleich hoch und umfasst die pflegebedingten Aufwendungen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskosten und eine Umlage für Ausbildungskosten. Diese Preise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

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

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

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

↘ ABBILDUNG 60
Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege



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

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

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

III. ABSICHERUNG DES PFLEGERISIKOS

1. Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung

296. Bis zum Jahr 1995 mussten in Deutschland die Pflegebedürftigen und deren Angehörige für die finanziellen Belastungen aus Pflegebedürftigkeit aufkommen. Da Teile der Bevölkerung nur unzureichend für diesen Fall vorsorgten, kam es zu einer steigenden Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Bundesregierung, 1993). **Zur Schließung dieser Vorsorgelücke und zur Konsumglättung der Haushalte im Lebenszyklus wurde im Jahr 1995 eine verpflichtende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt** und mit der SPV der fünfte Zweig der Sozialversicherung etabliert. Durch die Versicherungspflicht sollten zwei Anreizprobleme überwunden werden, die bei einer rein freiwilligen Versicherung zu einer zu geringen Versicherungsabdeckung führen könnten. Einerseits besteht das Problem adverser Selektion, das aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen Versicherten und Versicherern dazu führen kann, dass Personen mit niedriger Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit es vorziehen, sich nicht zu versichern (Rothschild und Stiglitz, 1976; Finkelstein und McGarry, 2006). Dieses unvollständige Risikopooling führt für die verbleibenden Beitragszahlenden zu einem höheren Prämienniveau. Andererseits besteht das Moral-Hazard-Problem, bei dem Menschen es im Vertrauen auf die staatliche Grundsicherung vorziehen, sich nicht freiwillig zu versichern.

297. Durch die **Ausgestaltung als umlagefinanziertes System** mit Beitragszahlungen, die sich am Einkommen und einheitlichen Leistungsansprüchen orientieren, **sollte dem Grundsatz Rechnung getragen werden**, dass die **Pflegebedürftigkeit** ein **elementares Lebensrisiko** darstellt, das zumindest **teilweise solidarisch getragen werden sollte**. Ziel der Pflegeversicherung war es jedoch nicht, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit vollständig abzusichern. Vielmehr ging es darum, dafür zu sorgen, dass ein überwiegender Teil der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sein würde (Bundesregierung, 1993). Die Pflegeversicherung ist deshalb als Teilversicherungssystem ausgestaltet und orientiert sich am Subsidiaritätsprinzip. ↘ GLOSSAR Der Einsatz eigener Mittel der Pflegebedürftigen und auch die Unterstützung von Familienangehörigen wird demnach vorausgesetzt. Diese Ausgestaltung begrenzt typische Moral-Hazard-Risiken von Vollversicherungen, die sich z. B. in einer Überinanspruchnahme von Leistungen zeigen können. ↘ ZIFFER 199 So zeigen Konetzka et al. (2019) für die USA, dass Pflegebedürftige mit einer privaten Pflegeversicherung insbesondere mehr häusliche Pflegeleistungen nutzen als ohne.

298. Träger der SPV sind die Pflegekassen, die organisatorisch unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesiedelt sind. Alle Versicherten der

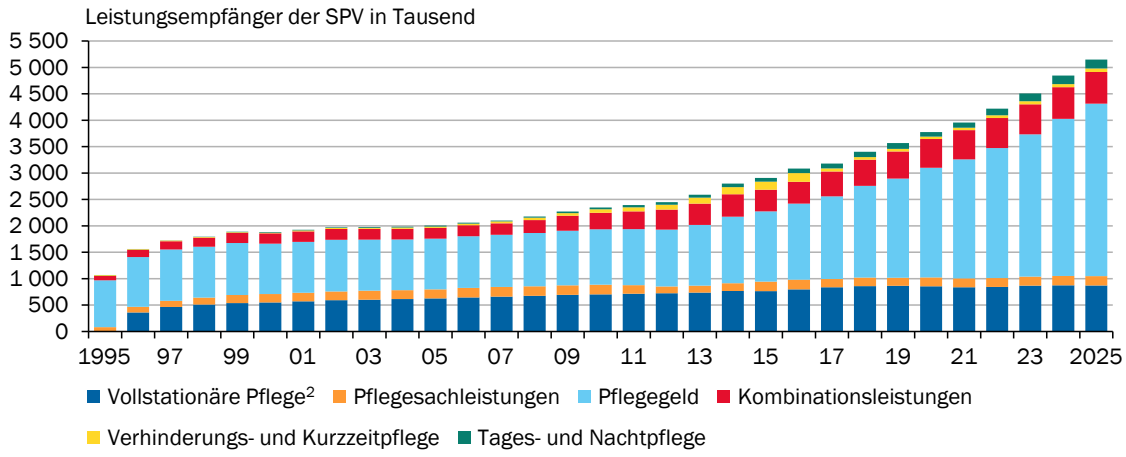
GKV sind auch automatisch in der SPV versichert. ↘ PLUSTEXT 9 Personen, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, sind ebenfalls verpflichtet, eine private Pflegeversicherung (PPV) abzuschließen. Anders als bei Krankenversicherungen ist der Leistungsumfang sowohl für die SPV als auch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

299. **Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Bedarfsprinzip.** ↘ GLOSSAR Sie sind abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und werden nach Art der Versorgung differenziert. ↘ PLUSTEXT 15 ↘ TABELLE 13 Die Pflegeversicherung folgt dabei dem Grundsatz „ambulant vor stationär". Pflegebedürftige sollen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden und nur in Fällen, in denen dies gemessen am Pflegebedarf nicht mehr möglich ist, in eine stationäre Einrichtung umziehen. Finanziell fördert die Pflegeversicherung diesen Grundsatz z. B. über die Gewährung von Pflegegeld, Pflegesachleistungen und die Übernahme von Rentenversicherungsbeiträgen von Pflegenden. Für die stationäre Pflege hatte der Gesetzgeber die Übernahme der pflegebedingten Kosten vorgesehen, nicht jedoch der Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Bundesregierung, 1993). ↘ ZIFFER 313 Faktisch tragen Pflegebedürftige in der stationären Versorgung heute auch Teile der pflegebedingten Kosten, Investitionskosten und Kosten für die Ausbildung der Pflegekräfte.

300. Der hohe Anteil informeller und ambulanter Pflege spiegelt sich in der Inanspruchnahme von Leistungen der SPV wider. ↘ ABBILDUNG 61 **Am häufigsten werden Leistungen zur Unterstützung der Pflege zu Hause in Anspruch**

↘ ABBILDUNG 61

Entwicklung der Zusammensetzung der in Anspruch genommenen Leistungen der SPV[1]



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

Quelle: BMG

© Sachverständigenrat | 26-057-01

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

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

↘ PLUSTEXT 15

Hintergrund: Zentrale Leistungen der Pflegeversicherung

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

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

↘ TABELLE 13

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2026 gegenüber der Pflegeversicherung[1]

		Pflegegrad				
		1	2	3	4	5
Pflegegeld[2]	Euro	0	347	599	800	990
Pflegesachleistungen[2,3]	Euro	0	796	1 497	1 859	2 299
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro	224	224	224	224	224
Entlastungsbetrag	Euro	131	131	131	131	131
Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege[3,4]	Euro	0	3 539	3 539	3 539	3 539
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege[3]	Euro	0	721	1 357	1 685	2 085
Vollstationäre Pflege[5]	Euro	131	805	1 319	1 855	2 096
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Euro	42	42	42	42	42
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	100 % der Kosten[6]					
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	4 180 Euro je Maßnahme und Pflegebedürftigem im Haushalt					
Digitale Pflegeanwendungen	Euro	40	40	40	40	40
Ergänzende Unterstützungsleistungen	Euro	30	30	30	30	30
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	Euro	0	198,62	316,32	514,94	735,63
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Euro	0	51,42	51,42	51,42	51,42
Zuschüsse zur Krankenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit[7]	Euro	230,71	230,71	230,71	230,71	230,71
Zuschüsse zur Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	Euro	47,46	47,46	47,46	47,46	47,46
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitszeitverhinderung	Für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr: 90 % bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts					

1 – Alle Beträge werden monatlich ausgezahlt. 2 – Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden. 3 – Pflegebedürftige können unter bestimmten Voraussetzungen (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von 131 Euro pro Monat für diese Leistungen einsetzen. 4 – Wird die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder erbracht, beträgt der Jahresbetrag das Zweifache des Pflegegelds. Anwendbar für Pflegeaufwendungen für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. 5 – Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: Ab dem ersten Monat 15 % des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 30 %, nach 24 Monaten 50 % und nach 36 Monaten 75 %. 6 – Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 Euro je Pflegehilfsmittel, zu leisten. 7 – Zur Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,9 % in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Quelle: BMG

© Sachverständigenrat | 26-007-01

2. Finanzielle Situation der SPV

302. **Die SPV ist fast ausschließlich beitragsfinanziert.** ↘ ABBILDUNG 62 OBEN Der Beitragssatz ist seit Einführung der SPV von zunächst 1,0 % im Jahr 1995 auf zuletzt 3,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen ↘ ZIFFER 194 im Jahr 2026 angestiegen. Kinderlose Mitglieder zahlen einen Zuschlag in Höhe von 0,6 Prozentpunkten. Vom zweiten bis zum fünften Kind werden Abschläge in Höhe von 0,25 Prozentpunkten pro Kind vorgenommen. Der Beitragssatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR erhoben und von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden jeweils zur Hälfte aufgebracht. Die Pflegekassen ziehen die Beiträge ein und behalten so viele Mittel, wie sie zur Ausgabendeckung im laufenden Monat benötigen. Überschüssige Einnahmen werden an den Ausgleichsfonds abgeführt. ↘ PLUSTEXT 16

↘ PLUSTEXT 16

Hintergrund: Ausgleichsfonds

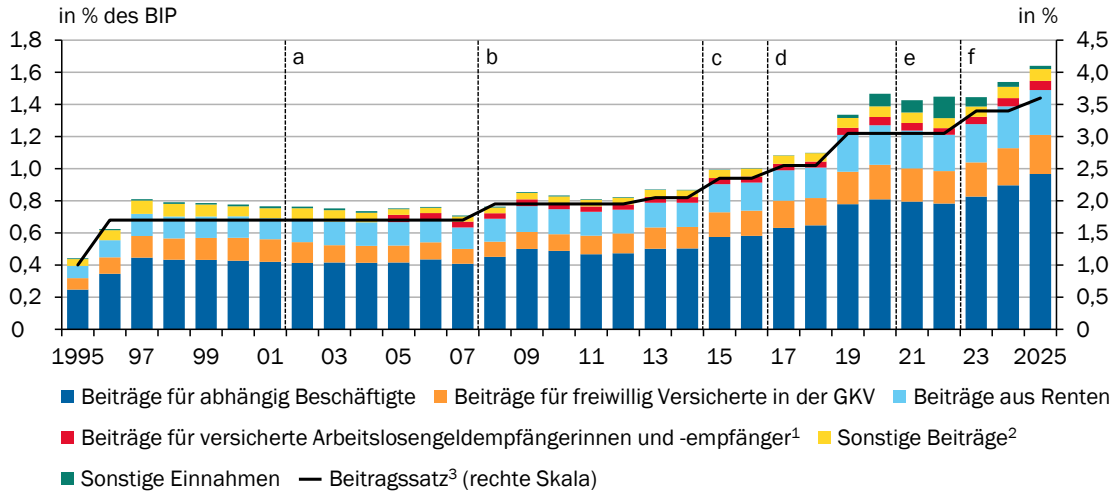
Ein zentrales Steuerungselement der SPV ist der Ausgleichsfonds, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet wird. Er dient einerseits als Liquiditätsreserve und stellt andererseits einen Finanzausgleich zwischen den einzelnen Pflegekassen her, um der unterschiedlichen Risikostruktur der einzelnen Pflegekassen Rechnung zu tragen. Die Ausgabendeckungsquote legt fest, wie hoch die im Ausgleichsfonds vorzuhaltende Reserve im Verhältnis zu einer durchschnittlichen Monatsausgabe sein soll.

303. Die SPV hat seit dem Jahr 2020 in unregelmäßigen Abständen Steuerzuschüsse vom Bund erhalten, ↘ ABBILDUNG 62 OBEN um durch die Corona-Pandemie bedingte Mehrausgaben auszugleichen. ↘ KASTEN 20 Anders als in anderen Sozialversicherungszweigen, in denen Steuerzuschüsse zur pauschalen Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen (NBL) gezahlt werden, war dies in der SPV lange Zeit nicht vorgesehen. Im Jahr 2022 wurde eine **pauschale Beteiligung des Bundes** an den Aufwendungen der SPV mit jährlich 1 Mrd Euro beschlossen, die zur Haushaltskonsolidierung in den Jahren 2024 bis 2027 jedoch wieder ausgesetzt wurde. Ab dem Jahr 2028 soll dieser Bundeszuschuss wieder gezahlt werden.

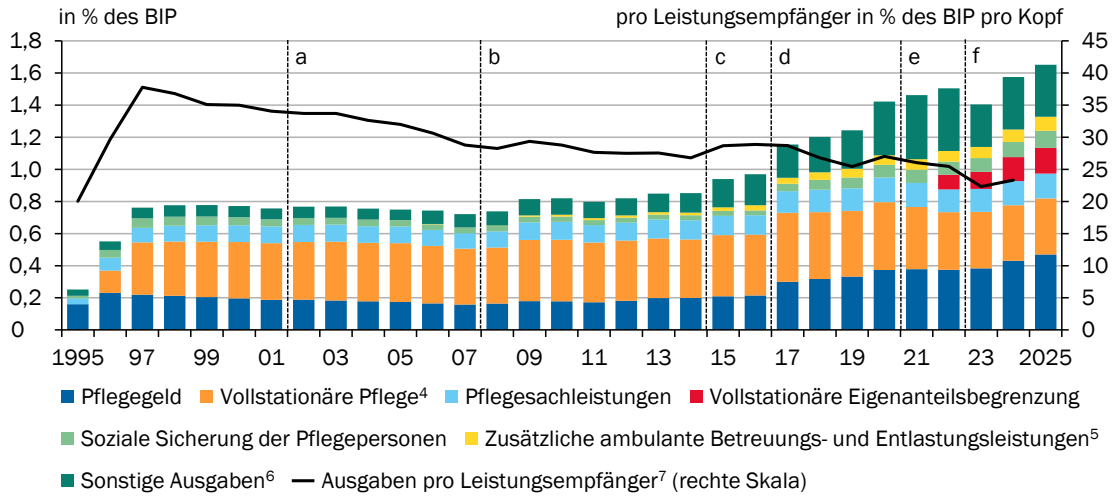
↘ ABBILDUNG 62

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV

Einnahmen: Finanzierung fast ausschließlich über Beiträge



Ausgaben: Erweiterung des Leistungszugangs und der -ansprüche trugen maßgeblich zum Anstieg bei



1 – Umfasst ALG I- und ALG II-Empfängerinnen und Empfänger. 2 – Einschließlich der Differenz zu den Gesamtbeiträgen. 3 – Stand: 1. Juli des jeweiligen Jahres. Ohne Berücksichtigung des im Jahr 2005 eingeführten Kinderlosenzuschlags. 4 – Ohne die Leistungsausgaben für vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, aber einschließlich der stationären Vergütungszuschläge und der Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen. 5 – Beinhaltet den im Rahmen im Jahr 2017 durch das PSG II eingeführten Entlastungsbetrag zur Unterstützung Pflegebedürftiger. 6 – Einschließlich der Leistungsausgaben für Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Hilfsmittel und Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung, vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Pflegeberatung, sonstige Leistungsausgaben, die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes, Verwaltungsausgaben und Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds. 7 – In den Jahren 1995 und 1996 zeigen sich Einführungseffekte. Die erste Stufe des Pflege-Versicherungsgesetzes sah lediglich die Übernahme von Leistungen im ambulanten Bereich vor. Zum 1. Juli 1996 wurde in einer zweiten Stufe des Gesetzes auch die Übernahme von Leistungen im stationären Bereich eingeführt.

a – Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2002. b – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008. c – 1. Pflegestärkungsgesetz (PSG I) 2015. d – 2. und 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG II + III) 2017. e – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) 2021. f – Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) 2023.

Quellen: BMAS, BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-009-01

↘ KASTEN 20

Fokus: Nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) in der SPV

Die SPV bezahlt wie die GKV ↘ KASTEN 10 und die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) nicht nur Leistungen für beitragspflichtige Mitglieder, sondern auch andere Leistungen, die als versicherungsfremde Leistungen klassifiziert werden können. Dabei handelt es sich um Leistungen, die von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind und eigentlich aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden sollten. Welche Leistungen der SPV hierunter fallen, ist gesetzlich nicht klar definiert und umstritten. Wie bei der GKV könnte hierunter die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern sowie Kindern gezählt werden.

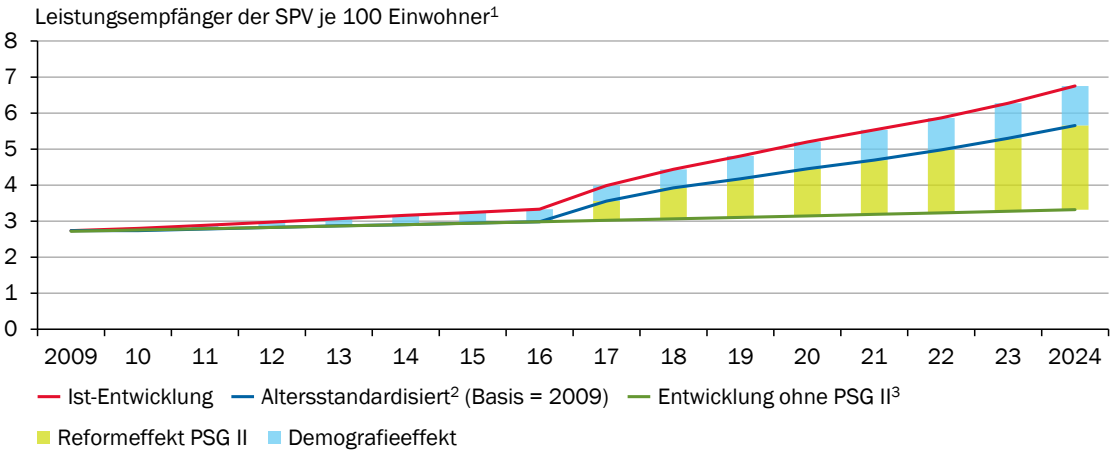
Umstritten ist, ob Lohnersatzleistungen in Form des Pflegeunterstützungsgelds für Pflegende bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a SGB XI) oder die Beiträge zur Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung für Personen, die nicht erwerbsmäßig Angehörige pflegen (§ 44 SGB XI; Bundesrat, 2019), als versicherungsfremde Leistungen einzustufen sind. Zum einen übernimmt die Pflegeversicherung die Sozialversicherungsbeiträge als Teil der Arbeitskosten, wenn stattdessen professionelle Pflegekräfte die Pflegeleistungen erbringen. Zum anderen wird die Attraktivität der Laienpflege, die günstiger ist als professionelle Pflege, durch die soziale Absicherung der Angehörigen erhöht, was die Ausgaben der SPV potenziell begrenzt (Greß et al., 2019). Die soziale Sicherung von Pflegenden hat im Jahr 2025 Ausgaben in Höhe von 4,8 Mrd Euro verursacht (BMG, 2026b). Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ schätzt, dass eine steuerliche Bezuschussung der Rentenbeiträge für nicht erwerbsmäßig Pflegende den Beitragssatz der Pflegeversicherung unmittelbar um etwa 0,3 Prozentpunkte senken würde (BMG, 2025a).

Als einmalige NBL kann zudem die Erstattung der Corona-Pandemie-bedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen betrachtet werden. Im Rahmen des Pflege-Rettungsschirms hat die SPV Pflegeeinrichtungen von März 2020 bis Juni 2022 insgesamt 7,3 Mrd Euro gezahlt. Darüber hinaus trugen die Pflegekassen Testkosten in Höhe von 4,4 Mrd Euro und den Pflegebonus von rund 1,4 Mrd Euro. Der Ausgleichsfonds wurde dadurch stark belastet. Ein Rechtsgutachten im Auftrag der DAK-Gesundheit stuft die Finanzierung dieser Kosten aus Beitragsmitteln der SPV als unzulässige Zweckentfremdung ein (Felix, 2024). Dementsprechend wird eine vollständige Rückzahlung dieser Kosten aus Steuermitteln gefordert. Der Bund hat dem Ausgleichsfonds zur Kompensation dieser Ausgaben bisher Steuermittel in Höhe von 5,5 Mrd Euro bereitgestellt. Abzüglich einer GKV-Umlage zur Beteiligung an den Pandemiekosten der SPV in ambulanten und stationären Hospizen (§ 150 Abs. 4 SGB XI) in Höhe von 1,6 Mrd Euro verbleibt bei der SPV ein Fehlbetrag von 6 Mrd Euro. Der Sozialverband VdK strebt Musterklagen gegen die Zweckentfremdung der Beitragsmittel an (Frediani, 2026).

304. Bis zum Jahr 2008 stagnierten die Ausgaben der SPV gemessen am BIP. Danach folgte eine Phase mit lediglich geringen Steigerungen aufgrund angepasster Leistungen ↘ ABBILDUNG 64 und der demografischen Entwicklung. ↘ ABBILDUNG 63 **In Folge der PSG-II-Reform steigen die Ausgaben der SPV seit dem Jahr 2017 stark an.** Maßgeblich hierfür ist die Verdoppelung der Anzahl der sozialrechtlich registrierten Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2017 und 2024. Dieser Anstieg ging zu 70 % auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments (NBA) im Rahmen der PSG-II-Reform zurück und überstieg die Erwartungen bei Einführung der Reform bei Weitem (Bundesregierung, 2015). ↘ ABBILDUNG 63 Der starke Anstieg ist nicht allein auf die Ausdehnung des Leistungskatalogs auf Personen mit kognitiven und psy-

↘ ABBILDUNG 63

Einfluss von Demografie und PSG II auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz
Anstieg der Pflegeprävalenz nur in geringem Maße demografisch bedingt



1 – Ab dem Jahr 2011: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011, ab dem Jahr 2022: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2022. 2 – Als Basis für die Altersstandardisierung wurde das Jahr 2009 zugrunde gelegt. 3 – Als Basis dient die altersstandardisierte Zeitreihe, die ab dem Jahr 2017 mit dem linearen Trend der Jahre 2009 bis 2016 fortgeschrieben wird.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-060-01

chischen Beeinträchtigungen zurückzuführen. Auch die Absenkung der Schwellenwerte – sowohl zur Erreichung der neuen Pflegegrade als auch zur Berechnung der Punktwerte innerhalb der Module des NBA – unterhalb des vom Expertenbeirat im Jahr 2013 fachlich empfohlenen Niveaus hat die Zugangshürden zu Leistungen der SPV gesenkt und Einstufungen in höhere Pflegegrade erleichtert (BMG, 2025c). ↘ PLUSTEXT 17 Bei der Überleitung aller Pflegebedürftigen aus den Pflegestufen in die Pflegegrade Ende des Jahres 2016 kam es außerdem in der Regel zu einer Besserstellung, verbunden mit höheren Ansprüchen und Mehrausgaben (BMG, 2013; Rothgang et al., 2019). Rund 29 % der Überleitungsfälle aus dem Jahr 2017 bezogen im Jahr 2024 noch Leistungen der SPV.

↘ PLUSTEXT 17

Hintergrund: Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde im Jahr 2012 vom BMG eingesetzt. Seine Aufgabe bestand darin, ein wissenschaftlich fundiertes Begutachtungsinstrument zu entwickeln, und die Umsetzung eines stärker an Selbstständigkeit orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der SPV vorzubereiten (BMG, 2013). Kern der Empfehlungen war die Abkehr von der minutengenauen Leistungslogik hin zu einer Bewertung von Selbstständigkeit. An die Stelle von Minutenwerten traten punktbasierte Zugangsschwellen zwischen Pflegegraden, die eine fachlich konsistente Abgrenzung ermöglichen sollten. Dadurch konnten insbesondere kognitive und psychische Einschränkungen sowie Aspekte der Alltagsgestaltung besser berücksichtigt werden. Der Ansatz wurde sowohl von den späteren Anwendern als auch in der Wissenschaft grundsätzlich positiv bewertet, insbesondere wegen der differenzierteren Erfassung von Selbständigkeitspotenzialen und Bedarfen (GKV-Spitzenverband, 2015). Zugleich wurden früh

Umsetzungsfragen und konzeptionelle Grenzen diskutiert, etwa hinsichtlich der Einheitlichkeit der Begutachtung und der begrenzten Eignung für Personalbemessung (Rothgang et al., 2015; Brühl et al., 2016). Im politischen Umsetzungsprozess wich der Gesetzgeber jedoch in zentralen Punkten von den Empfehlungen des Expertenbeirats ab. Insbesondere wurden die Schwellenwerte zur Erreichung der Pflegegrade 1 bis 3 abgesenkt und die Schwellenwerte in den Modulen 1 (Mobilität), 4 (Selbstversorgung) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) des NBA, die die bei der Begutachtung erreichten Punktwerte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, niedriger gewählt. Außerdem wurde durch umfassendere Bestandsschutzregeln sichergestellt, dass es im Zuge der Systemumstellung zu keinen Leistungsverschlechterungen kommen würde.

305. Eine automatische Dynamisierung der Leistungen der SPV ist nicht vorgesehen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde die Bundesregierung beauftragt, erstmals im Jahr 2014 und anschließend im Dreijahresrhythmus die Leistungsbeträge zu überprüfen und über Anpassungsbedarf zu entscheiden. Der Maßstab dieser Prüfung ist die kumulierte Inflationsentwicklung der vorangegangenen drei Jahre, gemessen an der Kerninflationsrate (§ 30 SGB XI). Die Erhöhung darf den Anstieg der Bruttolöhne im selben Zeitraum nicht überschreiten. Im Zeitverlauf erfolgten die Anpassungen – auch vor dem Hintergrund politischer Zielsetzungen zur Stärkung der häuslichen Pflege – in Abhängigkeit von den Pflegegraden sehr ungleichmäßig. ↘ ABBILDUNG 64 **Im Jahr 2017 wurden die Leistungen der SPV im Rahmen der PSG-II-Reform sprunghaft erhöht**, vor allem beim Pflegegeld und den Pflegesachleistungen, mit Anpassungen, die deutlich über der Preisentwicklung lagen. Dies könnte zur steigenden Inanspruchnahme von Leistungen der SPV beigetragen haben, ↘ ZIFFER 301 wie dies z. B. für die Erhöhung der Leistungen für zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten (§ 45b SGB XI) der Fall gewesen ist (Rothgang et al., 2010, 2014, 2019). Mit dem Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes im Jahr 2023 wurde der Prüfauftrag der Bundesregierung aus dem Gesetz gestrichen. Stattdessen ist die nächste Erhöhung der Leistungen zum 01. Januar 2028 gesetzlich festgelegt (§ 30 SGB XI).

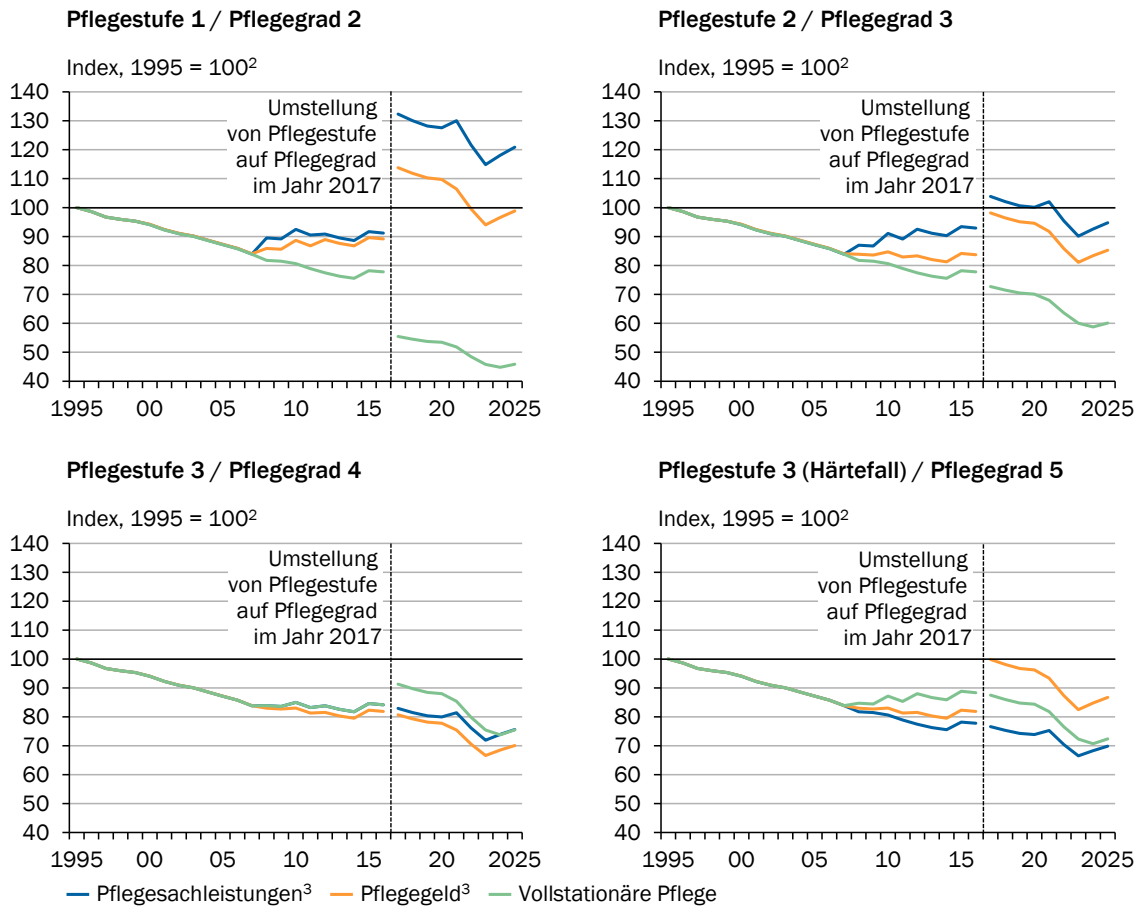
306. Im Jahr 2022 kam es mit Einführung des gestaffelten Leistungszuschlags auf die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Versorgung zu einer weiteren Leistungsausweitung. Dieser Leistungszuschlag steigt mit der Aufenthaltsdauer und wird unabhängig von der finanziellen Bedürftigkeit ausgezahlt (§ 43c SGB XI). **Die Einführung der Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege hat zu erheblichen Mehrausgaben der SPV beigetragen.** Nach Angaben des BMG (2024b) beliefen sich die Ausgaben der SPV für die Leistungszuschläge im Jahr der Einführung auf 3,6 Mrd Euro ↘ ABBILDUNG 62 UNTEN und fielen damit um 30 % höher aus als ursprünglich prognostiziert (BRH, 2024). Seitdem sind die Ausgaben kontinuierlich gestiegen und betrugen im Jahr 2025 7,1 Mrd Euro. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherungen könnten sie bis zum Jahr 2029 auf bis zu 13,9 Mrd Euro pro Jahr steigen (Bahnsen, 2025).

307. Aufgrund der beschriebenen Ausgabentreiber ist die **finanzielle Situation der SPV** derzeit defizitär, trotz wiederholter kräftiger Erhöhungen des Beitragssatzes und eines weiteren Anstiegs um 0,2 Prozentpunkte zu Beginn des Jahres 2025 auf 3,6 % (bzw. 4,2 % für Kinderlose, die älter als 23 Jahre sind). Auch die Liquiditätsreserven der Pflegekassen sind weitestgehend aufgebraucht. ↘ PLUSTEXT 16 Das BMG rechnet für die Jahre 2025 und 2026 mit Defiziten in Höhe von 0,5 Mrd Euro bzw. 3,5 Mrd Euro (BRH, 2025). Bis zum Jahr 2029 dürfte das jährliche Defizit ohne Anpassungen des Beitragssatzes auf 12,3 Mrd Euro anwachsen.

308. In Antizipation der steigenden Pflegebedürftigkeit der Babyboomer-Generation und der damit verbundenen finanziellen Belastungen für die SPV wurde im Jahr

↘ ABBILDUNG 64

Preisbereinigte Entwicklung ausgewählter Leistungen der SPV[1]



1 – Die Überleitung der Pflegebedürftigen von den Pflegestufen in die Pflegegrade erfolgte beim Jahreswechsel 2016/2017 in Abhängigkeit der jeweiligen Pflegestufe und der Alltagskompetenz. So wurden bspw. Pflegebedürftige mit Pflegestufe 1 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in den Pflegegrad 2 überführt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz hingegen wurden ausgehend von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3 überführt. Bei der Überleitung galt außerdem der Grundsatz, dass Pflegebedürftige finanziell nicht schlechter gestellt werden durften (Besitzstandsschutz §141 SGB XI). Die hier dargestellte Zuordnung versucht möglichst gleiche Pflegebedarfe gegenüberzustellen, entspricht aber nicht zwingend den Übergangspfaden zum Reformzeitpunkt. 2 – Der Index bezieht sich auf den preisbereinigten maximalen Leistungsanspruch eines Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeversicherung. Die Preisbereinigung erfolgte mit dem Verbraucherpreisindex. 3 – Berücksichtigt nicht die im Zeitraum von 2012 bis 2016 gültigen pauschalen Erhöhungen für Personen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz (demenzbedingte Funktionsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen).

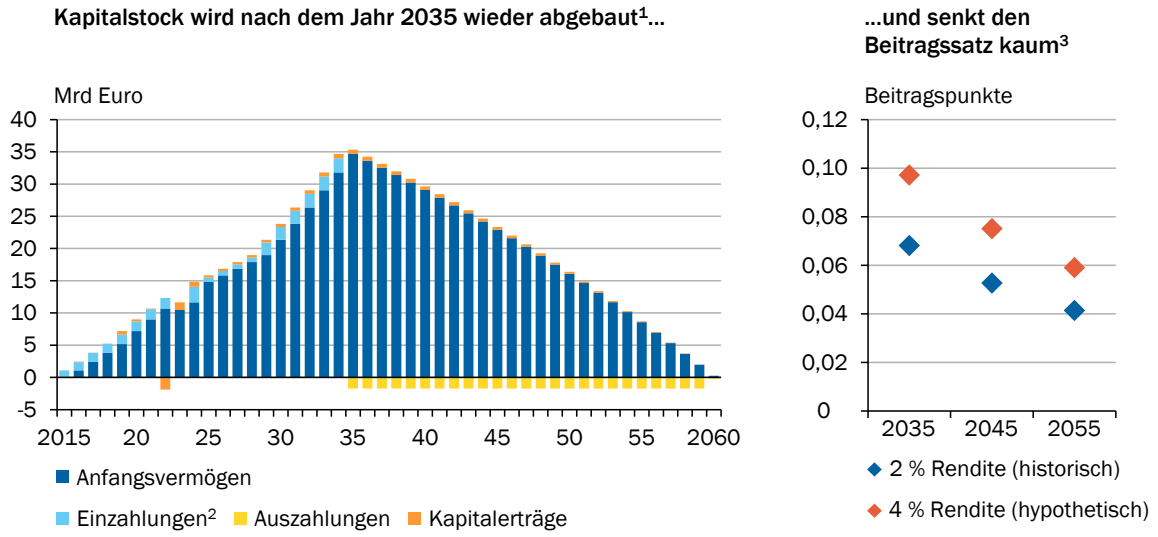
Quellen: Bundesverwaltungsamt, Deutsche Bundesbank, Portal Sozialpolitik, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-027-01

2015 der **Pflegevorsorgefonds (PVF)** eingerichtet. Diesem sollen jährlich Mittel in Höhe von 0,1 Prozentpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen zugeführt und bis zum Jahr 2034 durch die Deutsche Bundesbank unter Einbeziehung eines Anlageausschusses angelegt werden. Ab dem Jahr 2035 ist vorgesehen, die angesparten Mittel schrittweise zur Stabilisierung der künftigen Beitragssätze zu verwenden.

309. **Die Ausgestaltung des PVF weist mehrere strukturelle Schwächen auf** (Breyer, 2025). Erstens sind die jährlichen Zuführungen gering. Zweitens beginnt die Entnahmephase bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem der demografisch bedingte Ausgabenanstieg voraussichtlich noch nicht seinen Höhepunkt erreicht hat. Dieser wird erst um das Jahr 2050 erwartet. Als temporäre Reserve steht der Fonds damit gerade in der Phase besonders hoher Belastung nur noch eingeschränkt zur Verfügung. Drittens ist der Pflegevorsorgefonds institutionell nicht ausreichend gegen politische Kurzfristinteressen abgesichert. Die in den vergangenen Jahren wiederholt reduzierten oder ausgesetzten Zuführungen verdeutlichen die begrenzte Verlässlichkeit des bestehenden Rahmens. So wurde mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes im Jahr 2023 eine Mittelzuführung in Höhe von 1,7 Mrd Euro um ein Jahr verschoben. Zur Sanierung des Bundeshaushalts wurde der Bundeszuschuss zur SPV für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Diese fehlenden Mittel werden durch eine Reduzierung der Einzahlungen der SPV in den Vorsorgefonds um 1 Mrd Euro jährlich ausgeglichen. Schließlich ist, viertens, die Anlagestrategie vergleichsweise konservativ

↘ ABBILDUNG 65

Kapitalentwicklung und Beitragssatzeffekte des Pflegevorsorgefonds



1 – Tatsächliche Entwicklung bis zum Jahr 2025. Ab dem Jahr 2026 wird eine jährliche Rendite von 2 % unterstellt, welche die historische Rendite im Zeitraum 2016 bis 2024 approximiert. Negativzinsen und Verwaltungskosten können zu negativen Kapitalerträgen führen. 2 – Die Einzahlungen des Jahres 2023 erfolgte im Jahr 2024. 3 – Unterstellt wird die Entwicklung des linken Panels, sowie Beitragssatz- und SPV-Ausgabenentwicklungen gemäß den Simulationen in Werding et al. (2026). Bei einer höheren Rendite von 4 % werden Auszahlungen i. H. v. 6,8 % anstatt 5 % des Endvermögens 2034 unterstellt, um den Auszahlungszeitraum konstant zu halten.

Quellen: BMG, SIM.24, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-116-01

ausgerichtet, sodass die erzielte Rendite bislang gering ausfällt. Die bisherige annualisierte nominale Rendite beträgt rund 2 %. ↘ ABBILDUNG 65 Angesichts des langen Zeithorizonts ist dieses Renditeniveau deutlich geringer als möglich.

310. In seiner derzeitigen Ausgestaltung dürften die **positiven Effekte des PVF** auf die Finanzierung der SPV **begrenzt** bleiben. Unter der Annahme einer nominalen Rendite von 2 % und jährlicher Zuführungen in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten, ↘ ZIFFER 308 die aufgrund der zuletzt reduzierten bzw. ausgesetzten Einzahlungen erst ab dem Jahr 2028 wieder vollständig erfolgen sollen, ergibt sich bis zum Jahr 2035 ein Kapitalstock von rund 30 Mrd Euro. ↘ ABBILDUNG 65 LINKS Der Kapitalstock wird ab dem Jahr 2035 wieder abgebaut und dürfte den Beitragssatz bis zum Jahr 2055 um weniger als 0,1 Beitragssatzpunkte senken (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK, 2022; Bundesregierung, 2023). ↘ ABBILDUNG 65 RECHTS Selbst wenn künftig im PVF eine höhere nominale Rendite erreicht werden könnte, etwa durch eine weniger konservative Anlagestrategie, bliebe die künftige Entlastungswirkung begrenzt. ↘ ABBILDUNG 65 RECHTS Ohnehin dürften die Möglichkeiten dafür begrenzt sein, da die gesetzliche Grundlage des PVF vorsieht, dass der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren gänzlich abzubauen ist (§ 134 Abs. 2 SGB XI).

IV. EIGENANTEILE UND GESELLSCHAFTLICHE KOSTEN DER PFLEGE

1. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

311. **Die SPV übernimmt als Teilversicherungssystem lediglich einen Teil der Pflegekosten.** Der restliche Teil muss von den Pflegebedürftigen selbst aus Einkommen, Vermögen oder durch Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung finanziert werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Pflegebedürftige auch auf ergänzende allgemeine (z. B. Wohngeld-Plus) oder pflegespezifische staatliche Leistungen (z. B. Pflegewohngeld) zurückgreifen. In begrenztem Umfang können auch Angehörige zur Finanzierung der Pflegekosten herangezogen werden. Pflegebedürftige, bei denen die genannten Finanzierungsquellen nicht zur Deckung der Pflegekosten ausreichen, haben Anspruch auf Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“).

312. **Dies gilt auch für die häusliche Pflege, bei der trotz der Leistungen der SPV Eigenanteile bei den Pflegebedürftigen verbleiben.** Im Jahr 2019 berichteten 38,8 % und im Jahr 2023 44,7 % der Leistungsbeziehenden von privaten Zuzahlungen (Schwinger und Zok, 2024). Unter denjenigen, die solche Eigenzahlungen leisteten, lagen die durchschnittlichen monatlichen Kosten bei knapp 200 Euro im Jahr 2019 und bei 290 Euro im Jahr 2023. Der Anstieg ist maßgeblich auf höhere Zuzahlungen für ambulante Pflegedienste zurückzuführen. Diese Beträge könnten die tatsächliche Belastung jedoch unterschätzen, da größere Einmalaufwendungen, beispielsweise für altersgerechte Umbauten, sowie insbesondere nicht-monetäre Eigenbeiträge nicht erfasst werden. ↘ ZIFFERN 323 FF. Eigene Auswertungen auf Basis des SOEP legen nahe, dass etwa 20 % der Pflegebedürftigen ab 66 Jahren in Haushalten unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze leben. Bei nicht pflegebedürftigen Personen sind es 18 %.

313. **Auch die Zuzahlungen in der stationären Pflege sind in den vergangenen Jahren preisbereinigt kontinuierlich gestiegen.** ↘ ABBILDUNG 66 LINKS Sie setzen sich aus dem pflegebedingten Eigenanteil, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zusammen, die anteilig auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können. Ein wesentlicher Treiber dieses Anstiegs sind die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Lohnkosten des Pflegepersonals (Roth, 2026; vdek, 2026). ↘ ZIFFER 294

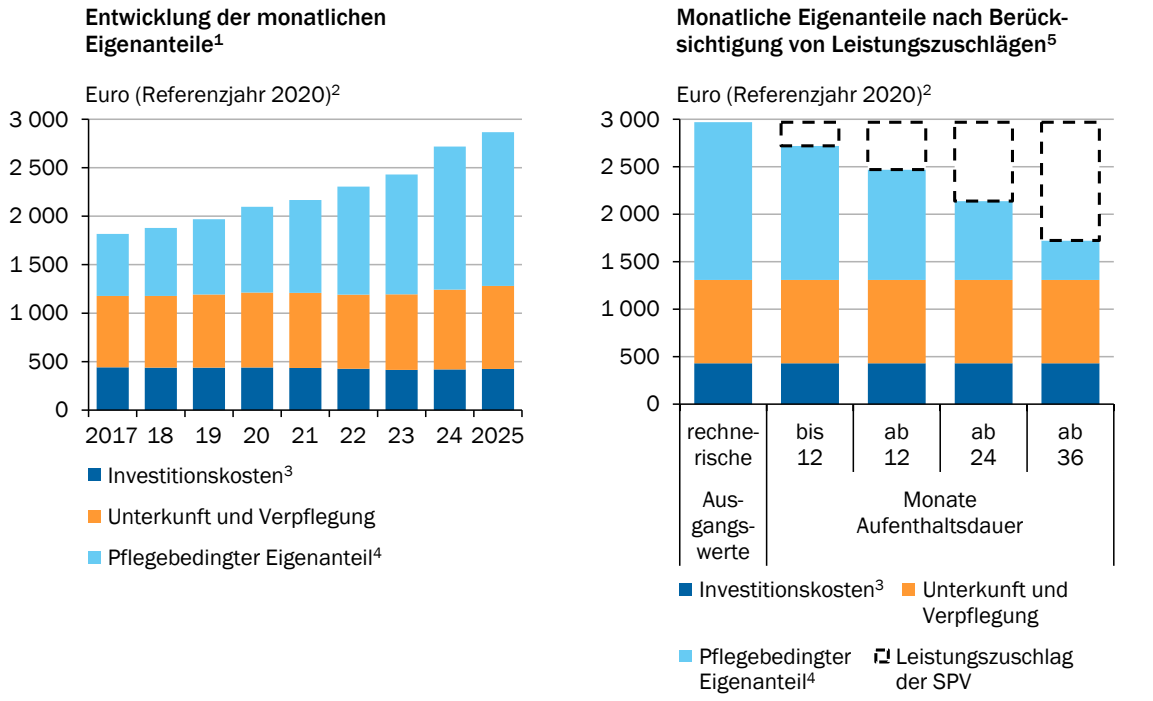
314. Der im Jahr 2022 eingeführte Leistungszuschlag mindert den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege und steigt mit der Aufenthaltsdauer. ↘ PLUSTEXT 15 Er hatte zum Ziel, die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen vor finanzieller Überforderung durch steigende Eigenanteile zu schützen und damit mittelbar auch die Inanspruchnahme der „Hilfe zur Pflege“ zu begrenzen. Dadurch reduziert sich der durch pflegebedürftige Personen zu zahlende pflegebedingte Eigenanteil deutlich. ↘ ABBILDUNG 66 RECHTS **Die Zahlung der Leistungszuschläge erfolgt ohne Berücksichtigung der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation** des

Pflegebedürftigen. In vergleichbaren sozialen Pflegeversicherungssystemen wie in Japan oder Korea erfolgt hingegen sowohl eine Einkommens- als auch eine Vermögensprüfung (Campbell et al., 2009; Karmann und Sugawara, 2021; OECD, 2024).

315. **Ein nennenswerter Teil der älteren Bevölkerung verfügt über Vermögen, das zur Finanzierung der Pflegekosten eingesetzt werden kann.** Nach Berechnungen des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP weisen rund 27 % der Personen ab 66 Jahren kurz vor dem Übergang in die Pflegebedürftigkeit ein reales Nettovermögen von mehr als 100 000 Euro auf. ↘ ABBILDUNG 67 LINKS Im Nettovermögen ist dabei auch der individuelle Anteil am Immobilienvermögen berücksichtigt. Etwa 60 % der Personen verfügen über ein reales Nettovermögen von mehr als 10 000 Euro. Eine Analyse von Pimpertz und Stockhausen (2024)

↘ ABBILDUNG 66

Eigenanteile in der stationären Pflege



1 – Keine Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI). Stichtag ist der 31. Dezember des jeweiligen Jahres bzw. für Sachsen-Anhalt der 21. Oktober 2025. 2 – Preisbereinigt mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) mit dem Basisjahr 2020. 3 – Investitionskosten umfassen die Kosten des Heimbetreibers für bauliche Maßnahmen (Neubau, Umbau und Sanierung), für technische Anlagen sowie für Abschreibungen des Gebäudes. Diese Kosten dürfen anteilig auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden. 4 – Der pflegebedingte Eigenanteil gilt für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims, variiert jedoch zwischen Heimen. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen, der nur in der rechten Grafik berücksichtigt wird. Der pflegebedingte Eigenanteil beinhaltet Ausbildungsumlagen. 5 – Stichtag ist der 1. Januar 2026. Seit dem 1. Januar 2022 gilt eine Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen durch Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI. Zum 1. Januar 2024 wurden die Leistungszuschläge erhöht. Seitdem erhalten Pflegebedürftige, die bis zu einem Jahr in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wohnen von der Pflegeversicherung einen Zuschlag in Höhe von 15 % ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedüftige mit einer Wohndauer zwischen einem und zwei Jahren 30 %, solche mit einer Wohndauer von zwei bis drei Jahren 50 % und alle die bereits länger als drei Jahre in einem Pflegeheim leben, erhalten 75 % der Eigenanteile durch die Pflegekasse erstattet.

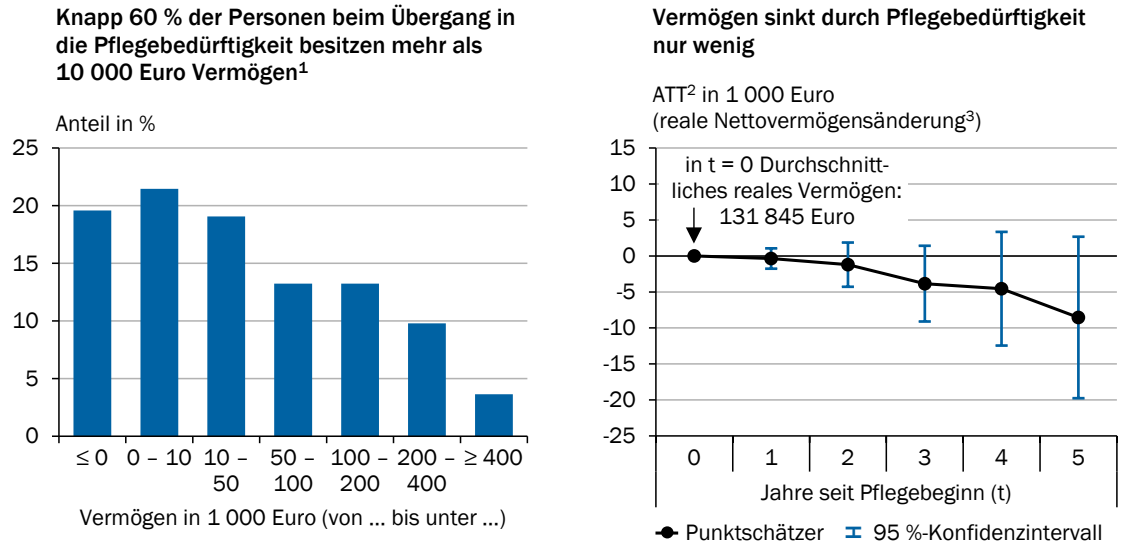
Quellen: Statistisches Bundesamt, vdek, WIdO, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-058-01

auf Basis des SOEP untersucht die Finanzierungspotenziale privater Haushalte im Fall vollstationärer Pflege einschließlich des Leistungszuschlags und unter Berücksichtigung eines Schonvermögens von 10 000 Euro je Haushaltsmitglied. Die Kosten für vollstationäre Pflege liegen im ersten Jahr bei knapp 30 000 Euro und über einen Zeitraum von fünf Jahren bei knapp 120 000 Euro. Den Ergebnissen zufolge können in Deutschland rund 55 % der Rentnerhaushalte die Kosten für eine Person in vollstationärer Pflege für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren aus ihrem Einkommen und Vermögen tragen, wenn die selbstgenutzte Immobilie dem Schonvermögen zugerechnet wird. Wird sie nicht dem Schonvermögen zugerechnet, wären dazu rund 72 % in der Lage.

316. **Pflegebedürftige weisen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung niedrigere Vermögen auf**, wohingegen sich die Einkommenssituation kaum unterscheidet. Für Personen ab 60 Jahren lag das durchschnittliche Nettovermögen bei Pflegebedürftigen im Jahr 2017 um rund 60 000 Euro und das Medianvermögen um 51 000 Euro niedriger als beim Rest der Bevölkerung (Geyer et al., 2023). Dieser Unterschied dürfte sich zum Teil aus dem Einsatz des Vermögens zur Finanzierung pflegebedingter Ausgaben erklären lassen. Eine Analyse des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP untersucht die Vermögensentwicklung von Perso-

↘ ABBILDUNG 67

Vermögenssituation von Pflegebedürftigen



1 – Beinhaltet Personen, die in t = 0 nicht pflegebedürftig sind und in t = 1 pflegebedürftig werden. Dargestellt ist deren Vermögensverteilung in t = 0. 2 – Average treatment effect on the treated; Durchschnittlicher jährlicher Effekt von Pflegebedürftigkeit auf die Veränderung des realen Nettovermögens für Personen, die ab t = 1 pflegebedürftig werden. Zum Zeitpunkt t = 0 ist keine der betrachteten Personen pflegebedürftig. Ab t = 1 werden Pflegebedürftige mit statistisch vergleichbaren Nicht-Pflegebedürftigen verglichen. Die Vergleichbarkeit wird durch die Bildung einer statistisch vergleichbaren Kontrollgruppe auf Basis sozioökonomischer Merkmale in t = 0 hergestellt, einschließlich des Ausgangswerts des realen Nettovermögens in Preisen des Jahres 2021. Für die Analyse wird die Methodik von Schmitz und Westphal (2017) auf Grundlage des SOEP (v40.1) verwendet. Die Schätzung umfasst die Jahre 2002 bis 2017 sowie Personen im Alter von über 65 Jahren. 3 – Im Vergleich zu t = 0. Das Nettovermögen setzt sich zusammen aus selbstgenutztem Wohneigentum, sonstigem Immobilienvermögen, Finanzvermögen, privaten Versicherungen und Bausparverträgen sowie Betriebs- und Sachvermögen abzüglich Schulden.

Quellen: Schmitz und Westphal (2017), SOEP v40.1, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-103-01

nen, die pflegebedürftig werden, im Vergleich zu Personen, die im selben Zeitraum nicht pflegebedürftig werden. ↘ ABBILDUNG 67 RECHTS Die Personen in der Ausgangsstichprobe weisen ein durchschnittliches Vermögen von 131 845 Euro auf. Die Personen sind im Mittel 73 Jahre alt, Frauen und Männer sind nahezu gleich stark vertreten. In den ersten fünf Jahren nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zehren die Betroffenen im Durchschnitt nur in begrenztem Umfang Vermögen auf, nämlich rund 8 500 Euro bzw. 6,5 % des Vermögens vor der Pflegebedürftigkeit. ↘ ABBILDUNG 67 RECHTS Der vergleichsweise geringe Vermögensverzehr legt nahe, dass die niedrigeren Vermögen Pflegebedürftiger auch auf ungünstigere sozioökonomische Ausgangsbedingungen zurückzuführen sein können, die sowohl das Risiko von Pflegebedürftigkeit als auch die Vermögensbildung im Lebensverlauf beeinflussen. ↘ ZIFFER 283

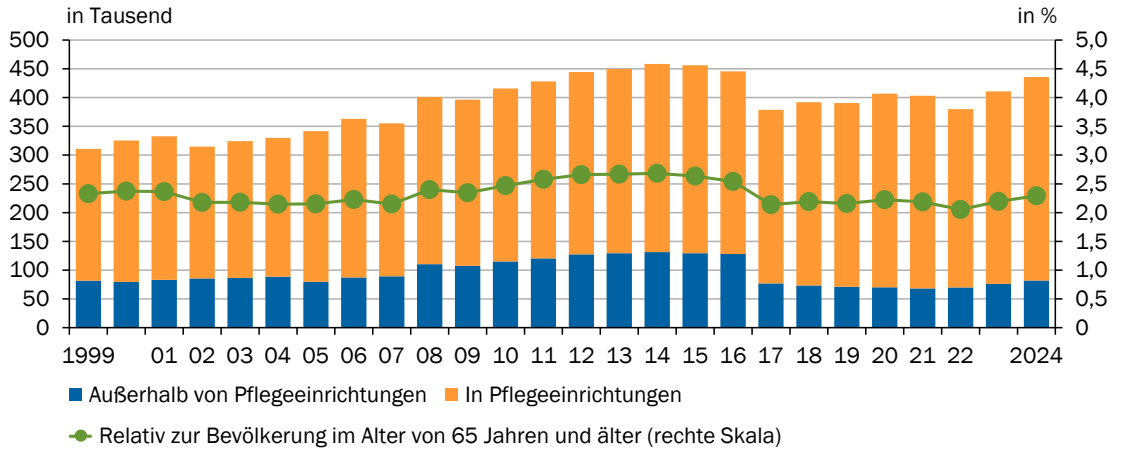
317. Eine **private Absicherung** der finanziellen Risiken, die nicht durch die SPV abgedeckt werden, kann durch eine private Pflegezusatzversicherung erfolgen. Versicherte können zwischen drei Modellen wählen: Bei der Pflegetagegeldversicherung werden im Pflegefall feste, frei verfügbare Zahlungen geleistet. Bei der Pflegekostenversicherung werden pflegebedingte Kosten gegen einen Nachweis erstattet. Bei der Pflegerentenversicherung erfolgen bei Pflegebedürftigkeit lebenslange Rentenzahlungen.

318. Im Jahr 2024 besaßen in Deutschland etwa 3,2 Millionen Personen eine private **Pflegezusatzversicherung** (GDV, 2025). Insgesamt konzentriert sich die Verbreitung stark auf Haushalte mit überdurchschnittlichem Einkommen und Vermögen (Haun, 2025). Die Zahl der abgeschlossenen Pflegezusatzversicherungen hat sich seit dem Jahr 2010 etwa verdoppelt. Ein Großteil, etwa 94 %, entfiel im Jahr 2024 auf die Pflegetagegeldversicherung. Damit sich auch Personen absichern können, die wegen ihres Alters oder aufgrund von Vorerkrankungen nur sehr teure oder gar keine Verträge abschließen können, gibt es staatlich geförderte Pflegegeldtarife, auch „Pflege-Bahr“ genannt (BMG, 2026c). Hier unterstützt der Staat die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 Euro im Jahr, und der Abschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung.

319. Pflegebedürftige können zur Finanzierung der Eigenanteile unter Erfüllung der Voraussetzungen auch Wohngeld-Plus zur Unterstützung der allgemeinen Wohnkosten in Anspruch nehmen. Bei vollstationärer Pflege kommt in manchen Ländern zudem Pflegewohngeld zur Übernahme der Investitionskosten in Betracht. ↘ ZIFFER 290 Reichen Einkommen, Vermögen und diese Leistungen nicht aus oder besteht kein Anspruch darauf, greift die **Sozialhilfe** in Form der **„Hilfe zur Pflege“**. Im Jahr 2024 erhielten in Deutschland insgesamt knapp 436 000 Personen „Hilfe zur Pflege“. ↘ ABBILDUNG 68 Nach Einführung der Leistungszuschläge im Jahr 2022 für die vollstationäre Pflege kam es zu einer leichten Reduktion der Empfängerzahlen. Zwischen den Jahren 2022 und 2024 ist die Empfängerzahl um 14,7 % angestiegen. Der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an der Bevölkerung über 65 Jahren ist seit dem Jahr 1999 jedoch stabil. Dies deutet darauf hin, dass sich das Sozialhilferisiko aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Alter langfristig nicht grundlegend verändert hat. Die überwiegende Mehrheit (81 %) der Empfängerinnen und Empfänger erhielt „Hilfe zur Pflege“ in einer Pflegeeinrichtung. Im Jahr 2023 belief sich die „Hilfe

↘ ABBILDUNG 68

Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in den Jahren 1999 bis 2024[1]



1 – Die Daten umfassen im Zeitraum 2005 bis 2007 alle Bundesländer außer Bremen. Für das Jahr 2007 ist eine Untererfassung festzustellen, in Nordrhein-Westfalen fehlen bei der Hilfe zur Pflege ungefähr 14 500 Fälle und im Saarland bei der Eingliederungshilfe außerhalb von Einrichtungen ungefähr 700 Fälle. Die Zahlen der Jahre 2017 und 2018 schließen Empfänger der ausschließlichen „Hilfe zur Pflege“ nach dem 7. Kapitel SGB XII ohne festgestellten Pflegegrad aus. Bremen berücksichtigt zusätzlich Personen nach § 264 Absatz 2 SGB V.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-054-02

zur Pflege“-Quote in Einrichtungen, gemessen am Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ an allen voll- und teilstationär versorgten Pflegebedürftigen, auf 34,3 %.

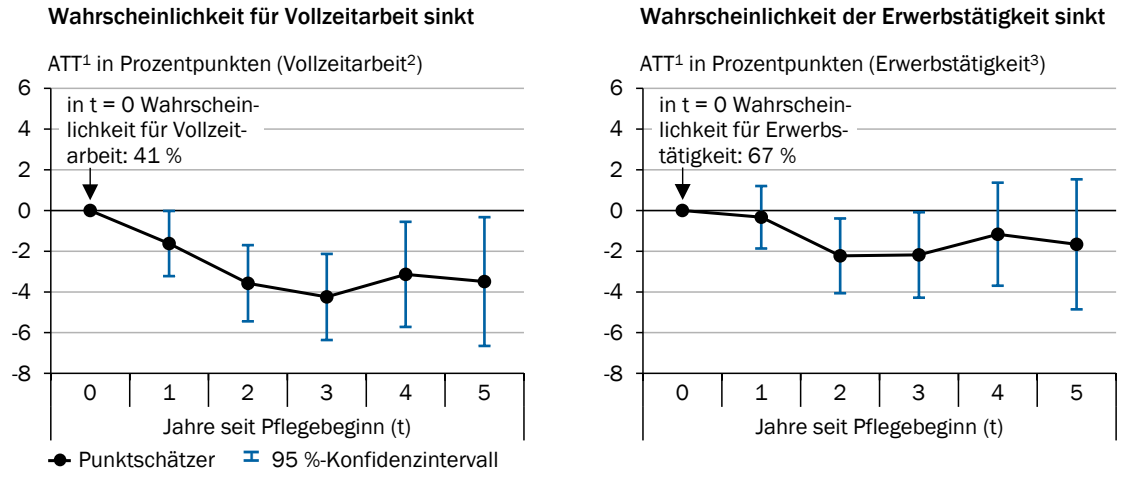
320. **Der Zugang zur „Hilfe zur Pflege“ erfolgt bedarfsgeprüft.** Pflegebedürftige müssen ihr laufendes Einkommen grundsätzlich vollständig einsetzen. Beim Vermögen gilt seit dem Jahr 2023 ein Schonbetrag von 10 000 Euro für Alleinstehende, darüber hinausgehendes Vermögen ist einzusetzen. Selbstgenutztes Wohneigentum bleibt in der Regel erhalten, solange ein Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner dort wohnt. Für unterhaltspflichtige Kinder gilt seit dem Jahr 2020 eine hohe Freigrenze: Eine Heranziehung erfolgt erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von über 100 000 Euro. Maßgeblich ist dabei nur das Einkommen des unterhaltspflichtigen Kindes selbst, der Ehepartner ist gegenüber den Schwiegereltern nicht direkt unterhaltspflichtig. Dies führt dazu, dass bei verheirateten Paaren eine Heranziehung nur erfolgt, wenn das unterhaltspflichtige Kind selbst die Einkommensgrenze überschreitet. Selbst dann sieht das Gesetz vor, dass eine Prüfung der Einkommensverhältnisse nur bei konkreten Anhaltspunkten für ein entsprechend hohes Einkommen zulässig ist (§ 94 Abs. 1a SGB XII). Ohne solche Hinweise wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für eine Heranziehung nicht vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist die Heranziehung von Angehörigen praktisch stark eingeschränkt.

2. Auswirkungen informeller Pflege

321. **Informelle Pflege ist mit zeitlichem Aufwand verbunden, der sich auf Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und langfristige Erwerbsverläufe der Pflegenden auswirken kann.** Auswertungen des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP für das Jahr 2023 zeigen, dass informell Pflegende im erwerbsfähigen Alter von 25 bis 64 Jahren unter der Woche durchschnittlich 2,6 Stunden pro Tag für Pflege aufwenden. Bei informell Pflegenden ab 65 Jahren liegt die tägliche Pflegezeit mit 3,7 Stunden höher.

322. Eine Analyse des Sachverständigenrates auf Basis des SOEP, die sich methodisch an Schmitz und Westphal (2017) orientiert, zeigt für Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren, dass die Übernahme informeller Pflege anhaltende Auswirkungen auf Vollzeitbeschäftigung und Erwerbstätigkeit hat. ↘ ABBILDUNG 69 Drei Jahre nach Beginn der Pflegetätigkeit ist die Wahrscheinlichkeit, vollzeitbeschäftigt oder überhaupt erwerbstätig zu sein, um 4,2 bzw. 2,2 Prozentpunkte geringer als vor der Aufnahme der Pflegetätigkeit. **Informelle Pflege geht damit nicht nur mit kurzfristigen Anpassungen des Arbeitsangebots einher, sondern senkt im Durchschnitt das Lebenseinkommen und damit auch die Alterssicherung der Pflegenden.** Gleichzeitig entstehen auch gesellschaftliche Kosten aufgrund geringerer Steuerzahlungen, niedrigerer Sozialversicherungsbeiträge sowie höherer Ausgaben für Sozialleistungen (Geyer et al., 2017).

↘ ABBILDUNG 69
Informelle Pflege und Arbeitsangebot



1 – Average treatment effect on the treated; Durchschnittlicher jährlicher Effekt informeller Pflege auf die jeweils betrachtete Zielvariable für Personen, die ab t = 1 Pflege übernehmen. Zum Zeitpunkt t = 0 leistet keine der betrachteten Personen Pflege. Ab t = 1 werden informell Pflegende mit statistisch vergleichbaren Nicht-Pflegenden verglichen. Die Vergleichbarkeit wird durch die Bildung einer statistisch vergleichbaren Kontrollgruppe auf Basis sozioökonomischer Merkmale in t = 0 hergestellt, einschließlich des Ausgangswerts der jeweiligen Zielvariable. Für die Analyse wird die Methodik von Schmitz und Westphal (2017) auf Grundlage des SOEP (v40.1) verwendet. Die Schätzung umfasst die Jahre 2015 bis 2023 sowie Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren. 2 – Indikatorvariable mit Wert 1 bei Vollzeitbeschäftigung. Die Wahrscheinlichkeit, in Vollzeit zu arbeiten, sinkt drei Jahre nach Beginn der Pflege um rund 4,2 Prozentpunkte. 3 – Indikatorvariable mit Wert 1 bei Erwerbstätigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, sinkt drei Jahre nach Beginn der Pflege um rund 2,2 Prozentpunkte.

Quellen: Schmitz und Westphal (2017), SOEP v40.1, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-101-01

323. Die empirische Literatur kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Schmitz und Westphal (2017) zeigen für Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren, dass die Wahrscheinlichkeit einer Vollzeitbeschäftigung nach Übernahme informeller Pflege um bis zu 5 Prozentpunkte sinkt. Korfhage und Fischer-Weckemann (2024) schätzen für Frauen im Alter von 55 bis 67 Jahren einen Rückgang der geleisteten Arbeitsstunden infolge informeller Pflege um 2,6 %. Ehrlich et al. (2019) zeigen zudem für Frauen im Alter von 25 bis 59 Jahren, dass nach Beendigung einer Pflegetätigkeit keine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, die Arbeitszeit wieder auszuweiten oder in den Arbeitsmarkt zurückzukehren.

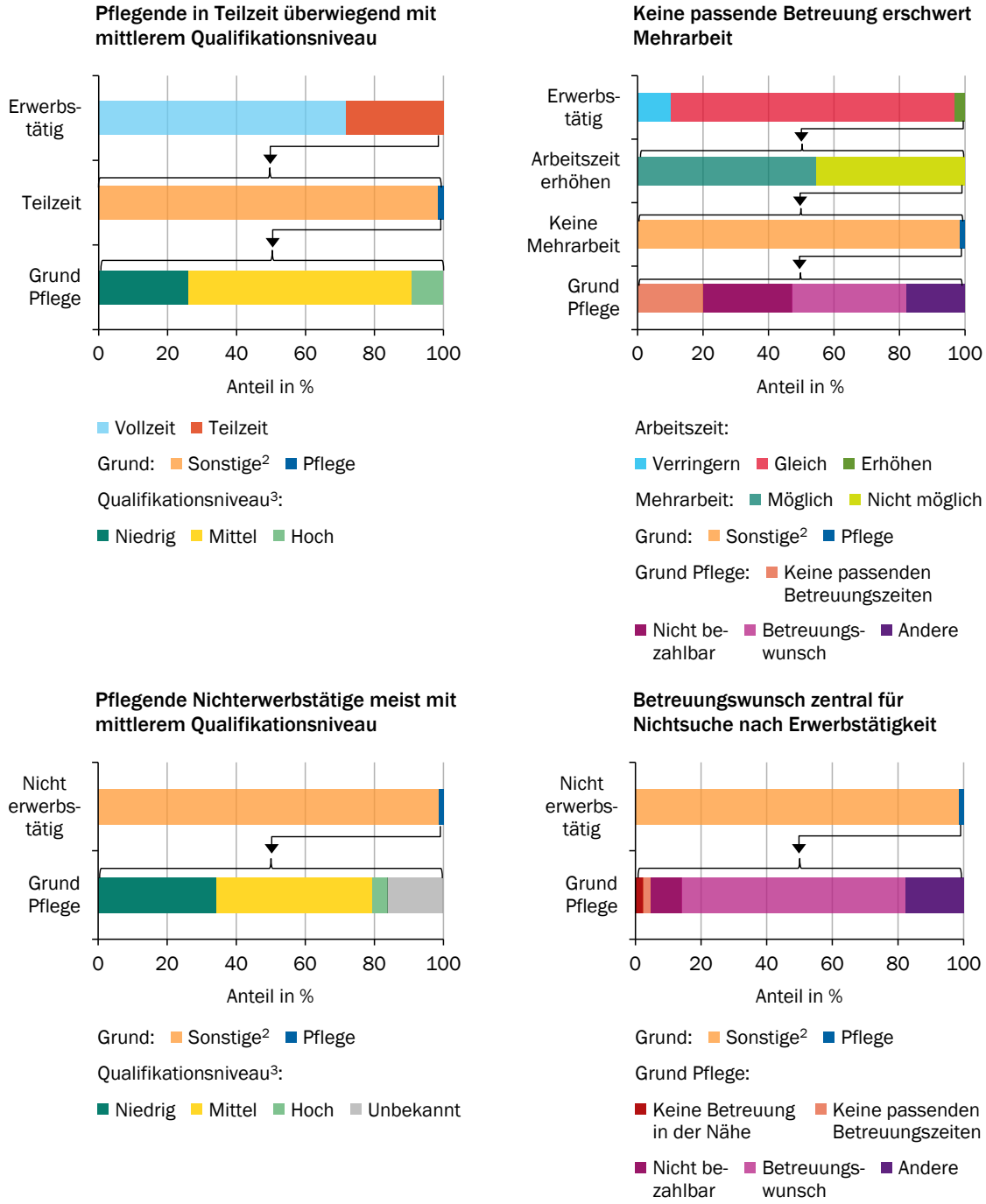
324. **Das entgangene Erwerbseinkommen, die niedrigere Humankapitalbildung und die während der Pflegezeit erhöhten Abschreibungen auf das Humankapital verlagern pflegebedingte Risiken teilweise von den Pflegebedürftigen auf die Angehörigen.** Ein finanzieller Ausgleich dafür liegt im Ermessen der Pflegebedürftigen. So können sie das Pflegegeld, an die unterstützenden Angehörigen weitergeben. Die Pflegenden erhalten außerdem Rentenversicherungsbeiträge für die geleisteten Pflegezeiten. ↘ TABELLE 13 Informelle Pflege bedeutet also, dass ein erheblicher Teil der Pflegekosten durch Eigenleistungen privater Haushalte getragen wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob pflegebedingte Teilzeit- oder Nichterwerbstätigkeit eher Ausdruck individueller Präferenzen oder vielmehr Folge wirtschaftlicher oder gesellschaftlicher Bedingungen ist. In der Literatur stehen vor allem die Opportunitätskosten der Pflegenden und Pflegezuschüsse als zentrale Determinanten von Pflegeentscheidungen im Vordergrund (Barczyk und Kredler, 2018; Mommaerts, 2025). Barczyk et al. (2025) zeigen auf Basis europäischer Daten, dass daneben auch Pflegepräferenzen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine wichtige Rolle spielen.

325. **Pflege ist nur bei einem kleinen Teil der 25- bis 64-Jährigen der Grund für Teilzeitbeschäftigung oder Nichterwerbstätigkeit.** Laut dem Mikrozensus aus dem Jahr 2023 ist Pflege für 0,5 % der betrachteten Erwerbsbevölkerung ein Grund für Teilzeitbeschäftigung und für 1,3 % der betrachteten Nichterwerbstätigen im Alter von 25 bis 64 Jahren ein Grund für die Nichterwerbstätigkeit. ↘ ABBILDUNG 70 OBEN LINKS UND UNTEN LINKS Im Vergleich dazu ist Kinderbetreuung für 7,5 % der Erwerbsbevölkerung ein Grund für Teilzeitbeschäftigung und für 11 % der Nichterwerbstätigen ein Grund für die Nichterwerbstätigkeit. Insgesamt betrifft die pflegebedingte Teilzeitarbeit und Nichterwerbstätigkeit rund 300 000 Personen, die überwiegend über ein mittleres Qualifikationsniveau verfügen. Darüber hinaus zeigt sich, dass nur 0,02 % der Erwerbsbevölkerung, die ihre Arbeitszeit gerne erhöhen würde, daran aus Pflegegründen gehindert wird. ↘ ABBILDUNG 70 OBEN RECHTS Für diese Gruppe ist vor allem das Fehlen einer passenden Betreuungsmöglichkeit ausschlaggebend. Unter den Nichterwerbstätigen spielt dagegen häufiger der Wunsch eine Rolle, die Pflege selbst zu übernehmen. ↘ ABBILDUNG 70 UNTEN RECHTS

326. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf Basis des Mikrozensus des Jahres 2023 darauf hin, dass die aus informeller Pflege resultierenden unmittelbaren **Arbeitsmarkteffekte** in der Gesamtbetrachtung vergleichsweise klein sind. Rund 161 000 Erwerbstätige reduzieren ihre Arbeitszeit im Rahmen einer Pflegefreistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz. Die daraus

↘ ABBILDUNG 70

Pflegebedingte Teilzeitarbeit und Nichterwerbstätigkeit[1]



1 – Im Jahr 2023 und Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren. 2 – Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, Aus- oder Fortbildung, Kündigungsfristen im bestehenden Job, Betreuung von Kindern, andere familiäre Gründe, andere persönliche Gründe, anderer Hauptgrund. 3 – Das Qualifikationsniveau basiert bei Erwerbstätigen auf der aktuell ausgeübten Tätigkeit und bei Nichterwerbstätigen auf der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Auf Basis der 12 Berufskategorien der Blossfeld-Klassifikation werden drei Qualifikationsniveaus unterschieden. Das niedrige Qualifikationsniveau umfasst Agrarberufe, einfache manuelle Berufe, einfache Dienste sowie einfache kaufmännische und Verwaltungsberufe. Das mittlere Qualifikationsniveau umfasst qualifizierte manuelle Berufe, Techniker, qualifizierte Dienste, Semiprofessionen sowie qualifizierte kaufmännische und Verwaltungsberufe. Das hohe Qualifikationsniveau umfasst Ingenieure, Professionen und Manager.

Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/12211.2023.00.00.3.1.0, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-115-01

resultierende Differenz zwischen den normalerweise und den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden entspricht knapp 0,11 % des Arbeitsvolumens der Erwerbsbevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren bzw. rund 36 200 Vollzeitäquivalenten auf Basis einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Für pflegebedingt Teilzeitbeschäftigte ergibt der Vergleich zwischen den gewünschten und den normalerweise geleisteten Arbeitsstunden einen zusätzlichen Verlust von rund 0,01 % des Arbeitsvolumens bzw. rund 3 000 Vollzeitäquivalenten. Hinzu kommen knapp 30 000 Nichterwerbstätige, die grundsätzlich arbeiten möchten, dies aufgrund von Pflegeverpflichtungen derzeit jedoch nicht können. Unter Annahme der durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden der betrachteten Erwerbstätigen von 35,44 Stunden entspricht dies einem Verlust von 0,08 % des Arbeitsvolumens bzw. rund 26 300 Vollzeitäquivalenten. Insgesamt beläuft sich damit der pflegebedingte Verlust auf knapp 0,2 % des Arbeitsvolumens bzw. auf rund 65 500 Vollzeitäquivalente.

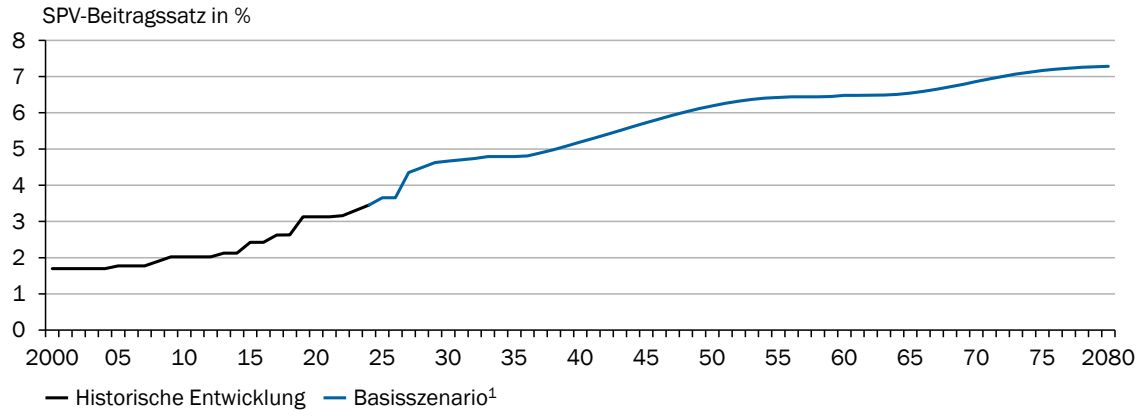
V. ZUKÜNFTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGEAUSGABEN IM DEMOGRAFISCHEN WANDEL

327. Die jüngsten starken Ausgabensteigerungen in der SPV sind maßgeblich durch den vereinfachten Zugang zu Leistungen und die Erhöhung der Leistungen der SPV durch das PSG II im Jahr 2017 getrieben. Dies hat aufgrund der Umlagefinanzierung der SPV zu steigenden Beitragssätzen geführt. **Die demografische Alterung hat die Ausgaben der SPV bisher noch kaum beeinflusst. Künftig wird sie jedoch der maßgebliche Treiber sein.** Hieraus ergibt sich ein strukturelles Finanzierungsproblem der SPV. Durch die Alterung der Bevölkerung und den wachsenden Anteil von Menschen im hohen Alter mit erhöhtem Pflegebedürftigkeitsrisiko steigen die Ausgaben selbst bei unverändertem Leistungsniveau. Die beitragspflichtigen Einnahmen können damit jedoch nicht Schritt halten: Der Anteil der Menschen im Erwerbsalter sinkt, während der Anteil der Personen im Ruhestand zunimmt. Dadurch gehen die beitragspflichtigen Einnahmen relativ zurück und die Einnahmen der SPV wachsen langsamer als die Ausgaben.

328. Der Sachverständigenrat projiziert die weitere Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV auf Grundlage der Langfristsimulationen von Werding et al. (2026). Dabei wird abgeschätzt, wie sich der Beitragssatz im bestehenden System der SPV unter geltender Rechtslage bis zum Jahr 2080 weiterentwickelt. Dieser wird als durchschnittlicher Beitragssatz berechnet und beinhaltet auch die Zu- und Abschläge für Versicherte mit und ohne Kinder.

Im **Basisszenario** werden **sämtliche Leistungen der SPV mit der Bruttolohnentwicklung dynamisiert** und steigende Finanzierungsbedarfe über höhere Beitragssätze ausgeglichen. Obwohl das geltende Recht derzeit keine Dynamisierung über das Jahr 2028 hinaus vorsieht, wird im Basisszenario damit **ein**

↘ ABBILDUNG 71
Simulation des SPV-Beitragssatzes im Status Quo



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-065-01

konstantes Leistungsniveau der SPV unterstellt. Denn wenn die Leistungen mit der Bruttolohnentwicklung fortgeschrieben werden, steigen auch die Eigenanteile der Pflegebedürftigen im gleichen Maß an. Die Belastung durch Eigenanteile bleibt damit relativ zum Bruttolohn konstant. Damit unterstellt der Sachverständigenrat im Basisszenario ein für die Pflegebedürftigen günstiges Szenario. Dies entspricht einem diskutierten Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege". ↘ KASTEN 21 ANHANG

329. Darüber hinaus werden bei den Langfristsimulationen verschiedene **Annahmen** zur künftigen Entwicklung von Bevölkerung und gesamtwirtschaftlichem Produktionspotenzial getroffen. ↘ PLUSTEXT 5 Im Kontext der SPV werden die geschlechts- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen aus dem Jahr 2024 konstant gehalten. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung verlängert sich damit die Verweildauer in Pflegebedürftigkeit. Die Struktur der Inanspruchnahme einzelner Leistungen der SPV wird im Simulationszeitraum auf dem Niveau des Jahres 2024 konstant gehalten, aufgrund einer angenommenen steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen kommt es lediglich zu einer leichten Verlagerung der Pflege in den stationären Bereich. Sensitivitätsanalysen etwa zur Bedeutung einer steigenden Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen oder alternativen Annahmen zur Arbeitsmarktentwicklung können dem Arbeitspapier von Werding et al. (2026) entnommen werden.

330. **Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass die demografische Alterung bei konstantem Leistungsniveau zu einem stetigen Anstieg der Ausgaben und Beitragssätze in der SPV führen wird.** ↘ ABBILDUNG 71 Der durchschnittliche Beitragssatz dürfte im Basisszenario bis zum Jahr 2030 von aktuell 3,7 % auf 4,7 % ansteigen. Danach steigt er kontinuierlich bis zum Jahr 2040 auf ein Niveau von 5,2 % und erreicht im Jahr 2080 einen Wert von 7,3 %. Eine solche Entwicklung ist aus drei Gründen problematisch. Steigende Beitragssätze führen zu einer stärkeren intergenerationellen Umverteilung

zulasten der jüngeren Generationen. Bei gleichbleibender Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR und Bemessungsgrundlage werden insbesondere Personen mit Einnahmen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR relativ stärker belastet als solche oberhalb der Grenze. Zusätzlich könnte die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigt werden.

331. **Leistungsausweitungen und die damit möglicherweise einhergehenden steigenden Beitragssätze führen in einem umlagefinanzierten System zu einer stärkeren intergenerationellen Umverteilung zulasten jüngerer Generationen** (Bahnsen et al., 2020). Sofern alle Versicherten unmittelbar Anspruch auf die Leistungsausweitungen haben, profitieren Leistungsberechtigte oder Personen, die bereits kurz davor stehen, leistungsberechtigt zu sein, von Einführungsgewinnen. Jüngere Versicherte erhalten im Fall von Pflegebedürftigkeit zwar den gleichen Leistungsanspruch, zahlen die höheren Beiträge jedoch voraussichtlich über einen längeren Zeitraum und tragen damit ungleich mehr zur Finanzierung dieser Leistungen bei.

332. Aufgrund des Zusammenwirkens von Beitragsbemessungsgrenze, fehlenden Freibeträgen und dem vorwiegenden Einbezug von Arbeitseinkommen ist die **Belastungswirkung der Beitragssätze nicht einheitlich**: Bis zur Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR wirken die Beiträge proportional zum Einkommen. Oberhalb der Bemessungsgrenze tritt jedoch eine regressive Wirkung ein, da zusätzliche Einkommen nicht mehr zur Finanzierung herangezogen werden und die durchschnittliche Belastung mit steigendem Einkommen sinkt.

333. **Steigende Beitragssätze können die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen.** ↘ ZIFFERN 113 FF. Sie dämpfen bei unvollständiger Überwälzung das Wachstum der verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte und erhöhen zugleich die Arbeitskosten der Unternehmen. Dadurch werden sowohl das Arbeitsangebot und der Konsum der privaten Haushalte als auch die Arbeitsnachfrage der Unternehmen gebremst, was das Wirtschaftswachstum insgesamt schwächt. In international exponierten Sektoren verschlechtert sich zudem die preisliche Wettbewerbsfähigkeit, was Investitionen und Standortentscheidungen negativ beeinflussen kann. Gleichzeitig wird über geringere Bemessungsgrundlagen das Aufkommen einkommensbezogener Steuern gemindert, was zu fiskalischen Einbußen führt. Außerdem könnte es zu einem Ausweichverhalten bei freiwillig GKV- und damit auch SPV-Versicherten kommen, indem sie sich eher für eine risikobasierte private Kranken- und Pflegeversicherung entscheiden und sich so dem Solidarsystem entziehen.

VI. REFORMOPTIONEN FÜR EINE NACHHALTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGE

334. Bisherige Reformen in der Pflege konzentrierten sich vor allem auf eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Die damit verbundenen Mehrausgaben wurden über das Umlagesystem durch Beitragssatzerhöhungen und damit vor allem von den jüngeren Generationen finanziert. Die Ausgabenentwicklung wurde jedoch regelmäßig unterschätzt, was weitere Anpassungen des Beitragssatzes nötig machte. ↘ ZIFFER 304 Zuletzt wurde über das Abschmelzen der Reserven der Pflegekassen das Finanzierungsproblem in die Zukunft verschoben. **Strukturelle Reformen zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der SPV blieben bisher aus.** ↘ PLUSTEXT 4 Eine Ausnahme hiervon ist der im Jahr 2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds (PVF), dessen Ausgestaltung jedoch erhebliche Schwächen aufweist. ↘ ZIFFER 309 Erste Vorschläge für Reformen in der Versorgung und der Finanzierung der Pflegeversicherung hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ im Dezember 2025 vorgelegt. ↘ KASTEN 21 ANHANG

335. **Der Sachverständigenrat konzentriert sich in diesem Abschnitt auf Reformoptionen, die unter den veränderten Finanzierungsbedingungen** sowohl den Anforderungen der Generationengerechtigkeit gerechter werden als auch eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und dabei die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile stärken. Dabei besteht jedoch ein Zielkonflikt zwischen dem Umfang der Leistungen der SPV, der Höhe des Beitragssatzes und der Höhe der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Eine einzelne Maßnahme kann diesen Zielkonflikt nicht lösen, vielmehr ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig. Die grundsätzliche Ausrichtung der SPV als Teilversicherungssystem sollte beibehalten werden.

336. Zur Begrenzung des Ausgabenwachstums sollte zunächst der Zugang zu Leistungen der SPV wieder stärker an das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 fachlich empfohlene Niveau angepasst werden. ↘ ZIFFERN 339 FF. Dies würde sowohl die Anzahl der Anspruchsberechtigten als auch die durchschnittliche Einstufung der Pflegebedürftigkeit reduzieren. Darüber hinaus sollten Leistungen mit geringer Zielgenauigkeit nicht mehr von der SPV übernommen werden. Dazu zählen insbesondere der Leistungszuschlag in der vollstationären Versorgung ↘ ZIFFER 349 sowie der Entlastungsbetrag ↘ ZIFFER 342 über alle Pflegegrade hinweg. Ergänzend könnte durch die Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung innerhalb der SPV das derzeitige Leistungsniveau gesichert und die Verteilung der finanziellen Lasten generationengerechter gestaltet werden. ↘ ZIFFERN 354 FF.

337. Eine günstige **Ausgabenentwicklung** der SPV sollte auch über eine systematische Ergänzung der pflegerischen Versorgung um **präventive Ansätze** erreicht werden. Diese sollten das Ziel verfolgen, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit zu verringern, die Pflegebedürftigkeit zeitlich zu verzögern und den Übergang in schwerere Pflegegrade zu begrenzen. Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgeschlagenen freiwilligen regelmäßigen

Vorsorgeuntersuchungen im Sinne eines Gesundheits-Check-ups könnten frühzeitig gesundheitliche Risiken identifizieren und die Einleitung präventiver Maßnahmen ermöglichen (BMG, 2025d). International wurden mit vergleichbaren Monitoring-Instrumenten (z. B. präventive Hausbesuche) günstige Wirkungen auf den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und auf die Kosteneffektivität verzeichnet (Liimatta et al., 2019; Bannenberg et al., 2021; OECD, 2025). Darüber hinaus gelten zur Prävention von Pflegebedürftigkeit insbesondere Maßnahmen zur Förderung körperlicher und kognitiver Aktivität, sozialer Teilhabe sowie einer gesundheitsförderlichen Ernährung als wirksam (Kuhlmey und Budnick, 2024).

338. Zur Stärkung der Einnahmenseite der SPV bieten sich in erster Linie Reformen an, die eine Steigerung des Arbeitsvolumens begünstigen. ↘ ZIFFER 159 Bei weiteren Maßnahmen müssen ähnliche Abwägungen wie in der GKV getroffen werden. Zusätzliche Einnahmen könnten über eine Beitragspflicht für bisher beitragsfrei versicherte Ehepartner ohne jüngere Kinder generiert werden. ↘ ZIFFER 260 Die aktuell diskutierte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR für die Pflegeversicherung könnte ebenfalls die Einnahmen steigern, ginge jedoch auch mit verstärkten Ausweichanreizen bei höheren Einkommen, verfassungsrechtlichen Fragestellungen sowie einer weiter zunehmenden steuerähnlichen Ausgestaltung der Finanzierung einher. ↘ ZIFFER 262 Auch ein Einbezug von allen neuen Beamtinnen und Beamten könnte die Einnahmen erhöhen und damit den Beitragssatz der SPV im Zeitverlauf graduell senken. ↘ ABBILDUNG 77 ANHANG Dies ginge jedoch mit erheblichen fiskalischen Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte in einer langen Übergangsphase einher. ↘ ZIFFER 263

Analog zu den anderen Sozialversicherungszweigen sollten gesamtgesellschaftliche Aufgaben der SPV klar abgegrenzt und steuerfinanziert werden. ↘ ZIFFER 154 Aus Sicht des Sachverständigenrates zählt hierzu die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern während der ersten Jahre der Kindererziehung. ↘ ZIFFER 154 Außerdem erscheint die einmalige Erstattung der Mehrausgaben durch die Corona-Pandemie sachgerecht. ↘ ZIFFER 303

1. Zugang zu Leistungen und Leistungsumfang der SPV korrigieren

339. Die PSG-II-Reform hat sowohl den Zugang zu Leistungen der SPV vereinfacht als auch den Umfang der Leistungen ausgeweitet. Dies hat zu einem erheblichen Ausgabenanstieg geführt. Ein erster Ansatzpunkt zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung der SPV sollte daher eine kritische Überprüfung dieses Leistungskatalogs sein.

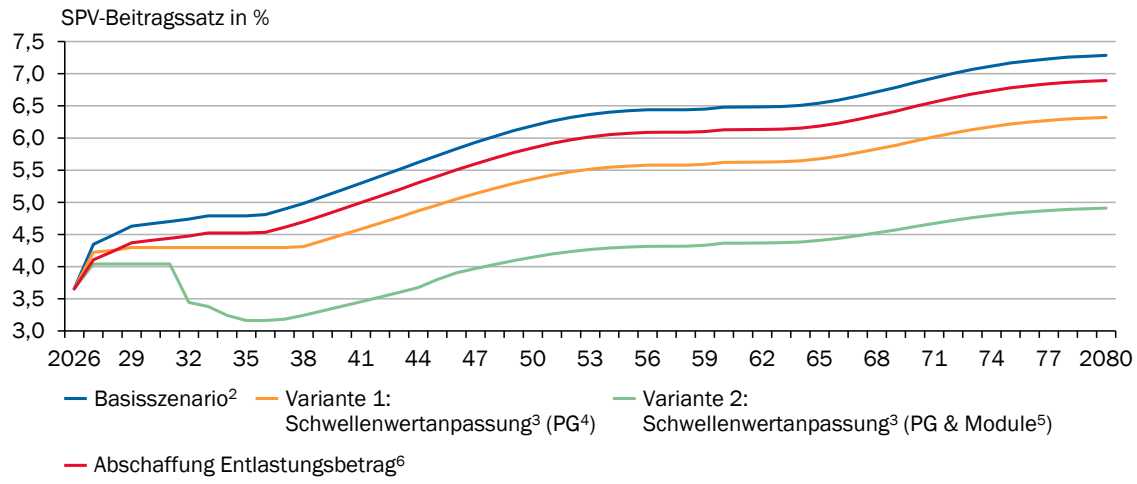
340. So ist der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung und das Erreichen höherer Pflegegrade mit der PSG-II-Reform stärker erleichtert worden, als dies pflegewissenschaftlich begründbar wäre. ↘ ZIFFER 304 Ein wesentlicher Beitrag zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung der SPV sollte daher sein, für alle künftigen Erstanträge und Höherstufungen die **Schwellenwerte** an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ↘ PLUSTEXT 17 fachlich empfohlenen Werte anzupassen und damit

zu erhöhen, wie auch von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgeschlagen. ↘KASTEN 21 ANHANG Dies würde den Zugang zu Leistungen der SPV begrenzen und so das jährliche Wachstum der Anzahl an Pflegebedürftigen dämpfen. Gleichzeitig würde dies den Wechsel in höhere Pflegegrade mit entsprechend höheren Leistungsansprüchen erschweren und sich dadurch dämpfend auf die Ausgaben der SPV auswirken.

341. Die **Effekte einer solchen Reform** auf den Beitragssatz hat der Sachverständigenrat auf Basis von zwei Varianten simuliert. ↘ ABBILDUNG 72 In der ersten Variante wird lediglich der Schwellenwert erhöht, der für die Erreichung der Pflegegrade 1 bis 3 maßgeblich ist. In der zweiten Variante werden zusätzlich die Schwellenwerte innerhalb der Module des NBA angehoben. Beide Anpassungen wirken sich sowohl darauf aus, ob ein Pflegegrad erreicht wird, als auch darauf, wie hoch die Pflegebedürftigkeit eingestuft wird. In beiden Varianten ergeben sich nachhaltig dämpfende Effekte auf den Beitragssatz. Dieser liegt im Jahr 2040 in der ersten Variante mit 4,5 % rund 0,7 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios. Noch günstigere Effekte zeigen sich bei der zweiten Variante. Der Beitragssatz läge bei dieser Variante im Jahr 2040 mit 3,4 % sogar unterhalb des heutigen Niveaus von 3,7 % und rund 1,8 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios.

↘ ABBILDUNG 72

Beitragssatzentwicklung bei Anpassung von Zugang[1] und Leistungen der SPV



1 – Die Abschätzung der Effekte beruht auf einer dem Sachverständigenrat zur Verfügung gestellten Sonderauswertung des Medizinischen Dienstes zu allen Erstgutachten bei Antragstellenden ab dem 18. Lebensjahr im Jahr 2024. 2 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 3 – Im Modell werden Beitragssatzsenkungen erst vorgenommen, nachdem die Reserven der SPV wieder aufgefüllt worden sind. Folglich tritt der Rückgang des Beitragssatzes nicht unmittelbar, sondern mit zeitlicher Verzögerung ein. 4 – Die Schwellenwerte der Pflegegrade (PG) legen fest, ab welchem Punktwert Pflegebedürftige dem jeweiligen Pflegegrad zugeordnet werden. In diesem Szenario werden die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 bis 3 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 5 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 6 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen.

Quellen: BMG, Medizinischer Dienst Bund, SIM.24, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-123-01

342. Der mit der PSG-II-Reform im Jahr 2017 in allen Pflegegraden eingeführte **Entlastungsbetrag** für die häusliche Pflege (§ 45b SGB XI) sollte abgeschafft werden. Dafür sprechen insbesondere Überschneidungen mit den Pflegesachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5 (§ 45a Abs. 4 SGB XI) und bürokratische Kosten bei der Anerkennung als Betreuungsdienst und durch das Kostenerstattungsprinzip (Helms und Röder, 2024; Arentz und Wasem, 2026).

Beim Pflegegrad 1 kann aufgrund der lediglich geringen Beeinträchtigungen infrage gestellt werden, ob der Entlastungsbetrag zur Erhaltung der Selbständigkeit unbedingt notwendig ist. Eine Umfrage unter Gutachterinnen und Gutachtern des medizinischen Dienstes der Privaten Krankenversicherungen legt nahe, dass das Hauptmotiv für einen Pflegeantrag von Personen mit geringen Einschränkungen das Erlangen von Geldleistungen ist (Medicproof, 2024). Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nehmen könnten (z. B. Rehabilitation oder Heilmittel), scheinen für die Antragstellenden dagegen nicht von Interesse zu sein. Ob die Leistungen des Pflegegrads 1 das intendierte Ziel der frühzeitigen Unterstützung und des wirkungsvollen Einsatzes von präventiven Maßnahmen überhaupt erreichen, kann daher infrage gestellt werden (Wasem et al., 2025). Rund 36 % der Gutachterinnen und Gutachter geben an, dass Personen mit Pflegegrad 1 keine Leistungen der Pflegeversicherung benötigen (Medicproof, 2024). Eine vollständige Abschaffung des Entlastungsbetrags würde nach Berechnungen des Sachverständigenrates den Beitragssatz im Jahr 2040 um bis zu 0,3 Prozentpunkte gegenüber dem Basisszenario senken können. ↘ ABBILDUNG 72

2. Teilversicherungssystem beibehalten

343. **Die SPV ist als Teilversicherungssystem konzipiert und sieht als solche eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen vor.** Diese Systementscheidung trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegebedürftigkeit zwar ein hohes, aber in der Regel zeitlich begrenztes Lebensrisiko darstellt, dessen Kosten von weiten Teilen der Bevölkerung selbst getragen und durch eigene Vorsorge abgesichert werden können. Es ist deshalb nicht notwendig, sie vollständig zu kollektivieren. Die Leistungen der SPV wurden in der Vergangenheit unregelmäßig und mit der PSG-II-Reform zuletzt sprunghaft ausgeweitet, vor allem in der häuslichen Versorgung. ↘ ZIFFER 305 Insbesondere die Leistungen in der stationären Versorgung haben nicht mit der Kostenentwicklung Schritt gehalten. Dies hat zu einem kontinuierlichen Anstieg der Eigenanteile in der stationären Versorgung geführt. ↘ ZIFFER 313 Auch in der häuslichen Pflege sind die Eigenanteile zuletzt gestiegen, liegen aber auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. ↘ ZIFFER 312 Dies liegt maßgeblich an dem hohen Anteil und der Ausweitung der informellen Pflege, deren Kosten nicht monetär bewertet werden. ↘ ZIFFERN 321 FF.

344. Um die steigenden Eigenanteile in der stationären Versorgung abzusenken oder ihren weiteren Anstieg zu begrenzen, wird von Wohlfahrtsverbänden vorgeschlagen, die SPV zu einer **Vollversicherung** auszubauen (Paritätischer Gesamtverband, 2026; VdK, 2026). Rothgang und Domhoff (2025) simulieren im Auftrag

dieser Verbände eine solche Reform unter Annahme der vollständigen Übernahme der pflegebedingten Kosten in der stationären Versorgung und der Gewährung zusätzlicher Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege in Höhe von monatlich 230 oder 360 Euro zur Deckung der dort anfallenden Eigenanteile. ↘ ZIFFER 312 Nach diesen Simulationen müsste der Beitragssatz bei einer solchen Vollversicherung je nach Höhe der Pro-Kopf-Leistungen in der häuslichen Pflege um 1 bis 1,3 Beitragssatzpunkte ansteigen. Anstelle einer Erhöhung der Beitragssätze für die SPV-Versicherten wird eine Erweiterung des Versichertenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung (Bürgerversicherung) und auf alle Einkommensarten sowie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ↘ GLOSSAR auf das Niveau der GRV vorgeschlagen.

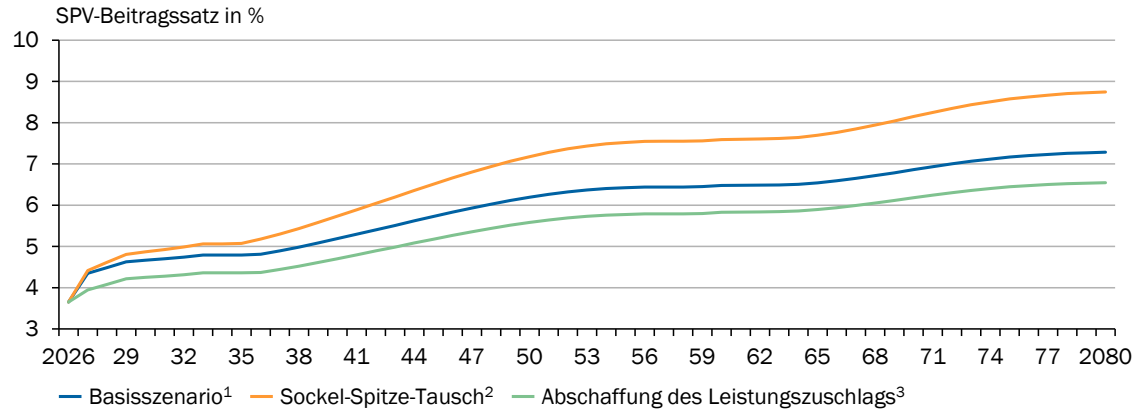
345. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ ↘ KASTEN 21 ANHANG diskutiert zwei Optionen zur Begrenzung der Eigenanteile: Die Einführung eines Sockel-Spitze-Tauschs oder die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen (BMG, 2025a). Eine Dynamisierung der Leistungen anhand der Bruttolohnentwicklung und damit ein konstantes Leistungsniveau der SPV hat der Sachverständigenrat in seinem Basisszenario bereits unterstellt. ↘ ZIFFER 329 Im Folgenden wird deshalb betrachtet, wie sich im Unterschied dazu ein Sockel-Spitze-Tausch auf die Beitragssatzentwicklung auswirken würde.

346. Bei einem **Sockel-Spitze-Tausch** würden Pflegebedürftige lediglich einen Sockelbetrag zahlen, während die Pflegeversicherung die darüber hinausgehenden pflegebedingten Kosten übernimmt. Im Vergleich zum Status Quo würde dies die Finanzierungslasten der Pflegebedürftigen einerseits und der Pflegeversicherung bzw. der Beitragszahlenden andererseits umdrehen. Die Auswirkungen dieses Modells auf die Ausgaben und den Beitragssatz der SPV hängen maßgeblich von zwei Faktoren ab: Der Höhe des Sockels und inwiefern eine regelbasierte Fortschreibung des Sockels (z. B. anhand der Preis- oder Lohnentwicklung) erfolgt. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ schlägt einen Sockel in Höhe von 1 200 Euro vor. Damit läge der Sockel erheblich unter den pflegebedingten Eigenanteilen, die heute in stationären Pflegeeinrichtungen gezahlt werden müssen (BMG, 2025a). ↘ ZIFFER 313 Der Sockel soll außerdem analog zu den jährlichen Rentenanpassungen fortgeschrieben werden.

347. Der Sachverständigenrat hat in seinen **Simulationen** berechnet, wie sich ein **Sockel-Spitze-Tausch** auf den Beitragssatz auswirkt. Grundlage ist ein Sockel von 1 762 Euro, entsprechend den im Jahr 2024 geltenden pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Versorgung und damit höher als der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Sockel von 1 200 Euro. ↘ ZIFFER 313 Der Sockel bleibt dabei für den gesamten Simulationszeitraum nominal fixiert. Dies führt zu einer vollständigen Verlagerung künftiger Kostenanstiege auf die SPV und erhöht den Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario mit Dynamisierung der Leistungen anhand der Bruttolohnentwicklung deutlich. ↘ ABBILDUNG 73 Durch eine solche Reform würde dieser im Jahr 2040 mit 5,7 % um rund 0,5 Beitragssatzpunkte höher liegen als im Basisszenario. Eine zusätzliche Absenkung der Eigenanteile über einen entsprechend geringer gewählten Sockel würde die Beitragssätze noch stärker steigern.

↘ ABBILDUNG 73

Beitragssatzentwicklung infolge einer Reform der Eigenbeteiligung



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Unter Annahme einer nominalen Festschreibung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen (Sockel) auf das Niveau des Jahres 2024. 3 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-122-01

348. Begründet wird die Forderung nach einer **Absenkung der Eigenanteile** mit dem Schutz vor finanzieller Überforderung der Pflegebedürftigen. Empirisch ist jedoch nicht hinreichend belegt, dass die Eigenanteile in der Pflege zu einer finanziellen Überforderung großer Teile der Pflegebedürftigen führen. Tatsächlich wurden im Jahr 2023 nur rund 17 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen versorgt und waren damit von den Eigenanteilen der stationären Versorgung betroffen. Davon bezogen rund 34 % „Hilfe zur Pflege“. ↘ ZIFFERN 289 UND 319 Zudem verfügt der überwiegende Teil der über 65-Jährigen kurz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit über nennenswerte Vermögensbestände, die für die Finanzierung der Pflegekosten herangezogen werden können. ↘ ZIFFER 315 Eine Absenkung der Eigenanteile würde diese Vermögen auf Kosten der Beitragszahlenden und zugunsten möglicher Erbinnen und Erben schützen. Zudem kann das finanzielle Risiko durch Abschluss einer privaten Pflegeversicherung versichert werden. Hilfe bei finanzieller Überforderung wird schließlich über die „Hilfe zur Pflege“ staatlich garantiert, die bedarfsgeprüft gewährt wird. ↘ ZIFFER 320

349. Der im Jahr 2022 eingeführte **Leistungszuschlag** zur Begrenzung des Eigenanteils in der vollstationären Pflege (§ 43c SGB XI) **sollte daher wieder abgeschafft werden**. Dieser adressiert finanzielle Überforderung nicht zielgenau, weil keine Einkommens- und Vermögensprüfung erfolgt. Außerdem behindert der Leistungszuschlag systematisch den Einsatz innovativer Versorgungskonzepte, wie z. B. der „stambulanten“ Pflege, da Pflegebedürftige in dieser hybriden Wohnform nicht anspruchsberechtigt sind und dementsprechend höhere Eigenanteile als in einer vollstationären Unterbringung zu zahlen haben. ↘ KASTEN 18 Eine Abschaffung des Leistungszuschlags würde über eine höhere Eigenbeteiligung das Subsidiaritätsprinzip der SPV stärken. ↘ ZIFFER 297 Gleichzeitig könnten Anreize für eine frühzeitige Vermögensübertragung steigen, um im Pflegefall als

bedürftig zu gelten. Derzeit sind Schenkungen, die länger als 10 Jahre zurückliegen, vor Rückforderungen der Sozialämter geschützt (§ 528 BGB). Um dem entgegenzuwirken, könnte diese Frist ausgeweitet werden.

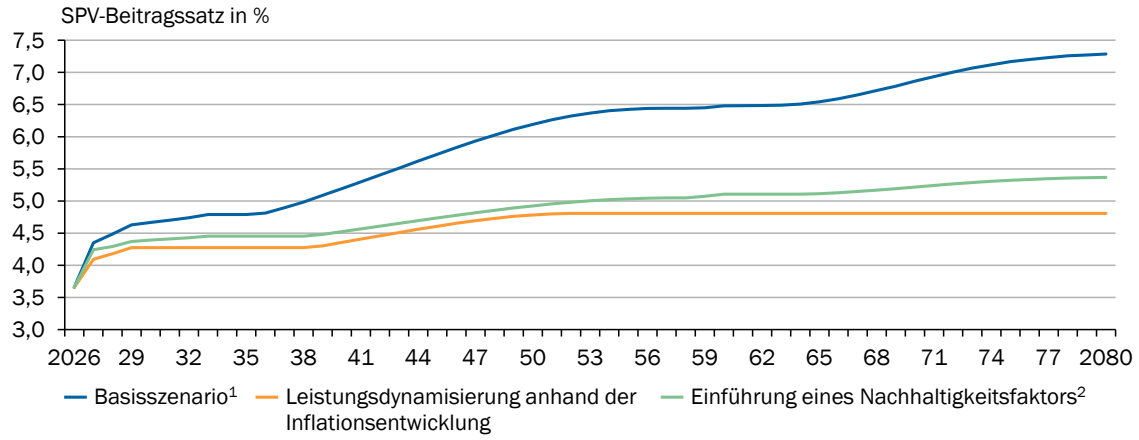
350. **Eine zielgenaue Adressierung finanzieller Überforderung aufgrund von Pflegebedürftigkeit erfolgt bereits heute durch eine strenge Bedarfsprüfung bei der „Hilfe zur Pflege".** ↘ ZIFFER 320 Auch international sind Finanzierungshilfen im Pflegeheimkontext meist an eine Einkommensprüfung und teilweise auch an eine Vermögensprüfung gekoppelt (OECD, 2024). Die Abschaffung des Leistungszuschlags würde zu einer Kosten- und Lastverschiebung zu den kommunalen Trägern der „Hilfe zur Pflege" führen. Im Jahr der Einführung des Leistungszuschlags haben sich die Ausgaben für „Hilfe zur Pflege" um 1,2 Mrd Euro reduziert. Mit steigenden Fallzahlen würde auch das administrative Prüfaufkommen bei den Sozialhilfeträgern zunehmen. Die Bearbeitungszeit der Anträge auf „Hilfe zur Pflege" unterscheidet sich zwischen den Sozialämtern stark (Landtag BW, 2025; Schober, 2025). Personalmangel, fehlende Belege und analoge Prozesse verzögern die Bearbeitung maßgeblich (Kloss, 2025). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach einer geeigneten Gegenfinanzierung und dem administrativen Umgang mit den höheren Fallzahlen.

351. **Zur finanziellen Entlastung der kommunalen Träger könnte auf der Länderebene ein bedarfsgeprüftes Pflegewohngeld eingeführt werden**, wie es bereits in einzelnen Ländern existiert. Dieses entlastet Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ganz oder teilweise davon, den Investitionskostenanteil selbst zu tragen. Damit adressiert es neben dem Wohngeld-Plus, das auf die Belastung durch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung abzielt, ↘ ZIFFER 319 einen weiteren Kostenfaktor in der vollstationären Pflege und reduziert dadurch zielgenau die Inanspruchnahme von „Hilfe zur Pflege". Dies würde dem Umstand Rechnung tragen, dass die Länder bislang unzureichend, uneinheitlich und wenig zielgerichtet ihrer Verpflichtung zur Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur nachkommen. ↘ ZIFFER 290 Die Bürokratiebelastung sollte durch die Umsetzung des Once-Only-Prinzips und eine konsequente Digitalisierung beschränkt werden (FG 2025 Ziffer 228).

352. Der künftige Anstieg der Eigenanteile sollte über eine **regelgebundene Dynamisierung der Leistungen der SPV** begrenzt und planbar werden. Derzeit ist gesetzlich lediglich eine Anpassung der Leistungen im Jahr 2028 vorgesehen, die sich an der Preisentwicklung orientieren soll. ↘ ZIFFER 305 Darüber hinaus findet sie nicht automatisch statt. Die Pflegekosten folgen aufgrund des hohen Lohnanteils eher der Lohn- als der Preisentwicklung. Da die Löhne in der Regel stärker steigen als die Preise, kommt es nach geltendem Recht zwangsläufig zu einer Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung und damit zu im Zeitverlauf steigenden Eigenanteilen. Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass sich eine reine Inflationsindexierung im Vergleich zum Basisszenario mit Lohnindexierung aufgrund des sinkenden Leistungsniveaus und steigender Eigenanteile günstig auf den Anstieg der Beitragssätze auswirkt. ↘ ABBILDUNG 74 Im Jahr 2040 dürfte der Beitragssatz mit 4,4 % rund 0,8 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios liegen. Gleichzeitig verringert sich das Leistungsniveau im Vergleich zum Basisszenario bis zum Jahr 2060 um rund 30 %.

↘ ABBILDUNG 74

Beitragssatzentwicklung bei verschiedenen Leistungsdynamisierungen



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-121-01

353. Die Verteilung der finanziellen Lasten der demografischen Alterung zwischen Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden könnte stattdessen über die **Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors** gesteuert werden. Ähnlich wie in der GRV könnte dieser bei der regelbasierten Dynamisierung der Leistungen die Anpassungen in Abhängigkeit von der Versichertenstruktur (Veränderung des Verhältnisses von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlenden) dämpfen und so einen intergenerationellen Lastenausgleich herstellen. In den darauf basierenden Simulationen des Sachverständigenrates wird unterstellt, dass Änderungen der Versichertenstruktur zur Hälfte von den Beitragszahlenden (über steigende Beitragssätze) und zur anderen Hälfte von den Pflegebedürftigen (über einen geringeren Anstieg der Leistungen) getragen werden. ↘ ABBILDUNG 74 Dieses Szenario würde über ein bis zum Jahr 2060 um rund 20 % sinkendes Leistungsniveau und steigende Eigenanteile die künftige Beitragssatzentwicklung ebenfalls merklich dämpfen. Im Jahr 2040 dürfte der Beitragssatz mit 4,5 % rund 0,7 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios liegen.

3. Kapitaldeckung in der SPV stärken

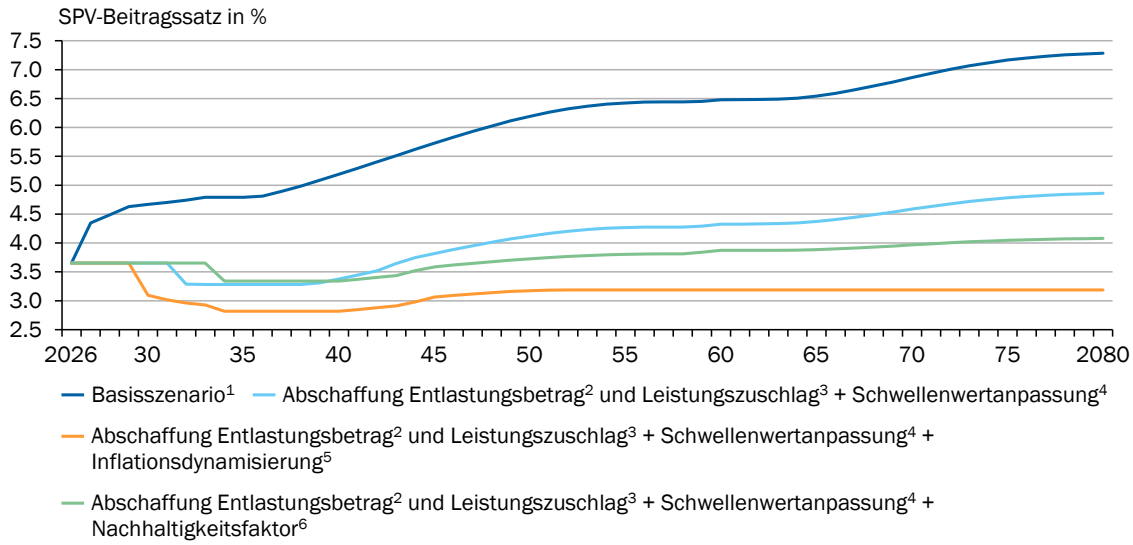
354. Die Einführung der SPV im Jahr 1995 führte für die älteren Geburtsjahrgänge, allen voran die damals bereits anerkannten Pflegebedürftigen, zu erheblichen Einführungsgewinnen. Sie hatten in ihrem Erwerbsleben bis zu diesem Zeitpunkt keine Beiträge entrichtet, konnten aber unmittelbar von den Leistungen der SPV profitieren. Die Leistungsausweitungen in der SPV, insbesondere das PSG II, haben die nachfolgenden Generationen durch stetig steigende Beitragssätze immer stärker an der Finanzierung beteiligt. ↘ ABBILDUNG 35 Die demografische Alterung wird künftig zu einem weiter steigenden Beitragssatz führen. Selbst eine Kombi-

nation der ausgabendämpfenden Maßnahmen kann hieran langfristig nichts ändern. ↘ ABBILDUNG 75 Kurzfristig käme es zwar zu einer deutlichen Absenkung des Beitragssatzniveaus und zu einer annähernden Stabilisierung bis zum Jahr 2040. Danach setzt sich die Entwicklung jedoch ähnlich wie im Basisszenario fort. Durch den langfristigen Beitragssatzanstieg steigt die Belastung für die jüngeren Generationen weiter an und die intergenerationelle Lastenverteilung verschärft sich.

Eine Kombination ausgabendämpfender Maßnahmen mit einer von der Lohnentwicklung abweichenden Dynamisierung der Leistungen der SPV könnte den Beitragssatz langfristig nahezu stabilisieren. ↘ ABBILDUNG 75 Dies ginge aber mit einem sinkenden Leistungsniveau und steigenden Eigenanteilen einher. Um das **Leistungsniveau der SPV** nach ausgabendämpfenden Reformen **zu stabilisieren und eine generationengerechte Finanzierung zu gewährleisten, eignet sich die Stärkung kapitalgedeckter Elemente in der SPV**, deren Beiträge kohortenspezifisch ausgestaltet werden sollten.

↘ ABBILDUNG 75

Beitragssatzentwicklung bei einer Kombination der ausgabendämpfenden Reformen



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Das Ausgabenvolumen des Entlastungsbetrags wird in der BMG-Finanzstatistik nicht separat ausgewiesen. Als Näherung dient die Kategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Deren rechnerische Inanspruchnahme lag im Jahr 2023 bei rund 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und wird im Simulationszeitraum als konstant angenommen. 3 – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI. 4 – Die Schwellenwerte innerhalb der einzelnen Module des NBA legen fest, wie sich die in der Begutachtung tatsächlich erreichten Punkte in gewichtete Punkte des NBA übersetzen, und beeinflussen damit die Gesamtpunktzahl im jeweiligen Modul. In diesem Szenario werden diese Schwellenwerte zusätzlich zum Szenario (PG) für die Module 1, 4 und 6 auf das vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlene Niveau angehoben. 5 – Leistungsdynamisierung anhand der Preisentwicklung. 6 – Der Nachhaltigkeitsfaktor wird berechnet aus der jährlichen Änderung des Verhältnisses des Pflegebedürftigkeitsquotienten multipliziert mit einem Betafaktor in Höhe von 0,5. Der Pflegebedürftigkeitsquotient ist dabei definiert als das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-143-01

355. Anders als in den anderen Sozialversicherungszweigen gibt es in der SPV mit dem Pflegevorsorgefonds (PVF) ↘ ZIFFER 309 bereits einen institutionellen Ansatzpunkt für eine solche Kapitaldeckung. Allerdings weist der PVF in seiner derzeitigen Ausgestaltung grundlegende konzeptionelle und institutionelle Schwächen auf (Breyer und Janeba, 2025). ↘ ZIFFER 309 Der Fonds ist als temporäre Demografiereserve ausgestaltet und auf eine schrittweise Auflösung angelegt, die bereits Mitte der 2030er-Jahre beginnt. ↘ ZIFFER 309 Vor diesem Hintergrund bietet der bestehende Fonds keinen geeigneten Ausgangspunkt für eine Reform. Die Kapitaldeckung in der Pflege sollte stattdessen durch den Aufbau eines neuen, strukturell anders ausgestalteten Kapitalstocks weiterentwickelt und hierfür ein **PVF II** eingerichtet werden (Pimpertz, 2020; Breyer, 2025).

356. Die erforderliche Größenordnung des Kapitalstocks ergibt sich aus der Finanzierungslücke, die bei einer Dämpfung des Beitragssatzes entstehen würde. Diese Dämpfung des Beitragssatzes im Umlagesystem kann über eine Fixierung des Beitragssatzes erfolgen, was zu einem stark sinkenden Leistungsniveau führt. Sie kann auch über eine regelbasierte Anpassung des Leistungsniveaus erfolgen, etwa durch eine Orientierung an der Preisentwicklung oder die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors. ↘ ZIFFERN 352 F. **Die jeweils resultierende Lücke im Leistungsniveau kann dann durch kapitalgedeckte Elemente geschlossen werden**, indem die angesparten Mittel und Erträge aus dem Kapitalstock ergänzend zur Umlagefinanzierung eingesetzt werden. Die Kapitaldeckung würde damit eine Stabilisierung des Leistungsniveaus bei gegebenem Beitragssatz ermöglichen.

357. Der PVF II sollte im Sinne einer **kohortenspezifischen Kapitaldeckung** organisiert werden, um der ungleichen Belastung der Generationen durch Einführungsgewinne und die künftige demografische Alterung entgegenzuwirken. ↘ ZIFFER 354 Dabei würden zusätzliche Beiträge generationenspezifisch angespart und später zur Finanzierung der Pflegeausgaben dieser jeweiligen Kohorte verwendet (Breyer, 2025). Dies ermöglicht eine stärkere Orientierung am Prinzip der Generationengerechtigkeit. Die Verknüpfung von Einzahlungen und späteren Leistungen ist deutlicher, sodass die Finanzierungslasten stärker verursachungsgerecht verteilt werden. Dies stellt sicher, dass auch die Babyboomer-Generation noch zur Finanzierung der von ihnen verursachten Finanzierungslasten beiträgt.

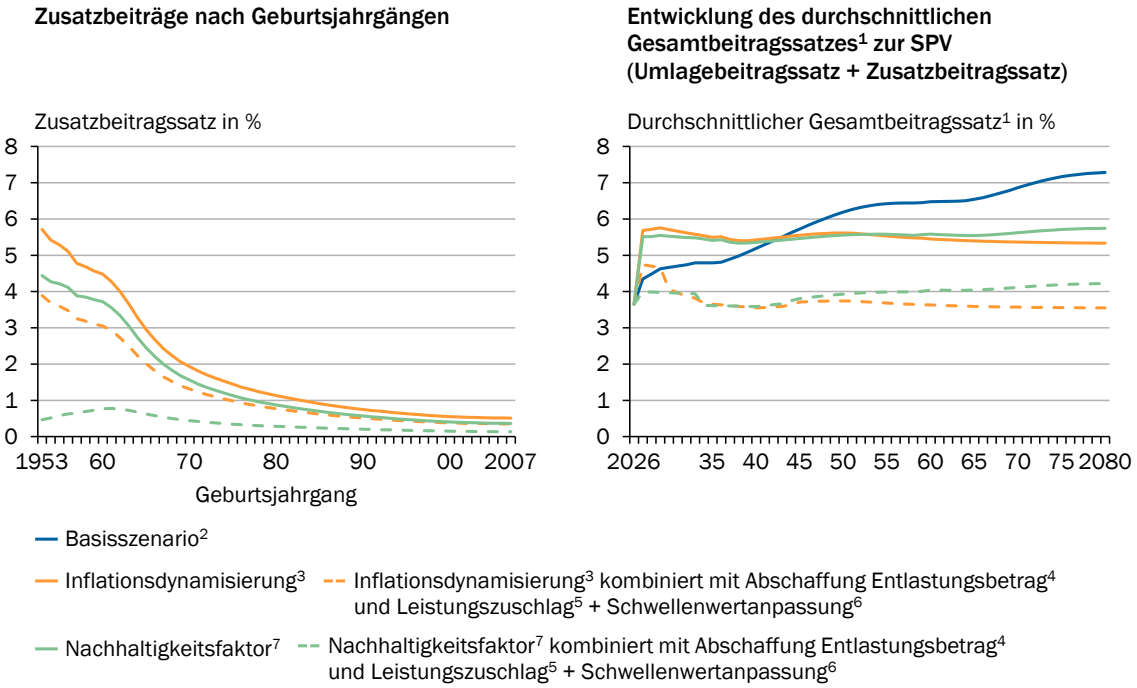
358. Eine kohortenspezifische Kapitaldeckung gleicht den intergenerationellen Nachteil aus, der in einem rein umlagefinanzierten System dadurch entsteht, dass ein Teil des Generationenvertrags (Erziehung von Kindern, die später das Umlagesystem finanzieren) nur unzureichend erfüllt wird. Bei der kohortenspezifischen Kapitaldeckung erfolgt die **einkommensbezogene Umverteilung** primär innerhalb der jeweiligen Kohorten (**intragenerationell**). Zudem kann das **Risiko einer fehlenden Zweckbindung** der Mittel durch eine kohortenspezifische Kapitaldeckung reduziert werden, da eine eindeutige Zuordnung der Mittel zu bestimmten Anspruchsgruppen die politische Zugriffsmöglichkeit stärker begrenzen dürfte als dies beim bisherigen PVF der Fall war (Breyer, 2024).

359. Für den kohortenspezifischen PVF II sollte eine stärker **langfristig ausgerichtete Anlagestrategie mit breiter internationaler Diversifizierung und einem höheren Anteil an Aktien** gewählt werden. Dies könnte die langfristige Rendite deutlich erhöhen, ohne die langfristige Stabilität der Finanzierung zu gefährden. Durch ihren langen Anlagehorizont verfügt die Kapitaldeckung in der Pflege über eine hohe Risikotragfähigkeit. Eine überwiegend konservative Anlagepolitik nutzt diesen strukturellen Vorteil nicht ausreichend aus. Die bisherige Anlagestrategie des PVF sieht nur einen geringen Aktienanteil vor und vergibt dadurch Ertragschancen der Kapitaldeckung. ↘ ZIFFER 309

360. Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass die zur Stabilisierung des Leistungsniveaus der SPV erforderlichen **kohortenspezifischen Zusatzbeiträge im PVF II stark vom Geburtsjahrgang abhängen**. ↘ ABBILDUNG 76

↘ ABBILDUNG 76

Beitragssatzentwicklung bei der Einführung einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung zum Ausgleich eines sinkenden Leistungsniveaus der SPV



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

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-124-02

LINKS Für die ab dem Jahr 1953 bis Mitte der 1960er-Jahre Geborenen liegen diese – je nach Ausgestaltung der Leistungsanpassung – bei etwa 3 % bis 6 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Für nachfolgende Generationen reduziert sich der zusätzliche Beitrag deutlich und liegt für ab dem Jahr 1980 Geborene unter 1 %. Aufgrund der vergleichsweise hohen Zusatzbeiträge der geburtenstarken Jahrgänge läge der durchschnittliche Gesamtbeitragssatz zur SPV (Beitragssatz zum Umlageverfahren + kohortengewichteter Zusatzbeitrag zur Kapitaldeckung) zunächst oberhalb des Basisszenarios. ↘ ABBILDUNG 76 RECHTS Ab Anfang der 2040er-Jahre kehrt sich dies um, und die durchschnittliche Gesamtbelastung entwickelt sich vergleichsweise günstig.

361. **Ab einem Lebensalter von 75 Jahren** (Geburtsjahr 1952) steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, stark an. Für diese Personen bleibt nicht mehr genügend Zeit für den Aufbau eines nennenswerten Kapitalstocks zur vollständigen Finanzierung der Lücke im Leistungsniveau. Die dafür erforderlichen Zusatzbeitragssätze wären aufgrund der kurzen Ansparphase und dem geringen Ertragspotenzial sehr hoch. Stattdessen könnte auch für die über 74-Jährigen ein Zusatzbeitrag in Höhe des Satzes für 74-Jährige erhoben werden. Die verbleibende Leistungslücke ließe sich durch die angesparten Mittel des bisherigen PVF decken. ↘ ZIFFERN 309 F. Ihm sollten mit Einführung des PVF II dann keine weiteren Mittel mehr zugeführt werden.

362. **Die erforderlichen kohortenspezifischen Zusatzbeiträge lassen sich deutlich reduzieren, wenn die Kapitaldeckung mit den weiteren in diesem Kapitel thematisierten Handlungsoptionen kombiniert wird.** Durch die Kapitaldeckung wird die durch die Einführung einer Inflationsindexierung oder eines Nachhaltigkeitsfaktors entstehende Lücke im Leistungsniveau kompensiert. Werden zusätzlich die Abschaffung des Entlastungsbetrags ↘ ZIFFER 342 und der Leistungszuschläge ↘ ZIFFER 349 sowie die Erhöhung der Schwellenwerte an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ↘ PLUSTEXT 17 fachlich empfohlenen Werte ↘ ZIFFERN 304 FF. umgesetzt, verringert sich die zu schließende Leistungsniveaulücke und damit auch der erforderliche Umfang der Kapitaldeckung. ↘ ABBILDUNG 75 Dies zeigt sich insbesondere bei älteren Kohorten. Die Zusatzbeiträge fallen in der kombinierten Reform deutlich niedriger aus als in der isolierten Variante der kohortenspezifischen Kapitaldeckung. ↘ ABBILDUNG 76 LINKS

So sinken die erforderlichen Zusatzbeiträge für die geburtenstarken Jahrgänge der späten 1950er- und frühen 1960er-Jahre unter Inflationsindexierung auf rund 3 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Bei Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors liegen die Zusatzbeiträge noch niedriger und gehen für ältere Kohorten auf unter 1 % zurück. Die Anpassung der Schwellenwerte führen im Vergleich zum Basisszenario zu einer günstigeren Entwicklung des Verhältnisses der Pflegebedürftigen zu den Beitragszahlenden. Dadurch wird die Leistungsdynamisierung im Vergleich zum Basisszenario weniger stark gedämpft und die zu finanzierende Lücke fällt kleiner aus. Die deutlich geringeren Zusatzbeiträge der älteren Kohorten im kombinierten Szenario wirken sich auch entsprechend günstig auf die Entwicklung des durchschnittlichen Gesamtbeitragssatzes zur SPV (Beitrags-

satz zum Umlageverfahren + kohortengewichteter Zusatzbeitrag zur Kapitaldeckung) aus. ↘ ABBILDUNG 76 RECHTS Dieser liegt nahezu im gesamten Simulationszeitraum deutlich unterhalb des Beitragssatzniveaus im Basisszenario.

Eine andere Meinung

363. Ein Mitglied des Rates, Achim Truger, kann sich der Mehrheitsposition des Sachverständigenrates im Kapitel „Soziale Pflegeversicherung: fokussieren und generationengerecht finanzieren“ in einigen Punkten nicht anschließen. **Die abweichende Meinung** betrifft **erstens** die von der Ratsmehrheit wegen des Primats der Beitragssatzdämpfung vorgenommene **Neugewichtung der Ziele der Pflegeversicherung** hin zu mehr Subsidiarität und Eigenverantwortung. Dabei tritt das ursprüngliche Ziel der SPV, sicherzustellen, dass ein überwiegender Teil der Pflegebedürftigen nicht auf Sozialhilfe angewiesen ist, in den Hintergrund. Sie betrifft **zweitens** die **Vernachlässigung** potenziell **gravierender verteilungspolitischer Nebenwirkungen** und **sozialer Härten** der unterbreiteten Handlungsoptionen. Daher werden **drittens** konkret die vorgeschlagenen Handlungsoptionen der **Abschaffung des Leistungszuschlags**, **der Inflationsanpassung oder des Nachhaltigkeitsfaktors** sowie der Einführung eines kohortenspezifischen **Pflegevorsorgefonds (PVF) II abgelehnt**. **Viertens** wird eine auf das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung **fokussierte Reformstrategie** vorgezogen, die neben ausgabenseitigen Maßnahmen auch auf die **Stärkung der Einnahmenseite** setzt.

Zielverschiebung weder notwendig noch überzeugend begründet

364. Die Ratsmehrheit hält es für erforderlich, in der SPV weitere Beitragssatzsteigerungen zu dämpfen oder ganz zu vermeiden. Hierfür will sie die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen durch höhere Eigenanteile stärken. Sie ist dafür bereit, einen erheblichen Anstieg von Anzahl und Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, in Kauf zu nehmen. Damit nimmt die **Ratsmehrheit** gegenüber der ursprünglichen Zielsetzung der SPV eine **erhebliche Zielverschiebung** vor.

Wie Rothgang (2026) betont, bestand die ursprüngliche **Hauptlegitimation der SPV** darin, die bei stationärer Pflege andernfalls drohende **pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern**. Die Pflegeversicherung sollte dafür eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreichen sollte, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, was zunächst auch erreicht worden sei. Mittlerweile allerdings sind die Eigenanteile in der stationären Pflege so stark gestiegen, dass nach Schätzungen von Rothgang et al. (2026) 37,1 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund suchte und sucht die Politik nach Möglichkeiten der Begrenzung der Eigenanteile. Die **Ratsmehrheit** setzt sich davon deutlich ab und **steuert in die entgegengesetzte Richtung**.

365. Die **Ratsmehrheit** begründet die von ihr befürwortete **deutliche Zielverschiebung** hin zu mehr Eigenverantwortung und höheren Eigenanteilen mit der Notwendigkeit der Dämpfung der Beitragssatzentwicklung. Diese wiederum sei erforderlich, um erstens intergenerationelle Verteilungskonflikte zu entschärfen,

zweitens um zu vermeiden, dass Versicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze durch Anhebungen der Beitragssätze relativ stärker belastet würden als Versicherte darüber und drittens, um eine Beeinträchtigung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zu vermeiden.

366. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht erscheint eine **sehr starke Priorisierung** des Ziels der **Beitragssatzdämpfung** allerdings **nicht erforderlich**, da die referierten gesamtwirtschaftlich negativen Effekte von Beitragssatzerhöhungen lediglich moderat ausfallen. ↘ ZIFFERN 140 FF. Zudem kann der von der Ratsmehrheit vorgeschlagene PVF II je nach Kombination mit anderen Reformvarianten in einem Übergangszeitraum von über 15 Jahren durchaus zu einem kräftigen Anstieg des Gesamtpflegeversicherungsbeitragssatzes (SPV-Satz + Zusatzbeitragssatz) führen. Unterstellt man geringere Renditen aus der Kapitaldeckung als die von der Ratsmehrheit angenommenen realen 5 % würde sich das Niveau der Zusatzbeiträge erhöhen und die Dauer des Übergangszeitraums mit höheren Gesamtbeitragssätzen verlängern. Ein ähnlicher potenzieller Widerspruch zwischen den Zielvorgaben der Ratsmehrheit und dem befürworteten PVF II ergäbe sich in diesem Fall aufgrund der Beitragssatzanhebungen auch bezüglich der monierten relativ stärkeren Mehrbelastung von Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber jenen oberhalb der Grenze. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die geeignet wäre, das Problem zu lindern, wird im Kontext der SPV von der Ratsmehrheit allerdings diskutiert.

Drastischer Anstieg der Hilfe-zur-Pflege-Quote zu erwarten

367. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) lag die Hilfe-zur-Pflege-Quote (HzP-Quote) von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Jahr 2025 bei 36,8 %. Für das Jahr 2026 wird ein Anstieg auf 37,1 % erwartet. **Die Vorschläge der Ratsmehrheit würden insgesamt zu einem drastischen Anstieg der HzP-Quote führen.** Dafür sind im Wesentlichen zwei Faktoren verantwortlich: Erstens und vor allem die vorgeschlagene Streichung des Leistungszuschlags, der gestaffelt nach Aufenthaltsdauer im Pflegeheim die Eigenanteile spürbar begrenzt. Zweitens dürfte selbst die von der Ratsmehrheit als günstig für die Versicherten eingestufte bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung einen weiteren Anstieg der HzP-Quote nicht verhindern können. Hinzu kommen erhebliche Risiken, die vom PVF II und der von der Ratsmehrheit im JG 2023 befürworteten Dämpfung der Rentenanpassung ausgehen.

368. Die Ratsmehrheit schlägt die Abschaffung des Leistungszuschlags vor. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) hätte ein **Verzicht auf die Einführung des Leistungszuschlags** im Jahr 2022 allerdings im vergangenen Jahr zu einer um über 7 Prozentpunkte **höheren HzP-Quote** von 43,9 % geführt, wobei die Differenz unter den gesetzten Annahmen bis zum Jahr 2035 auf über 10 Prozentpunkte und die HzP-Quote auf 52,7 % ansteigen könnte.

369. Die von der Ratsmehrheit im Basisszenario angenommene bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung könnte grundsätzlich für eine Stabilisierung der HzP-Quote in etwa auf dem heutigen Niveau geeignet sein. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Bruttolöhne in der Pflege sich

wie die gesamtwirtschaftlichen Bruttolöhne entwickeln. Dann wachsen zwar die pflegebedingten Eigenanteile auch mit dieser Rate. Aber wenn die Einkommen der Rentnerinnen und Rentner ebenfalls bruttolohnbezogen wachsen, können sie den Anstieg der Eigenanteile daraus finanzieren, und die HzP-Quote bliebe konstant. Wie Rothgang (2026) und Rothgang et al. (2026) argumentieren, ist jedoch aufgrund der starken Arbeitsnachfrage nach Pflegekräften bei den pflegebedingten Heimkosten sowohl mit einer überdurchschnittlichen Lohnentwicklung als auch mit einem zusätzlichen Aufwuchs an Arbeitskräften zu rechnen, sodass die **HzP-Quote selbst bei bruttolohnbezogener Leistungsanpassung** weiter steigen dürfte. Unter den von Rothgang et al. (2026) auf Basis des mittleren Szenarios des WIdO (2026) bezüglich der pflegebedingten Eigenanteile getroffenen Annahmen käme es gegenüber dem heutigen Niveau bis zum Jahr 2035 zu einem Anstieg der HzP-Quote um 5 Prozentpunkte auf 42,1 %.

Hinzu kommen Risiken aus dem PVF II: Sollte die tatsächliche Rendite hinter der dort vorausgesetzten hohen Rendite von real 5 % pro Jahr zurückbleiben, würden die Leistungen der Pflegeversicherung geringer als angenommen ausfallen und die zu leistenden Eigenanteile der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner dementsprechend weiter ansteigen. Würden schließlich die Reformvorschläge der Ratsmehrheit für Änderungen bei der Rentenanpassung umgesetzt (JG 2023 Ziffern 420 ff.), würden die Rentenbezüge zudem deutlich langsamer als die Bruttolöhne steigen, sodass die steigenden Eigenanteile von einigen Rentnerinnen und Rentnern nicht mehr aus eigener Kraft geleistet werden könnten.

Steigende finanzielle und administrative Belastung der Kommunen zu erwarten

370. Der bei einer Umsetzung der Vorschläge der Ratsmehrheit zu erwartende **drastische Anstieg der HzP-Quoten** und der Fallzahlen der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege würde die **Kommunen vor massive finanzielle Probleme stellen**. Folgt man Rothgang et al. (2026), so würde allein der Wegfall der Leistungszuschläge perspektivisch zu einer Verdopplung der realen HzP-Ausgaben führen. Vernachlässigt man zu illustrativen Zwecken den Bestandsschutz für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die aktuell Leistungszuschläge beziehen, würden sich im laufenden Jahr die HzP-Ausgaben der Kommunen bei Wegfall der Leistungszuschläge von 4,5 Mrd Euro auf 9 Mrd Euro verdoppeln. Langfristig könnten Ausgabensteigerungen von 10 Mrd Euro und mehr nötig werden. Es ist offensichtlich, dass die Kommunen vor dem Hintergrund ihrer extrem angespannten Finanzlage mit einem negativen Budgetsaldo von 31,9 Mrd Euro im vergangenen Jahr nicht in der Lage sind, solche zusätzlichen Belastungen zu stemmen.

Die Ratsmehrheit stellt zwar fest, dass ihr Vorschlag „zu einer Kosten- und Lastverschiebung zu den kommunalen Trägern der Hilfe zur Pflege führen“ dürfte und dass sich die Frage nach einer geeigneten Gegenfinanzierung stelle. ↘ ZIFFERN 349 F. Hierfür schlägt sie jedoch lediglich die Einführung eines bedarfsgeprüften Pflegewohngeldes auf Länderebene zur Entlastung der Pflegebedürftigen vom Investitionskostenanteil vor. Diese Maßnahme dürfte jedoch aufgrund des relativ gerin-

gen Anteils der Investitionskosten an den gesamten Eigenanteilen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die zusätzliche Belastung der Kommunen nicht annähernd ausgleichen können. Zudem würde eine solche Maßnahme die Belastungen der Kommunen in Ländern, in denen ein Pflegewohngeld, wie etwa in Nordrhein-Westfalen, bereits existiert, überhaupt nicht mindern.

371. Aufgrund der steigenden Fallzahlen bei den HzP-Empfängerinnen und -Empfängern und einer flächendeckenden Einführung des Pflegewohngeldes würden die Kommunen auch administrativ erheblich gefordert. Auch die Ratsmehrheit stellt fest, dass sich die Frage nach dem administrativen Umgang stelle. Hinzu kommt, dass nach der Wohngeldreform (Wohngeld plus) im Jahr 2023 bereits der Zugang zu einem weiteren bedarfsgeprüften Transfer erheblich ausgeweitet wurde, den auch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nutzen können. Damit stünden nunmehr drei bedarfsgeprüfte Transfers zur Verfügung, die von den Kommunen administriert werden müssten: Die Hilfe zur Pflege, das vorrangig zu nutzende Pflegewohngeld für die Investitionskosten und das Wohngeld plus für Unterkunft und Verpflegung. Dies stellt für die Kommunen und die betroffenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zweifellos einen **Zuwachs an Bürokratie** dar. Wie die Ratsmehrheit zu Recht anmerkt, könnten dessen Auswirkungen zwar perspektivisch durch die Umsetzung des Once-Only-Prinzips und eine konsequente Digitalisierung begrenzt werden. Ob und wann dies gelingt, ist jedoch schwer vorhersehbar.

Ausgestaltung des PVF II problematisch und riskant

372. Die Ratsmehrheit schlägt einen **kohortenspezifischen PVF II** vor, in dem die einzelnen Kohorten der Versicherten zusätzliche Beiträge ansparen, die mit möglichst hohen Renditen vornehmlich an den internationalen Kapitalmärkten angelegt werden sollen. In der Auszahlungsphase sollen die angesparten Mittel dann dazu genutzt werden, die durch Nachhaltigkeitsfaktor oder Inflationsausgleich gesenkten Leistungen der Pflegeversicherung auf das Niveau anzuheben, das sich bei bruttolohnbezogener Anpassung ergäbe.

Die kohortenspezifischen, mit dem Lebensalter zunehmenden Zusatzbeitragssätze könnten **rechtlich problematisch** sein. So weist Breyer (2025) für sein kohortenspezifisches Modell mit einheitlichen Zusatzbeitragssätzen darauf hin, dass geklärt werden müsse, ob es rechtlich zulässig sei, Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Geburtsjahr zu staffeln. Im Modell der Ratsmehrheit wäre dementsprechend die Frage zu klären, ob eine Staffelung der Beitragssätze nach dem Geburtsjahr möglich ist. Als problematisch könnte sich dabei erweisen, dass die Zusatzbeitragssätze bis zum Geburtsjahrgang 1953 kräftig ansteigen, um nach diesem – letztlich **willkürlich gesetzten** – **Alter** konstant zu bleiben. Gleichzeitig würden ausschließlich die vor dem 1.1.1953 Geborenen in den Genuss der Auszahlungen des PVF I kommen, mit denen deren kürzungsbedingte Pflegelücke geschlossen werden soll.

373. Wenn es nicht zu einem Systembruch in der SPV kommen soll, bei dem die Lasten der Zusatzbeiträge einseitig nur den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgebürdet würden, müssten die Zusatzbeiträge bei abhängig Beschäftigten wie in

der SPV und beim bisherigen PVF I weiterhin paritätisch von Beschäftigten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern erhoben werden. In diesem Fall müssten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dann je nach Alter ihrer Beschäftigten unterschiedliche hohe Beitragssätze abführen, wobei für ältere Beschäftigte deutlich höhere Beiträge als für jüngere bezahlt werden müssten. Es stellt sich die Frage nach möglichen Anreizwirkungen im Hinblick auf die Attraktivität der Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Begünstigung von Frühverrentungen.

374. Die vorgeschlagene Kapitaldeckung beim PVF II birgt erhebliche Risiken. Die Ratsmehrheit möchte die Mittel anders als im bisherigen PVF I renditeträchtiger auf den internationalen Kapitalmärkten anlegen. Dabei unterstellt sie eine reale Rendite von 5 % pro Jahr. Dies ist grundsätzlich schon optimistisch. Darüber hinaus steigt bei kürzeren Anlagezeiträumen, die für die älteren Kohorten gelten, das Risiko deutlich geringerer Renditen oder sogar von Kapitalverlusten. **Das kapitalmarktbedingte Risiko würde im Modell der Ratsmehrheit voll von den Versicherten getragen, die dann durch höhere Eigenanteile belastet würden.** Dieses Risiko besteht grundsätzlich für alle Anlagehorizonte und Kohorten. Die Erfahrungen mit Kursentwicklungen aus vergangenen Jahrzehnten lassen sich nicht einfach extrapolieren.

Aus diesem Grund wäre eine vorsichtigere Herangehensweise mit einer niedrigeren unterstellten Rendite angemessen gewesen. So weist Breyer (2025) zwar auf die Möglichkeit realer Renditen von 4 oder 5 % bei international diversifizierter Kapitalanlage hin, legt seinen Berechnungen jedoch eine reale Rendite von 3 % zugrunde. Bei einer solchen **niedrigeren Rendite** fielen die **notwendigen kohortenspezifischen Zusatzbeitragssätze** zur Schließung der von der Ratsmehrheit befürworteten Pflegelücke jedoch noch erheblich größer aus. Werden sie auf der Basis höherer Renditen bemessen, geht die Differenz voll zulasten der in der SPV Versicherten.

Gravierende verteilungspolitische Nebenwirkungen und soziale Härten zu erwarten

375. Die Umsetzung der **Vorschläge der Ratsmehrheit** würde mit erheblichen verteilungspolitischen Nebenwirkungen und sozialen Härten einhergehen. Dies betrifft erstens die drastisch steigende Notwendigkeit der Inanspruchnahme von bedarfsgeprüften Sozialleistungen wie dem Pflegewohngeld und vor allem der Hilfe zur Pflege. Dadurch würde das **ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung weiter ausgehöhlt**, und der für viele pflegebedürftige Menschen demütigende Gang zum Sozialamt dürfte immer häufiger werden.

376. Zweitens betrifft es den **übergangsweise erheblichen Beitragssatzanstieg** durch den PVF II, der für viele Versicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze mit einer relativen Mehrbelastung gegenüber Versicherten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und gegenüber Privatversicherten verbunden wäre. Drittens würden Rentnerinnen und Rentner, die von den Zusatzbeiträgen des PVF II betroffen wären, je nach Reformoption mit **zusätzlichen Beitragssät-**

zen von bis zu 5,4 % belastet. Dadurch wäre mit einem spürbaren weiteren **Anstieg der Armutsrisikoquote für Rentnerinnen und Rentner** sowie auch mit einer **weiter steigenden Grundsicherungsquote Älterer** zu rechnen. Unterstellt man eine geringere Rendite für den PVF II, müssten die Zusatzbeitragssätze nochmals spürbar höher ausfallen.

Ausgabenseitige Fokussierung der SPV und Stärkung der Einnahmenseite als Alternative

377. Statt die von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu tragenden Eigenanteile und damit auch die HzP-Quote immer weiter steigen zu lassen, sollte eine **Reform der Pflegeversicherung wieder auf deren ursprüngliches Ziel abstellen und einen weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam verhindern**. Hierzu könnte eine Variante des von der Ratsmehrheit abgelehnten **Sockel-Spitze-Tausches**, d. h. eine **Deckelung der Eigenanteile** dienen. Wie simuliert würde dies für sich genommen die Ausgaben der Pflegeversicherung und damit den Beitragssatz deutlich steigern. Wenn, anders als in den Simulationen unterstellt, der Deckel für die Eigenanteile mit der Inflationsrate oder dem Lohnwachstum dynamisiert würde, würde der Anstieg über die Zeit etwas gemindert (Rothgang et al., 2026). Dasselbe gilt, falls im Gegenzug der Leistungszuschlag weitgehend ohne Bestandsschutz, also für neue Pflegefälle, abgeschafft würde. Da der Deckel für die Eigenanteile allerdings deutlich unter dem aktuellen Wert der Eigenanteile angesetzt werden müsste, um einem weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam vorbeugen zu können, beispielsweise bei 1 200 Euro, wäre dennoch mit einem erheblichen Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen (Rothgang, 2026). Dieser lässt sich jedoch dämpfen, wenn die Ausgabenseite der SPV im Sinne ihrer ursprünglichen Funktion refokussiert und gleichzeitig die Einnahmenseite der SPV gestärkt wird.

378. Die Simulationen des Rates zeigen, dass eine **Refokussierung der Ausgabenseite** für sich genommen **erhebliche Finanzierungsspielräume** eröffnen würde. So würde eine Abschaffung des Entlastungsbetrags sowie die Heraufsetzung der Schwellenwerte für die Pflegegrade zusammen mittelfristig eine Senkung des Beitragssatzes um etwa einen Prozentpunkt ermöglichen. Sie könnte aber auch für eine Deckelung der Eigenanteile genutzt werden. Würden die Schwellenwerte auch innerhalb der Module angepasst – was allerdings eine sehr weitgehende Einschränkung darstellen würde – ergäbe sich sogar ein ausgabenseitiger Spielraum von insgesamt zwei Beitragspunkten.

379. **Einnahmenseitig** sollte die SPV – wie auch von der Ratsmehrheit vorgeschlagen – zunächst durch eine **Übernahme versicherungsfremder Leistungen** durch den Bund **gestärkt** werden. Zumindest sollte der Bund der SPV endlich die noch nicht erstatteten **Mehraufwendungen** aufgrund der **Corona-Pandemie** in Höhe von 6 Mrd Euro überweisen. Wenn dieser Betrag zur Auffüllung der Reserven der SPV verwendet würde, ließe sich der im Jahr 2027 bevorstehende kräftige Anstieg des Beitragssatzes spürbar dämpfen. Würden über die Position der Ratsmehrheit hinausgehend zusätzlich die Kosten der Alterssicherung der Pflegepersonen über einen Bundeszuschuss **steuerfinanziert**, würde das die SPV zusätzlich unmittelbar um 0,3 Beitragspunkte entlasten. Zudem sollten die

Länder wirksamer zu höheren Investitionskosten verpflichtet werden. Wenn sie – wie ursprünglich bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen – Zuschüsse in Höhe der eingesparten Sozialhilfe leisten würden, wären dafür bis zu 5 Mrd Euro zusätzlich erforderlich. Diese Mittel würden unmittelbar die Eigenanteile der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner reduzieren. Finanziert werden könnten sie beispielsweise über eine **Reform der Erbschaftsteuer**.

Die SPV sollte zudem durch eine deutliche Anhebung von Jahresarbeitsentgeltgrenze und Beitragsbemessungsgrenze einnahmenseitig gestärkt werden. Mittelfristig könnte die Einbeziehung etwa der Beamtinnen und Beamten zu einer weiteren Entlastung bei den Beitragssätzen führen.

ANHANG

↘ KASTEN 21

Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“

Der „Zukunftspakt Pflege“ ist eine Arbeitsgruppe von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden. Er verfolgt das Ziel, die SPV einerseits auf eine stabile finanzielle Grundlage zu stellen und andererseits eine ausreichende pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe wurden am 11. Dezember 2025 veröffentlicht. Sie lassen sich in die Bereiche Versorgung und Finanzierung unterscheiden (BMG, 2025a).

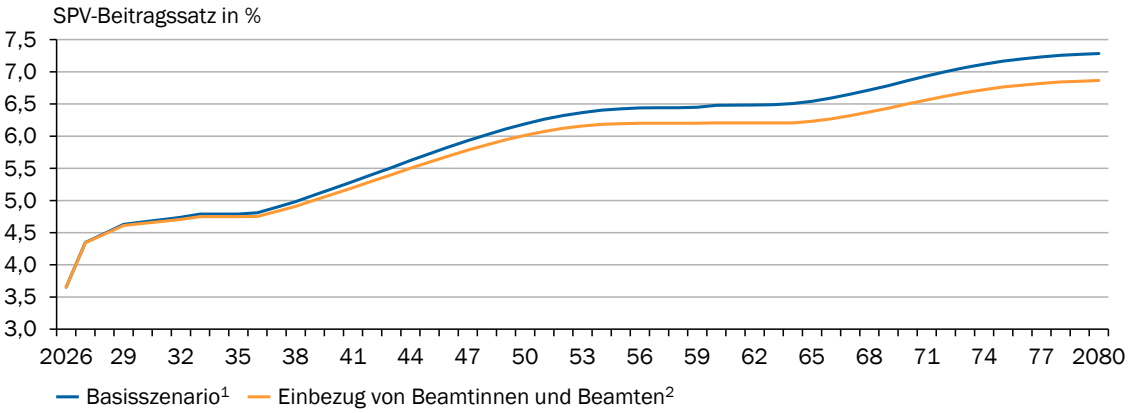
Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, soll die Prävention gestärkt werden. Dazu könnten beispielsweise der vorgeschlagene freiwillige Vorsorge-Check „U 60+“ sowie der Ausbau präventiver Hausbesuche beitragen. Für die Pflege zu Hause soll das Leistungsangebot der „fachlichen Begleitung und Unterstützung“ neu gebündelt und durch ein Notfallbudget für Krisensituationen ergänzt werden. Um eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, sollen Pflegekassen und Kommunen künftig leichter selbst als Träger von Einrichtungen auftreten können. Finden Betroffene kein passendes Angebot, sollen die Kassen zur Vermittlung oder zum Case Management verpflichtet sein. Das BMG soll zudem eine engere Zusammenarbeit zwischen Kassen und Ländern prüfen, um die wohnortnahe Infrastruktur zu stärken. Des Weiteren soll eine verbesserte Personalplanung der Kommunen durch verstärkten Datenaustausch und ein systematisches Pflegepersonal-Monitoring ermöglicht werden. In vollstationären Einrichtungen sollen Träger mehr Eigenverantwortung beim Personaleinsatz erhalten, während die Länder eine gezielte Investitionsförderung für digitale Effizienzsteigerungen prüfen. Außerdem sollen Innovationen im Bereich Digitalisierung und Künstliche Intelligenz (KI) zusätzlich durch die Schaffung spezieller Innovationsräume gezielt gefördert werden.

Eine nachhaltige Finanzierung soll durch Maßnahmen auf der Ausgaben- und auf der Einnahmeseite erreicht werden. Dabei soll das Teilversicherungssystem der Pflegeversicherung beibehalten werden. Gleichzeitig sollen die Eigenanteile begrenzt bleiben. Um die Ausgabensteigerung zu bremsen, sollen die Schwellenwerte der Pflegegrade 1 bis 3 angepasst und eine intensivierte Begleitung und Beratung zu Beginn des Pflegebezugs eingeführt werden. Der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 soll entfallen, um stattdessen die neue fachliche Begleitung zu finanzieren und die Ausgabenentwicklung zu stabilisieren. Zur Begrenzung der Eigenanteile werden zwei Modelle zur Wahl gestellt: Ein „Sockel-Spitze-Tausch“ mit einem festen Eigenanteil von 1 200 Euro im Monat oder eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen orientiert an Inflation oder Lohnentwicklung. Zudem soll der Pflegevorsorgefonds renditestärker weiterentwickelt und auf Dauer angelegt werden.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung sollen durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze, einen Finanzausgleich mit der privaten Pflegeversicherung und die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten gestärkt werden. Zusätzlich sind Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte sowie ein gestaffelter Zusatzbeitrag in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten für geburtenstarke Jahrgänge im Gespräch. Die Rentenbeiträge für Pflegende sollen vollständig durch Steuermittel finanziert, der Bundeszuschuss dauerhaft um jährlich 1 Mrd Euro erhöht und die Pandemiekosten der SPV mit Steuermitteln erstattet werden. Ergänzend werden obligatorische oder freiwillige Zusatzversicherungen vorgeschlagen.

↘ ABBILDUNG 77

Beitragssatzentwicklung bei Einbezug von Beamtinnen und Beamten



1 – Fortschreibung des geltenden Rechts, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Annahme einer an die Bruttolohnentwicklung gekoppelten Dynamisierung der Leistungen. 2 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die SPV.

Quellen: BMG, SIM.24

© Sachverständigenrat | 26-140-01

LITERATUR

Arentz, C. und J. Wasem (2026), Reform der Pflegeversicherung: Effizientere Leistungen und stärkere Kapitaldeckung, Wirtschaftsdienst 106 (3), 155–160.

BA (2025), Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2025, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BAG (2021), Urteil vom 24. Juni 2021: Mindestlohn – Bereitschaft – ausländische Betreuungskräfte, 5 AZR 505/20, Bundesarbeitsgericht, Erfurt, 24. Juni.

Bahnsen, L. (2025), Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile nach § 43c SGB XI – Rückblick und Ausblick, WIP-Kurzanalyse Januar 2025, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bahnsen, L., S. Fetzer, F. Franke und C. Hagist (2020), Gone with the windfall – Germany's Second LTC Strengthening Act and its intergenerational implications, Journal of the Economics of Ageing 17, 100254.

Bannenberg, N., O. Førland, T. Iversen, M. Karlsson und H. Øien (2021), Preventive home visits, American Journal of Health Economics 7 (4), 457–496.

Barczyk, D., Y.K. Koh und M. Kredler (2025), Preference heterogeneity versus economic incentives: What determines the choice to give care to the elderly?, SSRN Scholarly Paper 5738769, Social Science Research Network, Rochester, NY.

Barczyk, D. und M. Kredler (2018), Evaluating long-term-care policy options, taking the family seriously, Review of Economic Studies 85 (2), 766–809.

BBSR (2025), INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Ausgabe 07/2025, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn.

Belmonte, M. und A. Nedee (2024), Demographic projections of long-term care needs in the EU up to 2070, Policy Brief JRC136608, Europäische Kommission – Joint Research Centre, Ispra.

BIBB (2021), Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2021: Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn.

BMAS (2025), Pflegemindestlohn erhöht, Pressemitteilung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, 1. Juli.

BMG (2026a), Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/teilstationaere-pflege, abgerufen am 17.4.2026.

BMG (2026b), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2026c), Pflege-Vorsorgeförderung, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-vorsorgefoerderung, abgerufen am 23.4.2026.

BMG (2025a), Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung, Stand: 11. Dezember 2025, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2025b), Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugniserweiterung-entbuerokratisierung-pflege, abgerufen am 22.4.2026.

BMG (2025c), Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2025d), Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap, Stand: 11. Dezember 2025, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2024a), Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den Bundesländern zum Stichtag 31.12.2023, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2024b), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2013), Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG, BMAS, und Pflegebevollmächtigte (2024), Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Gestaltung einer rechtssicheren Grundlage für die Live-In-Betreuung im familiären Bereich, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, Berlin.

Bos, A., P. Boselie und M. Trappenburg (2017), Financial performance, employee well-being, and client well-being in for-profit and not-for-profit nursing homes: A systematic review, Health Care Management Review 42 (4), 352–368.

Breyer, F. (2025), Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 26 (1), 49–61.

Breyer, F. (2024), Reformbedarf für eine generationengerechte Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, Berlin.

Breyer, F. und E. Janeba (2025), Mehr Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung, ifo Schnelldienst 78 (12), 27–31.

BRH (2025), Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Bundesrechnungshof, Bonn.

BRH (2024), Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an das Bundesministerium für Gesundheit über die Prüfung der Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen – Pflegestatistik, Bundesrechnungshof, Bonn.

von Broich-Oppert, M. und M. Wiesenberg (2025), Pflege im Fokus: Befragung von ambulanten und stationär tätigen Pflegekräften sowie von pflegenden Angehörigen, gematik insights Ausgabe 5, gematik – Nationale Agentur für Digitale Medizin, Berlin.

Brühl, A., K. Planer und S. Bensch (2016), Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungsassessment, Pflege & Gesellschaft 21 (1), 78–87.

Bundesrat (2019), Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Drucksache 106/19, Berlin, 1. März.

Bundesregierung (2023), Maßnahmen der Bundesregierung zur Stärkung der Pflegevorsorge, Antwort der Bundesregierung der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/8505 – Drucksache 20/8756, Deutscher Bundestag, Berlin, 11. Oktober.

Bundesregierung (2015), Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Drucksache 18/5926, Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 7. September.

Bundesregierung (1993), Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG), Drucksache 12/5617, Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 4. September.

Büscher, A., H. Budroni, A. Hartenstein, B. Holle und B. Vosseler (2007), Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege, Pflege & Gesellschaft 12 (4), 343–359.

Büscher, A., E.M. Gruber, L. Peters, R. Ostermann, T. Becker und M. Bruns (2022), Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland, Abschlussbericht, Hochschule Osnabrück, FH Münster und Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, Osnabrück und Münster.

Büscher, A. und T. Klie (2024), Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements, in: Schwinger, A., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege, Springer, Berlin und Heidelberg, 235–252.

Büscher, A., S. Stelzig, L. Peters, A. Lübben und I. Yalymova (2023), Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit, VdK-Pflegestudie Abschlussbericht, Sozialverband VdK Deutschland, Berlin.

Campbell, J.C., N. Ikegami und S. Kwon (2009), Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea, International Social Security Review 62 (4), 63–80.

Ditscheid, B. et al. (2023), Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2016–2019) und regionale Variabilität, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (4), 432–442.

Ehrlich, U., K. Möhring und S. Drobnič (2019), What comes after caring? The impact of family care on women's employment, Journal of Family Issues 41 (9), 1387–1419.

Essity (2025), Studie zu Digitalisierung und Robotik in der Pflege: Große Chancen, kaum genutzt, Pressemitteilung, München, 5. November.

Felix, D. (2024), Die Finanzierung von Maßnahmen im Zusammenhangmit der COVID-19-Pandemie über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung: Ein verfassungswidriger Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge, Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der DAK-Gesundheit, Universität Hamburg, Hamburg.

Finkelstein, A. und K. McGarry (2006), Multiple dimensions of private information: Evidence from the long-term care insurance market, American Economic Review 96 (4), 938–958.

Fischer, B. und E. Stempfle (2024), Live-in-Care und andere Unterstützungsformen für zeitintensive Betreuung und Pflege, Diakonie Deutschland, Berlin.

Frediani, J. (2026), Update: VdK klagt gegen Zweckentfremdung von Pflege-Beiträgen, https://www.vdk.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel/update-vdk-klagt-gegen-zweckentfremdung-von-pflege-beitraegen/, abgerufen am 14.4.2026.

GDV (2025), Pflegezusatzversicherung, Gesamtverband der Versicherer, https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906, abgerufen am 14.4.2026.

Gerlinger, T. (2022), Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko, https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/516008/pflegebeduerftigkeit-als-soziales-risiko/, abgerufen am 12.3.2026.

Gesellschaft für Gemeinsinn (2026), Das Programm QuartierPflege, https://www.gemeinsinn-staerken.de/quartierpflege, abgerufen am 8.4.2026.

Geyer, J., P. Haan und T. Korfhage (2017), Indirect fiscal effects of long-term care insurance, Fiscal Studies 38 (3), 393–415.

Geyer, J., P. Haan, H. Kröger und M. Schaller (2021), Need for long-term care depends on social standing, DIW Weekly Report 11 (44/45), 339–346.

Geyer, J., P. Haan und P. Neitzsch (2023), Einkommen von Pflege- und anderen Haushalten fast identisch – große Unterschiede bei Vermögen, DIW Wochenbericht 90 (43), 597–603.

Giar, K. und M. Neumann (2025), Die Pflegeausbildungsstatistik – Einführung und Weiterentwicklung in Zeiten des Fachkräftemangels, WISTA – Wirtschaft und Statistik 6/2025, 64–75.

GKV-Spitzenverband (2024), Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen: Jetzt, Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2021), Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019 mit Änderung vom 08.02.2021, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2015), Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 12, Berlin.

Grabowski, D.C., Z. Feng, R. Hirth, M. Rahman und V. Mor (2013), Effect of nursing home ownership on the quality of post-acute care: An instrumental variables approach, Journal of Health Economics 32 (1), 12–21.

Greß, S., D. Haun und K. Jacobs (2019), Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung, in: Jacobs, K., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Springer, Berlin und Heidelberg, 241–254.

Greß, S. und C. Jesberger (2023), Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung, in: Schwinger, A., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber und K. Jacobs (Hrsg.), Pflege-Report 2023: Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten, Springer, Berlin und Heidelberg, 145–155.

Gupta, Atul, S.T. Howell, C. Yannelis und Abhinav Gupta (2024), Owner incentives and performance in healthcare: Private equity investment in nursing homes, Review of Financial Studies 37 (4), 1029–1077.

Habel, S. und T. Tschenker (2022), Reduktion der Arbeitszeit in der Live-In-Pflege – Eine interdisziplinäre Untersuchung von Maßnahmen der Vermittlungsagenturen, Study 471, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Haun, D. (2025), Rolle und Verbreitung von privaten Pflegezusatzversicherungen, G+G Wissenschaft 25 (1), 34–38.

Hegedüs, A., A. Schürch und I. Bischofberger (2022), Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: A scoping review, International Journal of Nursing Studies Advances 4, 100061.

Helms, F. und L. Röder (2024), 125-Euro-Entlastungsbetrag: Entlastung für die häusliche Pflege?, Ergebnisbericht Studie 2024, pflege.de, Hamburg.

HMD (2025), Pilotprojekt zum Einsatz von Robotik zur Schaffung inklusiver Arbeitsplätze, Pressemitteilung, Hessisches Ministerium für Digitalisierung und Innovation, Wiesbaden, 24. Juni.

IAB (2024), Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen, Pressemitteilung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 15. Oktober.

IGES (2022), Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege, Handlungsleitfaden, IGES Institut, Berlin.

Jacobs, K., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.) (2017), Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Schattauer, Stuttgart.

Karmann, A. und S. Sugawara (2021), Comparison of the Japanese and German nursing-home sectors: Implications of demographic and policy differences, SSRN Scholarly Paper 3193163, Social Science Research Network, Rochester, NY.

Kesternich, I., A. Romahn, J. Van Biesebroeck und M. Van Damme (2025), Cash or care? Insights from the German long-term care system, HCHE Research Paper 31, Hamburg Center for Health Economics, Hamburg.

Klie, T. (2024), Pflegereport 2024: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung 47, medhochzwei, Heidelberg.

Klie, T. (2022), Pflegereport 2022: Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland: Analysen, Befunde, Perspektiven, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung 41, medhochzwei, Heidelberg.

Klie, T., M. Ranft und N.-M. Szepan (2025), Reset Pflegeversicherung: Strukturreform Pflege und Teilhabe III, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin.

Kloss, S. (2025), Pflegeheimkosten: Warum Hilfeanträge Monate brauchen, https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/pflegekosten-hilfe-antraege-lange-bearbeitung-sozialamt-100.html, abgerufen am 13.4.2026.

Konetzka, R.T., D. He, J. Dong und J.A. Nyman (2019), Moral hazard and long-term care insurance, Geneva papers on risk and insurance – Issues and practice 44 (2), 231–251.

Korfhage, T. und B. Fischer-Weckemann (2024), Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance, Journal of Health Economics 96, 102884.

Kuhlmey, A. und A. Budnick (2024), Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten, in: Schwinger, A., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege, Springer, Berlin und Heidelberg, 100–107.

Landtag BW (2025), Bearbeitung von Anträgen auf Hilfe zur Pflege durch die Sozialämter, Drucksache 17/9244, Landtag von Baden-Württemberg, 28. Juli.

Leiber, S. (2024), Die Ankunft der Babyboomer: Was tun mit der „24-Stunden-Pflege“?, in: Schwinger, A., A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs und S. Behrendt (Hrsg.), Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege, Springer, Berlin und Heidelberg, 87–98.

Liimatta, H., P. Lampela, P. Laitinen-Parkkonen und K.H. Pitkala (2019), Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults, Scandinavian Journal of Primary Health Care 37 (1), 90–97.

Llena-Nozal, A., J. Barszczewski und J. Rauet-Tejeda (2025), How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems, OECD Health Working Paper 182, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Mathes, T. et al. (2017), Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs, HTA-Bericht 134, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln.

Medicproof (2024), Pflegegrad 1 in der Begutachtung – Datenanalyse und Gutachterbefragung, Wissenschaftliches Dossier, Köln.

Miller, H.D. (2009), From volume to value: Better ways to pay for health care, Health Affairs 28 (5), 1418–1428.

Mommaerts, C. (2025), Long-term care insurance and the family, Journal of Political Economy 133 (1), 1–52.

Nolting, H.-D. und J. Rellecke (2020), Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, Leitfaden für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.

Nolting, H.-D., J. Talamo, L. Wentz und J.K. Wolff (2023), Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue" der BeneVit Holding GmbH in Wyhl, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.

Ochmann, R. und G. Braeseke (2023), Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, IGES Institut, Berlin.

OECD (2025), The economic benefit of promoting healthy ageing and community care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD (2024), Is care affordable for older people?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Paritätischer Gesamtverband (2026), Pflege? Aber sicher! Aufruf für eine solidarische Pflegevollversicherung, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Berlin.

Petermann, A., G. Jolly und K. Schrader (2020), Fairness und Autonomie in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft – Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Städtler-Mach, B. und H. Ignatzi (Hrsg.), Grauer Markt Pflege: 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 99–122.

Pimpertz, J. (2020), Kapitalgedeckt finanzierte Pflegekosten – Gutachten, Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

Pimpertz, J. und M. Stockhausen (2024), Vorsorge für den stationären Pflegefall: Wie lange reichen Vermögen und Einkommen deutscher Rentnerhaushalte?, Gutachten für den PKV-Verband, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

Rechel, B. et al. (2013), Ageing in the European Union, The Lancet 381 (9874), 1312–1322.

Rellecke, J., H.-D. Nolting und J. Krieger (2018), Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI: Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin.

Rocard, E. und A. Llena-Nozal (2022), Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind, OECD Health Working Paper 140, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Roth, S.J. (2026), Der Pflegemindestlohn sollte bei der Pflege-Reform auf den Prüfstand, Wirtschaftsdienst 106 (3), 161–165.

Rothgang, H. (2026), Steigende Eigenanteile in der Pflege: Warum Leistungsdynamisierung nicht ausreicht, Wirtschaftsdienst 106 (3), 171–175.

Rothgang, H., C. Burfeindt, J. Cwikla und R. Müller (2025), BARMER Pflegereport 2025: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 48, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin.

Rothgang, H. und D. Domhoff (2025), Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung, Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung, Universität Bremen, Bremen.

Rothgang, H., M. Hasseler, M. Fünfstück, L. Neubert und J. Czwikla (2015), Evaluation des NBA: Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen, Endbericht, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen.

Rothgang, H., S. Iwansky, R. Müller, S. Sauer und R. Unger (2010), BARMER GEK Pflegereport 2010 – Schwerpunktthema: Demenz und Pflege, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd.

Rothgang, H., T. Mamontova und C. Wagner (2026), Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen, Sonderanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit, Universität Bremen, Bremen.

Rothgang, H. und R. Müller (2024), BARMER Pflegereport 2024: Pflegerisiko und Pflegedauer, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 47, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin.

Rothgang, H., R. Müller, R. Mundhenk und R. Unger (2014), BARMER GEK Pflegereport 2014 – Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29, BARMER GEK, Berlin.

Rothgang, H., A. Schmid, L. Maaß, B. Preuß und C. Wagner (2019), Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) – Abschlussbericht: Statistische Untersuchung (Los 4), SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bremen.

Rothschild, M. und J. Stiglitz (1976), Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information, Quarterly Journal of Economics 90 (4), 629–649.

Ruotsalainen, S., M. Elovainio, S. Jantunen und T. Sinervo (2023), The mediating effect of psychosocial factors in the relationship between self-organizing teams and employee wellbeing: A cross-sectional observational study, International Journal of Nursing Studies 138, 104415.

Schmitz, H. und M. Westphal (2017), Informal care and long-term labor market outcomes, Journal of Health Economics 56, 1–18.

Schober, G. (2025), Bewohnern droht Rauswurf aus Pflegeheimen, https://www.tagesschau.de/investigativ/report-mainz/sozialhilfe-pflege-100.html, abgerufen am 13.4.2026.

Schwinger, A., K. Jürchott, C. Tsiasioti, S. Matzk und S. Behrendt (2023), Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (5), 479–489.

Schwinger, A. und K. Zok (2024), Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände, WIdO monitor 1/2024, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2023), Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt, Pressemitteilung N029, Wiesbaden, 11. Mai.

Stolarz, H., U. Kremer-Preiß und H. Kieschnick (2006), Ambulant betreute Wohngruppen, Arbeitshilfe für Initiatoren, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gütersloh und Köln.

vdek (2026), Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen erneut mehr aus eigener Tasche bezahlen: Eigenanteil steigt auf durchschnittlich 3.245 Euro im ersten Aufenthaltsjahr, Pressemitteilung, Verband der Ersatzkassen, Berlin, 22. Januar.

vdek (2025), Pilotprojekt belegt: Humanoide Roboter können die Gesundheit von Pflegebedürftigen verbessern, Pressemitteilung, Verband der Ersatzkassen, Kiel und Lübeck, 9. April.

VdK (2026), Pflegeversicherung, Sozialverband VdK Deutschland, https://www.vdk.de/themen/pflege/pflegeversicherung/, abgerufen am 1.4.2026.

Verbakel, E. (2018), How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms, Scandinavian Journal of Public Health 46 (4), 436–447.

Wasem, J., C. Arentz, T. Büttner, C. Papaspyratos und C. Rolfs (2025), Stellungnahme des Experten-Rat „Pflegefinanzen“ zum Start der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene zur Reform der Pflegeversicherung und zum Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Verantwortung für Deutschland“, April 2025, Experten-Rat Pflegefinanzen, Köln.

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

WIdO (2026), Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.

WIdO (2025), Unzureichende Flüssigkeitszufuhr bei Demenz – QCare Qualitätsatlas Pflege, Wissenschaftliches Institut der AOK, https://qualitaetsatlas-pflege.de/fluessigkeitsversorgung-bei-demenz/kreise/anteil/2023, abgerufen am 22.4.2026.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK (2022), Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen, Gutachten, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin.