Pflegefinanzierung: zentrale Herausforderungen und Lösungsoptionen

von Heinz Rothgang

Abstract

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

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

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

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

1 Einleitung

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

2 Ausgangslage

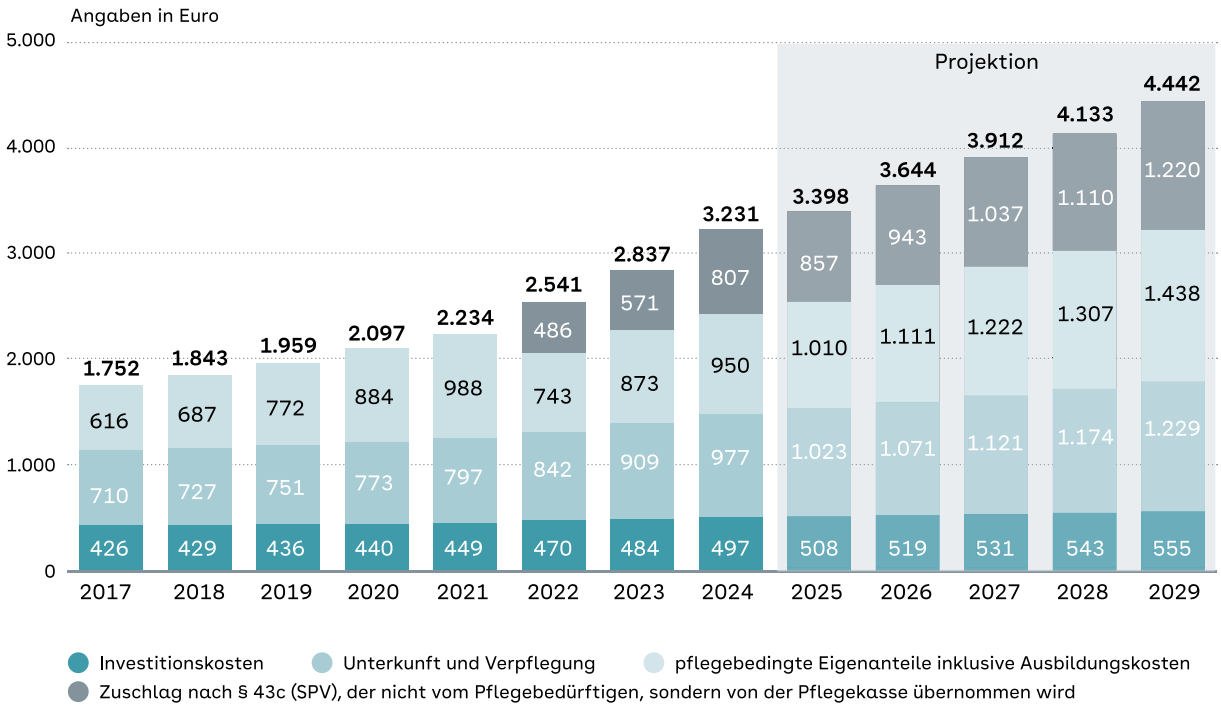
Die Pflegeversicherung steht derzeit vor einem doppelten Finanzierungsproblem: Zum einen steigen die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen aufgebracht werden müssen, kontinuierlich an und haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, das von der Mehrzahl der Pflegebedürftigen nicht mehr aus dem eigenen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

2.1 Eigenanteile in Pflegeheimen

Die Forderung nach einer sozialstaatlichen Absicherung des Pflegerisikos wurde seit Mitte der 1970er-Jahre damit begründet, dass es gelte, die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu beenden *(KDA 1974)*. Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (siehe *Pabst und Rothgang 2000*). Darauf wird auch im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt: „... wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen" *(Deutscher Bundestag 1993, 2)*. Einem Vorschlag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) aus dem Jahr 1976 folgend, wurden die Heimkosten in drei Komponenten zerlegt: die pflegebedingten Kosten (die inzwischen auch eine Ausbildungsumlage enthalten), die Investitionskosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegebedürftigen sollten dabei lediglich für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung aufkommen, während die Investitionskosten von den Ländern und die pflegebedingten Kosten vollständig von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten *(Deutscher Bundestag 1993, 115)*. Wenn heute darauf verwiesen wird, dass die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung" eingeführt wurde, wird meist der Eindruck erweckt, dass in der stationären Pflege eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten intendiert war. Das ist falsch, und die ursprüngliche Konzeption der „Teilleistungsversicherung" entspricht dem, was heute als „Vollversicherung" bezeichnet wird. Insofern ist die Forderung nach einer Vollversicherung, wie sie beispielsweise vom „Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung" erhoben wird, die aber auch von führenden Unionspolitikern aus den Bundesländern (Klaus Holetschek, Karl-Josef Laumann, Michael Kretschmer) ins Spiel gebracht wird, nur eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung.

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

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



Quelle: eigene Darstellung, zum Teil mit Daten des WIdO; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

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

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

2.2 Finanzierung der Pflegeversicherung

Obwohl die Pflegeversicherung somit immer weniger in der Lage ist, ihre selbst gesteckten Ziele zu erreichen, musste der Beitragssatz mehrfach und in zunehmend kürzeren Abständen erhöht werden, um ein Defizit auszugleichen. Auch für die Zukunft ist – ceteris paribus – mit einem weiteren Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen. In welchem Umfang Beitragssatzsteigerungen notwendig sind, hängt insbesondere davon ab, ob die Zugangsvoraussetzungen zu Pflegeleistungen – wie 2017 – verändert werden, ob Leistungen, auf die Anspruch besteht, überhaupt abgerufen werden können und wie die Leistungen im Verhältnis zur allgemeinen wirtschaftlichen Lage dynamisiert werden. In seinem „werterhaltenden" Basisszenario (Szenario 4) hat das IGES Institut *(2024, 20)* in seinen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durchgeführten Berechnungen unterstellt, dass die Geldleistungen mit zwei Dritteln der Inflation und einem Drittel der allgemeinen Lohnsteigerung, die Sachleistungen aber mit einem Drittel der Inflation und zwei Dritteln der allgemeinen Lohnsteigerung angepasst werden. Die Inflation wird dabei mit 1,5 Prozent und die Nominallohnsteigerung mit drei Prozent angesetzt, was zu einer Reallohnsteigerung von rund 1,5 Prozent führt. Damit werden die Sachleistungen mit 0,5 Prozent unterhalb der allgemeinen Lohnentwicklung dynamisiert, was implizit damit gerechtfertigt wird, dass nur zwei Drittel der Kosten auf Personalkosten zurückgehen und

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

3 Optionen zur Eigenanteilsbegrenzung

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

3.1 Private Zusatzversicherung

Statt der Einberufung einer Expertenkommission (vergleiche Kapitel 1) haben zwei Expertenanhörungen stattgefunden. Diese konnten zumindest ein übereinstimmendes Ergebnis verzeichnen: Alle Expertinnen und Experten waren sich einig, dass eine Vollversicherung nur durch eine obligatorische Maßnahme erreicht werden kann *(Bundesregierung 2024, Anlage 3)*. Auch der Expertenrat Pflege des Verbandes der Privaten Krankenversicherung *(PKV 2023, 5)* kam zu dem Schluss, dass eine „sozialpolitisch wünschenswerte hinreichend breite Abdeckung des finanziellen Risikos der Eigenanteile … nur erreicht werden [kann], wenn sie obligatorisch ist“. Weiterhin sieht der Vorschlag des PKV-Expertenrates eine „sozialpolitische Flankierung“ des Versicherungstarifs vor *(ebenda)*. Für eine obligatorische Versicherung mit einem sozialpolitisch überwölbten Tarif mit Umverteilung gibt es aber in Deutschland bereits ein etabliertes Konzept: die Sozialversicherung. Der Vorschlag der PKV-Kommission läuft daher darauf hinaus, eine Sozialversicherung durch eine zweite Sozialversicherung zu ergänzen. Das führt aber lediglich zu mehr Bürokratie einschließlich etwaiger Schnittstellenprobleme. Der Ausbau der bestehenden Sozialversicherung ist deshalb der Ergänzung der Sozialversicherung durch eine weitere Sozialversicherung überlegen. Sollen Elemente der Kapitaldeckung im Pflegesicherungssystem eingesetzt werden, kann dies privatwirtschaftlich oder im Rahmen der Sozialversicherung erfolgen. Eine private Zusatzversicherung ist hierfür keineswegs notwendig.

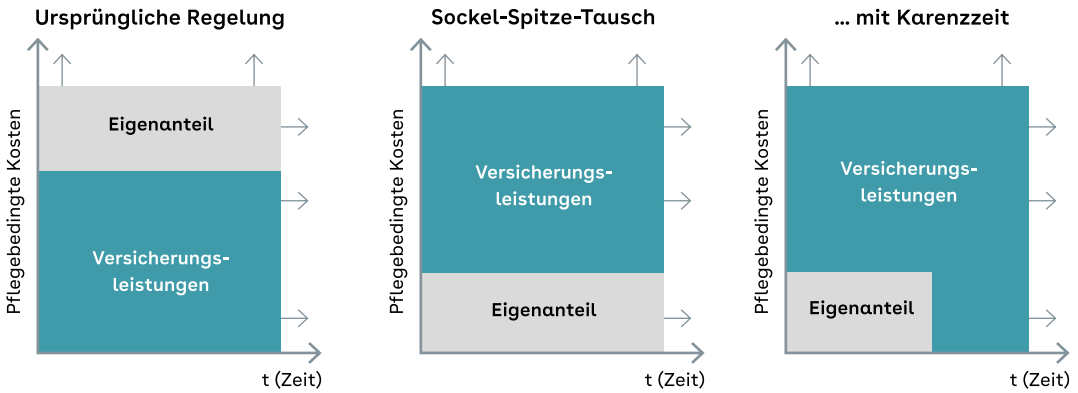
3.2 Vollversicherung

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

3.3 Sockel-Spitze-Tausch

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

Abbildung 2 Grundgedanke des Sockel-Spitze-Tauschs



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

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

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

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

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

4 Optionen zur Beitragssatzbegrenzung

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

4.1 Steuerfinanzierung

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

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

4.2 Einbezug der privat Versicherten

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

Zudem weisen die privat Versicherten im Durchschnitt ein fast doppelt so hohes Einkommen auf wie die gesetzlich Versicherten *(Rothgang und Domhoff 2025, 20)*. Würden die privat Versicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der Beitragssatz lediglich bei 36 Prozent des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung. Das sogenannte duale System der Sozial- und Privatversicherung, das es in gleicher Weise nirgendwo in der OECD-Welt gibt, führt daher zu einer eklatanten Ungleichbehandlung, bei der die „guten Risiken" und die „schlechten Risiken" in zwei verschiedenen Systemen versichert sind, die nur in sich selbst, aber nicht miteinander solidarisch sind. Dieser Geburtsfehler der Pflegeversicherung ist nicht nur unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten problematisch, sondern trägt auch zur strukturellen Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung bei, bei der die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen systematisch langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Ein Ausgleich dieser nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung erscheint daher aus Gerechtigkeitsgründen geradezu zwingend. Die weitgehende Lösung läge in der Schaffung einer integrierten Sozialversicherung für die gesamte Bevölkerung, die auch unter dem Namen Bürgerversicherung diskutiert und gefordert wird. Ähnliche Effekte lassen sich aber auch durch einen Finanzausgleich zwischen der SPV und der privaten PPV erzielen, wie er bereits einmal in einem Koalitionsvertrag vereinbart war, dem Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU, CSU und SPD *(2005)*.

4.3 Bemessungsgrundlage und andere Einkommensarten

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

4.4 Beitragssatzeffekte der Maßnahmen

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

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

5 Fazit

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

Mehr als ein Drittel der pflegebedürftigen Männer und mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen beziehen im Laufe ihres Lebens auch vollstationäre Pflege *(Rothgang und Müller 2024, 34)*. Die Reduktion und dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege sind daher von großer Bedeutung. Sie können durch eine Vollversicherung der pflegebedingten Kosten oder durch einen Sockel-Spitze-Tausch gewährleistet werden, die allerdings die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung erhöhen. Sie müssen also mit Maßnahmen verbunden werden, die für mehr Einnahmen des Systems sorgen. Ein diesbezüglicher Bundeszuschuss für die Übernahme der Kosten gesamtgesellschaftlicher Aufgaben lässt sich gut begründen. Die Einbeziehung der bislang privat Versicherten in die Sozialversicherung oder ein Finanzausgleich ist zudem schon aus Gerechtigkeitsgründen angezeigt. Horizontale und vertikale Gerechtigkeit würden zudem durch die Verbeitragung aller Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhöht. Zusammengenommen wären die Effekte der Refinanzierungsmaßnahmen so groß, dass sogar eine Vollversicherung mit zusätzlichen Leistungen im ambulanten Bereich finanziert werden könnte und die Beitragssatzentwicklung dabei unterhalb des Status quo verliefe.

Literatur

AWO (Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt) (1976): Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 27, Heft 4, 156–159

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade am 31.12.2023; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten → Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade (insgesamt) → 2023

Bundesregierung (2024): Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Unsere Publikationen → Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen" → Anlagen zum Bericht: Anlage 3

Breyer F (2025): Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. Working Paper Series 2025-01 of the Department of Economics, University of Konstanz

Bundesverfassungsgericht (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe; bundesverfassungsgericht.de → Alle Entscheidungen → Entscheidung suchen: 1 BvR 2014/95

CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit – Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD; archiv.cdu.de/node/1100

Deutscher Bundestag (1993): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur

sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG). Drucksache 12/5262; dserver.bundestag.de/btd/12/052/1205262.pdf
IGES Institut (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bericht für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzen der SPV" unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Finanzentwicklung SPV → Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen" → Anlage 1
KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (1974): Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA
Pabst S, Rothgang H (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung. In: Leibfried S, Wagschal U (Hrsg.): Der deutsche Sozialstaat: Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt: Campus, 340–377
PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.) (Hrsg.) (2023): Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes; pkv.de → Positionen → Zukunft der Pflege → Die Pflege-Plus-Versicherung → Abschluss-Bericht
PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.) (2024): PKV Zahlenportal. pkv-zahlenportal.de/
Rothgang H (2025): Sanierungsstau an der fünften Säule. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 28, Heft 2, 14–19; www.aok.de/pp/bv/ → G+G → Magazine → Gesundheit + Gesellschaft 02/2025
Rothgang H, Domhoff D (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung; solidarische-pflegevollversicherung.de
Rothgang H, Müller R (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44; barmer.de → Portale → Presse → Infothek → Studien und Reporte → Pflegereporte → Pflegereport 2023
Rothgang H, Müller R (2024): BARMER Pflegereport 2024. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47; barmer.de → Portale → Presse → Infothek → Studien und Reporte → Pflegereporte → Pflegereport 2024
SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP)

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

Der Autor

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

Kontakt

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

Foto: Uni Bremen/Pollmeier